



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**“MULTIPARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA HEMORRAGIA
UTERINA EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN PACIENTES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO 2016”**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR LA BACHILER:
FRANCESCA GIOVANNA CCAHUIN SUENO**

**ASESORA:
LIC. SILVIA YOLANDA BOZA PAREJA**

**ICA – PERU
2017**

DEDICADO A:

Dios por darme las fuerzas necesarias para seguir adelante. A mis padres, por su apoyo incondicional y sus sabios consejos. A mi familia, esposo e hija por su comprensión y ser mi inspiración.

AGRADEZCO:

A mis padres. A mi familia por el apoyo brindado en todo este año. A mis profesores de la UAP y a mi asesora por haberme guiado en mi formación profesional.

INDICE

Pag.

CARATULA

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

INDICE

RESUMEN

iv

ABSTRACT

vii

INTRODUCCIÓN

viii

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.	Planteamiento de problema	09
1.2.	Formulación del Problema	11
	1.2.1. Problema Principal	11
	1.2.2. Problemas Secundarios	11
1.3.	Objetivos	11
	1.3.1. Objetivo General	11
	1.3.2. Objetivos Específicos	11
1.4.	Justificación e Importancia de la Investigación	12
1.5.	Limitaciones de la investigación	13

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes de la Investigación	14
2.2.	Bases Teóricas	19
2.3.	Definición de términos Básicos	41
2.4.	Hipótesis de la Investigación	43
	2.4.1. Hipótesis General	43
	2.4.2. Hipótesis secundarias	43
2.5.	Variables	43
	2.5.1. Variable Independiente	43

2.5.2. Variable Dependiente	43
2.5.3. Operacionalización de las variables	44
CAPITULO III: METODOLOGÍA	
3.1. Diseño de la Investigación	45
3.1.1. Tipo de Investigación	45
3.1.2. Nivel de Investigación	45
3.1.3. Método	45
3.2. Descripción de ámbito de la investigación	45
3.3. Población y Muestra de la Investigación	46
3.3.1. Población	46
3.3.2. Muestra	46
3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	46
3.4.1. Técnicas	46
3.4.2. Instrumentos	46
3.5. Plan de análisis de datos	46
Ética	46
CAPITULO IV: RESULTADOS	
4.1. Resultados	47
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	
5.1. Discusión	56
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	59
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	63

RESUMEN

Si bien la hemorragia postparto es una complicación obstétrica muy seria, es importante destacar que es altamente prevenible. Por ello, el conocer los factores que se asocian a un mayor riesgo que la puedan desencadenar permitirá al personal de salud estar prevenido para disminuir los efectos de esta emergencia.

Objetivo: Determinar la asociación entre la multiparidad y la hemorragia uterina en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016. Material y métodos: Estudio observacional, transversal, retrospectivo y analítico sobre una muestra de 96 de las cuales 48 son multíparas y 48 primíparas.

Resultados: La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016, chi cuadrado de 26.61 y p valor de 0.000. La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina por atonía uterina en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016 con chi cuadrado de 9.1 y p valor de 0.003. La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina por retención placentaria en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016 con chi cuadrado de 4.02 y p valor de 0.045. La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina por desgarros del canal blando del parto en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016 con chi cuadrado de 5.03 y p valor de 0.025.

PALABRAS CLAVE: Multiparidad, factor de riesgo, hemorragia uterina

ABSTRACT

Although postpartum haemorrhage is a very serious obstetric complication, it is important to emphasize that it is highly preventable. Therefore, knowing the factors that are associated with a greater risk that can trigger it will enable health personnel to be warned to reduce the effects of this emergency.

Objective: To determine the association between multiparity and uterine hemorrhage in the immediate postpartum period in patients treated at the San Juan de Dios hospital in Pisco 2016. **Material and methods:** Observational, transversal, retrospective and analytical study of a sample of 96 of which 48 are multiparous and 48 primiparous.

Results: Multiparity is a risk factor for uterine hemorrhage in the immediate puerperium in patients treated at the San Juan de Dios hospital in Pisco 2016, chi square of 26.61 and p value of 0.000. Multiparity is a risk factor for uterine hemorrhage due to uterine atony in patients treated at the San Juan de Dios hospital in Pisco 2016 with chi square of 9.1 and p value of 0.003. Multiparity is a risk factor for uterine bleeding due to placental retention in patients treated at the San Juan de Dios hospital in Pisco 2016 with chi square of 4.02 and p value of 0.045. Multiparity is a risk factor for uterine bleeding due to soft birth canal tears in patients treated at the San Juan de Dios hospital in Pisco 2016 with a chi square of 5.03 and p value of 0.025.

KEYWORDS: Multiparity, risk factor, uterine bleeding

INTRODUCCIÓN

La hemorragia postparto (HPP) es, una de las causas más comunes de mortalidad materna en el mundo. El 99% de ellas se presenta en países en vías de desarrollo.

Cada año en todo el mundo muere más de 500.000 mujeres de edades comprendidas entre 15 y 49 años, como resultado de complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, siendo la hemorragia postparto la primera causa de muerte.

A nivel mundial, el 75% de las complicaciones postparto corresponde a la hemorragia postparto, además se estima que esta aparece en un 40% de todos los partos vaginales, y en un 30% de los partos por cesárea.

En el Perú, según el Ministerio de Salud, el índice de mortalidad materna se reduce progresivamente desde hace 4 años, mayormente en las zonas andinas y selváticas.

Los resultados de la última Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014, presentados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la mortalidad materna ha disminuido en un 44% desde el sondeo del mismo tipo realizado el año 2000. Los resultados dan cuenta de que el número de muertes maternas por cada cien mil niños nacidos vivos decreció de 185 a 103 en este período de 14 años (contando al año 2000). El 80% de las muertes maternas se debieron a causas directas del embarazo, principalmente por hemorragia (41%), preeclampsia (19%) o infecciones diversas (6%).⁽¹⁾

Si bien la hemorragia postparto es una complicación obstétrica muy seria, es importante destacar que es altamente prevenible. Por ello, el conocer los factores que se asocian a un mayor riesgo que la puedan desencadenar permitirá al personal de salud estar prevenido para disminuir los efectos de esta emergencia.

La investigación está diseñada en cinco capítulos: El I capítulo trata la problemática, objetivos y justificación, el capítulo II trata del marco teórico, la

hipótesis y variables, el capítulo III de la metodología, y en el capítulo IV se presenta los resultados, en el capítulo V la discusión, conclusiones y recomendaciones así mismo referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La muerte materna es causada en primer lugar por hemorragia posparto, a pesar de los diversos estudios realizados en distintos países, refiere la OMS que no existe un consenso acerca del manejo de dicha entidad ni cómo prevenirla por lo que se hace necesario realizar más estudios acerca del manejo de la hemorragia postparto.

Muchas de estas muertes podrían evitarse si se dispusiera de personal médico calificado y equipado con los insumos y medicamentos apropiados. Sin embargo, los servicios básicos de salud se encuentran fuera del alcance de la gran mayoría de mujeres que viven en países como el nuestro, que viven en condiciones de pobreza y en zonas rurales.

La muerte producida como consecuencia de complicaciones durante el embarazo, parto y postparto sigue siendo una causa importante de mortalidad materna en todo el mundo. Se estima que más de 500.000 mujeres mueren por esta causa potencialmente prevenibles cada año, según datos de UNICEF.

Al revisar la lista de los países con el mayor número de muertes maternas se observa que se trata, también, de los que tienen mayores poblaciones. Sin embargo, el riesgo a lo largo de la vida de morir por causas relacionadas con la maternidad no es necesariamente más alto en estos países. Este riesgo equivale a la probabilidad que tiene una mujer de morir por complicaciones derivadas del embarazo o el parto, y toma en cuenta la tasa de mortalidad materna (probabilidad de muerte por parto) y la tasa total de fecundidad (número probable de partos por mujer durante sus años reproductivos). Por lo tanto, en un contexto de alta fecundidad, la mujer afronta muchas veces el riesgo de morir por causas relacionadas con la maternidad, a diferencia de lo que sucede en un contexto de baja fecundidad.

Hay pocos datos precisos sobre la magnitud de la mortalidad y la morbilidad maternas. Sin embargo, la información de que se dispone muestra que las tasas de mortalidad materna más elevadas corresponden invariablemente a las mujeres que viven en condiciones de pobreza.

Las estadísticas del MINSA para el 2007 muestran que el 27 por ciento de las muertes de mujeres se relacionan con el embarazo, el 26 por ciento durante el parto; y el 46 por ciento durante las seis semanas siguientes al parto. Las cinco principales causas de muertes relacionadas con el embarazo en Perú son: hemorragia (40.5%), preeclampsia (18.9%), infección (6.1%), complicaciones tras un aborto (6.1%) o un parto obstruido (0.9%).

Por cada mujer que muere por alguna causa relacionada con el embarazo, aproximadamente 20 quedan con lesiones, infecciones, enfermedades o discapacidades. ⁽²⁾

Por lo tanto, el presente estudio relaciona la multiparidad con las complicaciones del posparto que muchas de ellas se relacionan a la vez con la mortalidad materna.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016?

1.2.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

¿La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina por atonía uterina en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016?

¿La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina por retención placentaria en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016?

¿La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina por desgarros del cérvix en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre la multiparidad y la hemorragia uterina en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Evaluar la asociación entre la multiparidad y la hemorragia uterina por atonía uterina en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016

Precisar la relación entre la multiparidad y la hemorragia uterina por retención placentaria en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016

Estimar la asociación entre la multiparidad y la hemorragia uterina por desgarros del cérvix en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La hemorragia postparto es una de las complicaciones más temidas que pueden surgir en el puerperio. Actualmente, la mejor atención obstétrica y la mayor disponibilidad y mejor uso de fármacos oxióticos, han hecho que su incidencia no supere el 5% (los análisis estadísticos más optimistas calculan cifras en torno al 1%), si bien hay que tener en cuenta que estas cifras corresponden a estadísticas realizadas en países desarrollados. De todos modos, sigue siendo una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo, siendo en la mayoría de los casos potencialmente evitable.

Las hemorragias post parto son consecuencia del sangrado excesivo (500 cc de sangre, aunque no existe un criterio estricto para la definición) que ocurre una vez finalizado el segundo periodo del parto, originadas bien desde el sitio de implantación placentaria, bien de un traumatismo del tracto genital y/o las estructuras adyacentes o de ambas cosas. También defectos de coagulación se pueden desarrollar, complicando y agravando lo anterior.

Por lo tanto, la hemorragia postparto es la descripción de un acontecimiento y no un diagnóstico, por lo que en todos los casos debemos encontrar la etiología específica para instaurar un tratamiento específico. La falta de dicho diagnóstico puede dar lugar a demoras y complicaciones ocasionalmente

funestas; por ello en este tema describiremos cada una de las causas específicas.

A su vez, es necesario distinguir entre hemorragia postparto precoz y tardía. La hemorragia postparto precoz es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto. La tardía es la que acontece después de 24 horas tras el parto hasta 6 semanas tras el mismo.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio presentó limitaciones en la revisión de historias clínicas pues muchas de ellas se encontraban incompletas por lo tuvo que ser reemplazada por otras que cuenten con los datos completos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

INTERNACIONALES

CASTILLO M. (2016). Prevalencia y factores de riesgo asociados a hemorragia postparto durante el puerperio inmediato en las mujeres gestantes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora Loja, periodo marzo-agosto 2015. Objetivo: Determinar la prevalencia y Factores de Riesgo Asociados a Hemorragia Postparto durante el puerperio inmediato en las mujeres gestantes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora Loja, período marzo-agosto 2015” Para el desarrollo de esta investigación se realizó un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y transversal, en el “Hospital Regional

Isidro Ayora Loja” en el que se atendieron un total de 763 partos y 572 cesáreas de los cuales 27 casos presentaron hemorragia posparto que representa una prevalencia de 2%. Como principal conclusión se encontró la multiparidad, sobredistensión uterina, estados hipertensivos del embarazo entre los principales factores de riesgo preparto, y episiotomía medio-lateral, inducción del trabajo de parto, trabajo de parto prolongado como factores de riesgo de hemorragia durante el primero y segundo periodo, Se recomienda que las mujeres embarazadas lleven los controles mensuales durante toda la etapa de gestación para así llegar a prevenir y disminuir la muerte materna por hemorragia postparto a través del manejo activo en la tercera etapa del parto. Palabras clave: factores de riesgo, hemorragia postparto. ⁽³⁾

LÓPES V. (2013). Determinación del sangrado durante el parto y factores asociados a hemorragia, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador. Objetivo: Determinar la prevalencia de Hemorragia intraparto y los factores asociados en el Hospital Vicente Corral Moscoso.- Metodología: Estudio transversal de prevalencia, realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso, con 409 parturientas, año 2012. - Hipótesis: La Hemorragia intraparto es más frecuente cuando se asocian factores como multiparidad, partos distócicos conducidos, uso de sulfato de magnesio, peso del recién nacido mayor de 3500 gramos, anemia previa, episiotomía, fase activa prolongada, conducción del parto igual o mayor a 4 horas. - Resultados: El promedio del sangrado fue de 340.63 ml. La prevalencia de la Hemorragia fue del 9%. Los factores asociados fueron parto distócico conducido RP 3.58, IC 95% (1.97-6.48) p 0.000; uso de sulfato de magnesio RP 3.69, IC 95% (1.45-7.50) p 0.022; recién nacido con un peso mayor a 3500 gramos, RP 3.34, IC 95% (1.81-6.02) p 0.000; anemia RP 2.34, IC 95% (1.27-4.28) p 0.012; conducción del parto igual o mayor a 4 horas RP 3.63, IC 95% (1.490-6.926) p 0.014.- Conclusiones: La prevalencia de Hemorragia intraparto en nuestro estudio es similar a la publicada en la literatura internacional, demostrando una

asociación con los factores planteados inicialmente con excepción de la multiparidad, episiotomía y fase activa prolongada. ⁽⁴⁾

CASTELLANO, G; QUILUMBA, M. (2012). Prevalencia de hemorragia posparto en pacientes de 14 a 45 años atendidas en el área de gineco-obstetricia del Hospital Básico de Machachi, en el periodo de 01 de enero al 31 de diciembre del 2011. Quito. Conocer la prevalencia y los factores de riesgo determinantes de la hemorragia posparto en pacientes en el “Hospital Básico de Machachi” en el período de enero a diciembre del 2011. Estudio descriptivo, documental y retrospectivo. La investigación fue realizada en el “Hospital Básico de Machachi” en el que se atendieron un total de 598 partos de los cuales 61 casos presentaron hemorragia posparto que representa una prevalencia del 10%. El 64% son hemorragias posparto moderadas, 25% leves y 11% graves. Entre los factores de riesgo obstétrico que predominan son: Hipotonía uterina con un 87%, el 8% corresponde a retención de restos placentarios y el 5% a laceraciones del tracto genital. Entre las características personales más destacadas en la población femenina estudiada son: en cuanto a edad adulta 20 a 29 47%, multiparidad en un 57%, instrucción secundaria incompleta 54%, residencia urbana en un 59%, quehaceres domésticos 41%. Del total de 598 partos atendidos 61 partos terminaron en hemorragias posparto con una prevalencia de 10%, y su principal factor de riesgo es la hipotonía uterina con 87% ⁽⁵⁾

CEVALLOS I. (2014). Factores causales relevantes de hemorragia post parto céfalo vaginal en pacientes multíparas atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del “hospital general Dr. Enrique Garcés” quito, período septiembre del 2012 – agosto del 2013. El objetivo principal de esta investigación es caracterizar los factores causales relevantes de hemorragia post parto céfalo vaginal en pacientes multíparas. Resultados. En nuestro estudio encontramos que el grupo etario fue el parámetro socioeconómico más

relevante y se determinó que la mayor incidencia fue en pacientes adultas en las cuales la atonía uterina su principal etiología. Los principales factores de riesgo de hemorragia post parto en la población de estudio fue el trabajo de parto prolongado siendo esta la de mayor relevancia. En nuestro estudio encontramos que la principal patología concomitante de hemorragia post parto fue antecedentes de anemia. Durante el período de investigación, en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Enrique Garcés pudimos evidenciar que el principal factor causal fue la atonía uterina. Conclusión. Los factores causales de mayor importancia encontrados en nuestro estudio fue la atonía uterina, seguido de retención de membranas corioplacentarias y finalmente el desgarro cérvico-vaginal. ⁽⁶⁾

CASTELLANO, G. (2011) Prevalencia de hemorragia posparto en pacientes de 14 a 45 años atendidas en el área de gineco–obstetricia del hospital básico de Machachi, en el período de 01 de enero al 31 de diciembre del 2011. Quito. Conclusiones: Se atendieron un total de 598 partos de los cuales 61 casos presentaron hemorragia posparto que representa una prevalencia del 10%. El 64% son hemorragias posparto moderadas, 25% leves y 11% graves. El tratamiento utilizado en la hemorragia posparto fue: 52% oxitócicos, 46% masaje uterino y 2% transferencia por la gravedad. Entre los factores de riesgo obstétrico que predominan son: Hipotonía uterina con un 87%, el 8% corresponde a retención de restos placentarios y el 5% a laceraciones del tracto genital. Entre las características personales más destacadas en la población femenina estudiada son: en cuanto a edad adulta 20 a 29 47%, multiparidad en un 57%, instrucción secundaria incompleta 54%, residencia urbana en un 59%, quehaceres domésticos 41%. Del total de 598 partos atendidos 61 partos terminaron en hemorragias posparto con una prevalencia de 10%, y su principal factor de riesgo es la hipotonía uterina con 87%. ⁽⁷⁾

NACIONALES

CORREA G. (2014). Gran multiparidad y macrosomía fetal como factores de riesgo para hemorragia posparto Hospital Distrital Santa Isabel el Porvenir 2007- 2013. Lima Perú. Objetivo: Evaluar la gran multiparidad y la macrosomía fetal como factores de riesgo para el desarrollo de la hemorragia posparto, en pacientes atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel de El Porvenir durante el período del 2007 al 2013. Material y método: Se realizó un estudio observacional, analítico, de caso y controles, que evaluó 445 mujeres, 89 con hemorragia posparto (casos), 356 mujeres sin hemorragia posparto. Resultados: El 16.9% de las mujeres que presentaron hemorragia posparto tuvieron la característica de grandes multíparas, mientras que el 9.4% de las mujeres que no tuvieron hemorragia posparto fueron grandes multíparas. La gran multiparidad es factor de riesgo de hemorragia posparto, con un OR= 1.97 con un IC al 95% 1.02 y 3.82 ($p=0.04$). La macrosomía fetal es factor de riesgo de hemorragia posparto, hallándose un OR= 3.01 con un IC al 95% que fluctúa entre 1.42 y 6.77 ($p=0.001$). Conclusiones: La frecuencia de gran multiparidad en mujeres con hemorragia posparto fue 16.9% y en las mujeres sin hemorragia posparto fue 9.3%. La frecuencia de macrosomía fetal en mujeres con hemorragia posparto fue 12.4% y en las mujeres sin hemorragia posparto fue 4.7%. La gran multiparidad y macrosomía fetal son factores de riesgo de hemorragia posparto. ⁽⁸⁾

NAVARRO Y. (2013). Frecuencia de las complicaciones materno perinatales durante el embarazo en adolescentes y mujeres adultas en el Hospital Belén de Trujillo, enero 2005 - diciembre 2011. Objetivo: Determinar el riesgo de complicaciones maternas y perinatales en gestantes adolescentes en el Hospital Belén de Trujillo, Enero 2006 - Diciembre 2011. Material y Método: Estudio observacional, de cohorte retrospectivo. Se revisaron un total de 358 historias clínicas (179 para cada grupo) de las cuales todas cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, obteniéndose la totalidad de la muestra.

Resultados: el chi cuadrado salió 6.22, aceptando la hipótesis nula. En complicaciones maternas se encontró: enfermedad hipertensiva del embarazo (O.R=1.2), anemia (O.R=1.3), hemorragia post parto (O.R=1), desprendimiento prematuro de placenta (O.R=0), rotura prematura de membranas (O.R=0.91), labor de parto disfuncional (O.R=0.78) y en restricción de crecimiento intrauterino (O.R=0). En complicaciones perinatales se encontró: ingreso a Unidad de cuidados intensivos (O.R=0.42) y recién nacido pretérmino (O.R=1.7). Conclusiones: El embarazo en adolescente si es factor de riesgo de complicaciones maternas y perinatales. ⁽⁹⁾

LOCALES

No se encontraron

2.2. BASES TEÓRICAS

HEMORRAGIA

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología lo define como la disminución del hematocrito de por lo menos el 10% o una hemorragia que requiera transfusión de sangre.

Cuando el sangrado ocurre en las primeras 24 horas se define como precoz y tardía cuando esta se presenta entre las 24 horas y seis semanas después del parto.

Ambos tipos de hemorragia tienen alto riesgo de mortalidad y morbilidad materna. Es por ello que el profesional debe estar capacitado para reconocerla y efectuar el tratamiento adecuado.

A pesar del reconocimiento de las consecuencias de la Hemorragia posparto permanece como una fuente importante de morbimortalidad materna en Estados Unidos y en países en vía de desarrollo. Muchas veces la pérdida de sangre se subestima hasta en el 30 a 50% por lo que el diagnóstico se dificulta.

Incidencia: Es de alrededor del 5 a 8%.

FACTORES DE RIESGO.

- Grandes multíparas.
- Sobre distensión uterina (embarazo múltiple, macrosomía fetal, polihidramnios).
- Uso de oxitocina durante el trabajo de parto.
- Antecedentes de hemorragia posparto.
- Operación cesárea u otras intervenciones uterinas anteriores.
- Anemia.
- Placenta previa y desprendimiento de la placenta normoinserta.
- Óbito fetal.
- Síndrome hipertensivo gestacional (Preeclampsia, eclampsia).
- Parto prolongado o precipitado.
- Trastornos de la coagulación.
- Anestesia general.
- Inversión uterina.
- Adolescentes y mayores de 35 años.

ETIOPATOGENIA: En general la hipervolemia, junto con la expansión de la masa de los glóbulos rojos en el embarazo, permite a la parturienta adaptarse a pérdidas de sangre normales sin disminuir el hematocrito posparto. Si la hemorragia continúa sin embargo, estos mecanismos pueden ser anulados, y se genera hipotensión, disminución de la perfusión tisular, hipoxia celular y muerte. De hecho, la hemorragia es la causa más frecuente de shock en obstetricia y ginecología.

La hipotensión posparto puede además ocasionar necrosis parcial o total de la hipófisis anterior y producir Síndrome de Sheehan. También puede producir Insuficiencia Renal Aguda.

El miometrio es el componente muscular del útero y está compuesto por fibras musculares dispuestas en espiral que rodean a los vasos sanguíneos. Durante el alumbramiento, estas fibras musculares se contraen y se retraen; el

miometrio progresivamente se engrosa y el volumen intrauterino disminuye. La placenta no tiene la propiedad de contraerse y comienza a separarse a medida que la superficie del útero se achica. A medida que se separa la placenta, el útero se hace firme y globuloso, llegando al abdomen y a veces atraviesa la línea media abdominal. El cordón umbilical puede parecer alargado. Este proceso lleva habitualmente 10-30 minutos; si la placenta no se separa dentro de los 30 minutos luego del nacimiento se considera un alumbramiento prolongado.

Al final de un embarazo a término, 500-800 ml de sangre afluyen a través del torrente sanguíneo al sitio placentario cada minuto. A medida que la placenta se separa del útero, estos vasos se rompen y ocurre el sangrado. Las contracciones continuadas y coordinadas del miometrio comprimen los vasos locales para controlar el sangrado en el lecho placentario y permiten la formación de un coágulo retro placentario. Cuando el útero falla en contraerse coordinadamente se dice que existe atonía uterina; los vasos sanguíneos en el sitio placentario no se contraen y se produce la hemorragia. ⁽¹⁰⁾

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico, apareciendo una pérdida hemática excesiva después del alumbramiento.

En primer lugar se debe intentar cuantificar el volumen de la pérdida hemática y posteriormente valorar la repercusión de la misma sobre el estado hemodinámico de la paciente, para lo cual deben evaluarse diferentes parámetros: tensión arterial, relleno capilar, diuresis, frecuencia cardíaca, nivel de conciencia.

Según sus valores se puede establecer los diferentes grados de hemorragia.

	Compensado (hasta 500- 1000 ml)	Shock leve (1000-1500 ml)	Shock moderado (1500- 2000 ml)	Shock severo (2000- 3000 ml)
Tensión arterial	Normal (TAS >100)	Normal (TAS >100)	Baja (TAS < 100)	Muy baja o inapreciable (TAS < 80)
Frecuencia cardíaca	< 100/ min	100- 120/ min	> 120/min	> 140/ min
Diuresis ml/ h	30 o más	20- 30	5- 15	0-5
Relleno capilar	Normal	Retrasado > 2 segundos	Retrasado > 2 segundos	Retrasado o indetectable
Nivel de conciencia	Ansioso	Intranquilo	Confuso	Confuso o estuporoso

Es indispensable y necesario identificar a la paciente portadora de factores de riesgo que podrían llevarla a presentar hemorragia postparto y cuando se habla de factor de riesgo nos referimos a cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que está asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológico, ambiental, de comportamiento, socio-culturales, económicos, etc.) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción. Estos factores son clasificados, el momento de la ocurrencia, anteparto e intraparto. Entre ellos tenemos la preeclampsia, el trabajo de parto prolongado, el uso de oxitocina durante el trabajo de parto, los antecedentes de hemorragia posparto, el embarazo múltiple, la macrosomía y la multiparidad, episiotomía medio lateral, entre otros. Sin embargo, la identificación de dichos factores no siempre es de utilidad porque en dos tercios de los casos la hemorragia se presenta en pacientes sin riesgo. Si bien es un evento en buena medida prevenible y tratable, en los países en desarrollo con frecuencia se convierte en fatal, dada la limitación en el acceso a servicios de salud de buena calidad y con recursos suficientes para afrontar estas emergencias, por ejemplo, la posibilidad de brindar una transfusión oportuna de sangre y hemoderivados.⁽¹¹⁾

CAUSAS DE HEMORRAGIA POSPARTO:

1. TRASTORNOS DEL ALUMBRAMIENTO:

Hipotonía y atonía uterina: Se trata de un cuadro en el que el útero, luego de haber expulsado la placenta, no se retrae ni se contrae alterándose así la hemostasia. Es la causa más frecuente de hemorragia posparto. Debe sospecharse cuando se presenta sobre distensión uterina, trabajo de parto prolongado y gran multiparidad.

Es la causa más común de Hemorragia posparto precoz en el 50% de los casos.

-Placenta retenida: La placenta se encuentra adherida o bien encarcelada en el útero, por lo que no puede ser expulsada. La cavidad uterina así ocupada por la placenta, no logra contraerse eficazmente por lo que el sangrado continúa. La presencia de restos placentarios, cotiledones o fragmentos de membrana ovulares adheridos a la pared uterina son la causa más frecuente de hemorragia tardía. Estos son los responsables del 5-10% de los casos.

2. TRAUMÁTICA:

Traumatismos genitales espontáneos o iatrogénicos

Luego de un parto espontáneo o más frecuentemente instrumental (fórceps, espátulas) se pueden ocasionar lesiones de partes blandas maternas ya sea a nivel del útero (desgarros), cuello uterino o vagina, constituyéndose en causa de hemorragia posparto. Su diagnóstico se hace en el posparto inmediato, al realizar la revisión del canal del parto. La inversión uterina tiene una incidencia de 1 en 5000- 10000 partos.

Inversión Uterina

Se entiende como tal a la invaginación del útero dentro de sí mismo, es decir, cuando la parte interna del útero se convierte en externa durante la expulsión placentaria. Su corrección debe ser inmediata, con anestesia general en un ambiente quirúrgico, mediante una corrección manual o corrección combinada abdominovaginal. Si se sospechara necrosis se realiza la histerectomía vaginal.

La hemorragia excesiva por episiotomía, laceraciones o ambas causan cerca del 20% de los casos de Hemorragia posparto.

Desgarros Obstétricos

Son la segunda causa más frecuente de hemorragia posparto. Se manifiestan con una hemorragia persistente pero menos cuantiosa que en la atonía y la retención de tejidos.

Su reparación debe realizarse inmediatamente luego de constatarse el desgarro. Los cervicales se suturan en quirófano bajo anestesia general y

los vaginales o perineales pueden resolverse en sala de partos, poniendo atención a la formación de hematomas.

En caso de rotura uterina se debe restaurar la brecha por vía abdominal o realizar histerectomía si esto no es posible

3. SISTÉMICAS:

Defectos de la coagulación. Los defectos de la coagulación a pesar de que exhiben altas tasas de letalidad, son poco comunes; rara vez por sí solos causan hemorragia severa postparto. Pueden ser inducidos por la administración de fármacos o por el consumo de factores de coagulación⁽¹²⁾

HEMORRAGIAS DEL POSPARTO

Son las que acontecen desde el momento del parto hasta la sexta semana. Las más graves suelen ser las primarias, que aparecen en las primeras 24 horas.

Las más frecuentes son laceraciones del tracto genital, retención de placenta o placenta anormalmente adherida, inversión uterina, atonía uterina y coagulopatías.

Las laceraciones del tracto genital son las más frecuentes de todas las hemorragias obstétricas aunque suelen ser autolimitadas (1/8). Debe sospecharse cuando persiste el sangrado vaginal a pesar de un tono uterino adecuado. Pueden ser vulvares (origen en las arterias pudendas), vaginales (por instrumentación en el canal del parto) y retroperitoneales que aunque son las menos frecuentes son las más graves ya que suelen deberse a lesiones de ramas de las arterias hipogástricas que a veces requieren embolización selectiva⁽¹³⁾

La atonía uterina es la segunda causa en frecuencia (1/20-1/50). Aunque el sangrado vaginal sea poco llamativo el útero puede albergar en su interior más de 1 litro de sangre. Supone el 80% de las hemorragias del postparto y es la causa más frecuente de transfusión sanguínea periparto. Puede acabar en coagulopatía, embolización y/o histerectomía. El tratamiento

inicial consiste en masaje uterino e inyección de oxitocina. Ante cualquier atonía uterina lo primero que hemos de hacer es descartar que estemos administrando a la paciente fármacos útero-relajantes tales como halogenados, bloqueadores de los canales del calcio, sulfato de magnesio, nitroglicerina, nitroprusiato, dantrolene.

La placenta anormalmente adherida (accreta, increta o percreta) se produce cuando la placenta se adosa anormalmente al miometrio o lo invade en zonas donde no hay decidua basal o ésta es deficiente. La clasificación se basa en el grado hasta el cual las vellosidades coriónicas penetran en el miometrio. En la placenta accreta las vellosidades se adhieren a la superficie del miometrio, en la increta las vellosidades invaden a través de la superficie miometrial y en la invadir órganos vecinos. Son la causa más frecuente de histerectomía periparto. Factores que predisponen son: cesárea previa, extracción manual de placenta, placenta previa anterior, multiparidad, endometritis, síndrome de Asherman.⁽¹⁴⁾

PLACENTA ACCRETA, INCRETA Y PERCRETA

Como consecuencia de la ausencia total o parcial de la decidua basal y una deficiente formación de la membrana de Nitabuch, el trofoblasto puede anclarse directamente en el miometrio, dando lugar al defecto de placentación conocido como placenta accreta. El trofoblasto puede invadir el miometrio o penetrar por él y llegar a la serosa uterina, dando lugar a la placenta increpa y percreta, respectivamente.

La incidencia de placenta accreta varía entre 1 de cada 2.000 y 1 de cada 3.000 partos. En un estudio sobre 56.381 partos se realizó el diagnóstico clínico de placenta accreta en uno de cada 2.562 partos, mientras que la confirmación anatomopatológica sólo se pudo realizar en uno de cada 4.027 partos. Dicha diferencia probablemente se deba a la destrucción que sufre la placenta en el proceso de evacuación.

En los últimos años parece existir un incremento en la incidencia de placenta accreta, el cual puede ser debido al incremento que ha habido en

el número de cesáreas que, como comentamos más adelante, es un importante factor condicionante. Paralelamente a este incremento se ha observado una disminución de la morbimortalidad materno-fetal.

Para Read et al., la multiparidad es el factor predisponente más importante. La edad materna avanzada sería más un factor relacionado con la multiparidad que verdaderamente un factor de riesgo de placenta accreta. La placenta previa se encuentra asociada con un alto porcentaje de placentas accretas. En el estudio de Read encontraron placenta previa en el 63% de placentas accretas y casi la mitad de éstas eran, además, pacientes con antecedentes de cesárea. La asociación de placenta previa, antecedente de cesárea y placenta accreta ha sido demostrada por Clark et al., los cuales observaron además que esta asociación era más importante a medida que aumentaba el número de cesáreas. En su serie observaron que cuando existía placenta previa, pero no había antecedentes de cesárea, la placenta accreta se presentaba en el 5%, este porcentaje aumentaba al 24% cuando existía el antecedente de una cesárea previa, mientras que, cuando la placenta previa se asociaba con antecedentes de 4 o más cesáreas, el porcentaje de placentas accretas era del 67%.

El diagnóstico preparto del acretismo placentario es difícil. El signo más común es la hemorragia vaginal más o menos importante; no obstante, la mayoría de los casos que presentan hemorragia son aquellos que se asocian con placenta previa. Berchuck y Sokol en 1983, describieron un caso de rotura uterina en una paciente con antecedentes de cesárea previa y placenta increta. Otra forma rara de presentación es el abdomen agudo secundario a hemoperitoneo masivo causado por una placenta percreta.

La sintomatología más importante se observa durante el tercer período del parto. La cuantía de la hemorragia dependerá del lugar de implantación, de la profundidad de la invasión miometrial y del número de cotiledones afectados. Habitualmente, la hemorragia es intensa; no obstante, en los

casos de afectación total de la placenta puede que sea escasa o nula hasta el momento de proceder a la extracción manual.⁽¹⁵⁾

PLACENTA ACCRETA:

FACTORES DE RIESGO

- Edad (30-35 años)
- Paridad (> 2 partos)
- Antecedentes de cesárea
- Placenta previa
- Antecedentes de legrado
- Infección

La ecografía ofrece la única posibilidad diagnóstica preparto en los casos de placenta increpa. Cox et al. Describieron un caso de diagnóstico ultrasonográfico preparto al observar la desaparición del espacio sonoluciente subplacentario normal.⁽¹⁶⁾

El tratamiento de elección en los grados extensos de acretismo placentario y en las placentas increpas y percretas es la histerectomía abdominal inmediata, ya que es la técnica que se ha asociado con menor mortalidad materna. Sin embargo, en mujeres que deseen conservar la fertilidad se puede intentar el tratamiento conservador, siempre que la hemorragia esté controlada y no amenace la vida de la paciente.

Se han descrito diferentes tipos de tratamientos conservadores, entre ellos dejar toda la placenta dentro de la cavidad uterina con el fin de que tenga lugar la necrosis y la posterior reabsorción o expulsión, bien de forma espontánea bien mediante tratamiento con metotrexato. Otros métodos conservadores utilizados han sido el legrado, la resección y la sutura del lecho, y la ligadura de las arterias uterinas. Clark et al con la utilización de estos métodos en un grupo seleccionado de pacientes no informaron de ninguna muerte materna, resultados muy diferentes a los aportados unos años antes por McHattie et al. en los que el tratamiento conservador se

asociaba con el 42% de muertes maternas, mientras que la práctica de una histerectomía comportaba el 6.5% de mortalidad materna.

La inversión uterina consiste en la procidencia del útero a través del orificio cervical interno. Se caracteriza por dolor muy intenso. Como comentábamos anteriormente, aunque el embarazo supone unos cambios fisiológicos de hipercoagulabilidad con la finalidad de limitar las pérdidas sanguíneas en el parto, hay también una predisposición especial a la aparición de CID. Existen situaciones que nos deben alertar sobre la posible aparición de coagulopatía en el postparto como son desprendimiento de placenta, pre-eclampsia, muerte fetal intraútero, sepsis, embolia de líquido amniótico etc.

Rotura uterina.- La rotura espontánea del útero conlleva una alta morbimortalidad materna y fetal. Estudios realizados en la década de los sesenta cifraron la mortalidad materna entre el 2.3 y el 28% y la fetal, entre el 48 y el 66%. En estudios más recientes, la mortalidad materno-fetal continúa siendo elevada (9.7 y 56%, respectivamente). La incidencia de rotura uterina es aproximadamente de 1 caso por cada 2.000 partos.

La rotura uterina puede ser espontánea o secundaria a un traumatismo o a la rotura de una cicatriz uterina previa. El factor causal más importante en la rotura uterina espontánea es el parto prolongado u obstruido.

Clásicamente se han considerado como principales factores de riesgo de la rotura uterina el antecedente de una cesárea previa, la utilización de oxitocina, la gran multiparidad, la desproporción pelvifetal, el desprendimiento prematuro de placenta, la anestesia epidural, la práctica de fórceps altos y la versión interna y gran extracción. Sin embargo, actualmente se sabe que algunos de estos factores son representan un riesgo aumentado de rotura uterina.

Algunos autores afirman que la rotura uterina era ocho veces más frecuente en mujeres en las que se había practicado una cesárea previa. No obstante, tanto estos autores como otros indicaron que las altas tasas de rotura

uterina estarían más en relación con la localización de la incisión (incisiones corporales frente a incisiones en segmento inferior) que con el hecho del antecedente de la cesárea. Estos datos han sido confirmados por otros autores, los cuales no han observado aumento de la incidencia de rotura uterina en gestantes con antecedentes de cesárea con incisión del segmento inferior.

La observación que entre el 13 y el 46% de las mujeres con rotura uterina se les había administrado oxitocina llevó a algunos autores a contraindicar su uso en mujeres con cicatrices uterinas previas. Sin embargo, Tahilramaney et al., al estudiar los factores relacionados con la dehiscencia de una cicatriz uterina previa, no encontraron relación entre ésta y la administración de oxitocina. Probablemente, más que con la oxitocina, la dehiscencia o rotura uterina estaría en relación con la duración del parto.

La gran multiparidad puede comportar mayor distensibilidad y menor resistencia del útero, todo lo cual llevaría a una mayor susceptibilidad del útero a la rotura. ⁽¹⁷⁾

Fuchs et al. observaron que la rotura uterina era 20 veces más frecuente en un grupo de 5.787 mujeres con 7 o más embarazos que en mujeres con paridades más bajas.

El papel que desempeña la anestesia epidural como factor causal de rotura uterina es controvertido. Mientras que para algunos autores la anestesia epidural es un factor causal directo, para otros sería discutible a la vista del bajo porcentaje de pacientes con anestesia epidural que presentaron rotura uterina. Otro argumento esgrimido para que no se utilice la anestesia epidural en gestantes con riesgo de rotura uterina ha sido la abolición del dolor como signo guía de la rotura uterina, lo que conllevaría diagnóstico tardío y repercusiones fetomaternas más graves. Diferentes autores han estudiado este problema observando que la anestesia epidural no anula los signos y los síntomas de la rotura, por lo que en la actualidad se considera

que la anestesia epidural es una opción razonable para tratar el dolor de las gestantes que corran o no el riesgo de rotura uterina.

Desde hace años se ha apuntado como causa de rotura traumática del útero la práctica de maniobras tocúrgicas agresivas como la versión interna y la gran extracción o los fórceps altos; sin embargo, no existen datos suficientes para responsabilizar a estas técnicas como factores causales inequívocos. Igual sucede con la distensión excesiva del útero que ha sido defendida por unos y rechazada por otros como causa de rotura uterina. ⁽¹⁸⁾

La presentación clínica más común de la rotura uterina es la hemorragia vaginal que se acompaña de dolor abdominal bajo, shock y recesión de la presentación fetal. La presencia de sufrimiento fetal (desaceleraciones variables, o bradicardia grave) es frecuente y puede aparecer incluso antes del dolor, siendo en algunas series el signo más común. Como consecuencia de la rotura se puede observar la desaparición del tono uterino mediante la utilización de un catéter interno de presión. Este hecho hace necesario el uso de dispositivos de control de la presión intrauterina en todas aquellas pacientes con riesgo de rotura. La monitorización continua de la FCF es también necesaria en estas pacientes, ya que la alteración de ésta puede ser el primer signo de la rotura, como ya se ha comentado. En ocasiones, el diagnóstico se hace difícil, ya que faltan los síntomas típicos; así, en la serie de Rodríguez et al., el 18% no presentaron dolor y en el 10% se observó hipertensión uterina en vez de la descrita desaparición del tono uterino. Del mismo modo se han descrito casos en los que la sintomatología predominante fue el dolor torácico, secundario a la irritación diafragmática producida por el hemoperitoneo.

El tratamiento de la rotura uterina debe contemplar en primer lugar la estabilización hemodinámica materna con la administración de cristaloides, coloide y derivados sanguíneos simultáneamente a los procedimientos de control de la hemorragia. Es importante hacer notar que el shock

secundario a la hemorragia no revertirá hasta que se consiga el control del sangrado arterial, por lo que la cirugía en estos casos no se puede demorar. La histerectomía abdominal ha sido propuesta como: el tratamiento de elección sobre todo en los casos roturas longitudinales. Sin embargo, en casos seleccionados (pacientes con deseos generativos no cumplidos o en desgarros transversales del segmento uterino inferior) se puede optar por la reparación quirúrgica desgarró. En las gestaciones posteriores a roturas uterinas tratadas de forma conservadora, la posibilidad una nueva rotura aumenta de forma importante. Sheth encontró que 4 de 21 gestaciones de pacientes tuvieron rotura uterina.

Cuando el defecto de la pared uterina se detecta durante la exploración posparto, la paciente no presenta sangrado evidente y se encuentra hemodinámicamente estable, algunos autores han defendido que no es necesario practicar una laparotomía, sino una estricta observación de la paciente.⁽¹⁹⁾

TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

El manejo anestésico de las pacientes con hemorragia obstétrica comprende dos pasos fundamentales: manejo preventivo y manejo terapéutico.

MANEJO PREVENTIVO

La administración de hierro endovenoso de forma profiláctica está indicada cuando los valores analíticos de ferritina sérica se sitúan por debajo de 200 mg/l y la hemoglobina está por debajo de 11 gr/dl. Se administra 200 mg de hierro en 250 ml de suero fisiológico cada 24 horas durante 3 días. Con ello se consigue un incremento de 3.2 puntos en la cifra de hemoglobina a los 15 días de tratamiento.

El bloqueo angiográfico selectivo de manera profiláctica está indicado en las patologías que comportan pérdidas hemorrágicas importantes y/o que la hemostasia pueda resultar dificultosa. Consiste en la cateterización por

angiografía selectiva de la irrigación vascular pélvica y colocación de catéteres con posibilidad de autoinflado.

Está indicada la petición de hemoderivados en la consulta de preanestesia en aquellas pacientes con criterios de alta probabilidad de transfusión como son: placenta previa, placenta accreta, antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta, más de dos cesáreas anteriores, sepsis de cualquier origen, dos o más criterios de riesgo de baja probabilidad de transfusión.

Los criterios de baja probabilidad de transfusión son: cesárea previa u otra cirugía uterina, gestación múltiple, multiparidad, macrosomía fetal, polihidramnios, hipertensión gravídica, obesidad mórbida, primípara añosa.⁽²⁰⁾

MANEJO DE LA HEMORRAGIA POST-PARTO INMEDIATA

- 1.- Revisión del canal del parto para su tratamiento y control posterior.
2. - Extracción manual de restos placentarios y membranas.
- 3.- Sutura de laceraciones vagino-perineales y cervicales. En caso de ruptura uterina debe practicarse de inmediato una laparotomía exploradora.
- 4.- En caso de atonía uterina se comprime manualmente el útero para expulsar todos los coágulos. Administración por vía intravenosa de solución glucosada al 5% 1000 ml más 40 Unidades de oxitocina sintética y/o dos ampollitas de ergonovina, así como masaje uterino suave.
- 5.- Cuando las medidas anteriores no resuelven el problema, se deberá practicar una histerectomía total.
6. - La persistencia de la hemorragia o la presencia de choque, requiere de un reemplazo inmediato de sangre, la corrección inmediata del problema del sangrado y otras medidas para corregir el choque.⁽²¹⁾

MEDIDAS PARA CONTROLAR LA HEMORRAGIA:

El paso más importante para controlar la hemorragia posparto atónica es la compresión uterina bimanual inmediata, la cual puede continuarse durante 20 a 30 minutos o más. El reemplazo de líquidos debe iniciarse

rápidamente. Se administrará sangre cuando se disponga de ella. El legrado debe posponerse, a menos que la hemorragia no pueda controlarse únicamente con la compresión y el masaje. Aunque alguna vez se utilizó el taponamiento uterino para el control de la hemorragia obstétrica, ya no se recomienda.

Debe aplicarse una infusión de oxitocina de 20 a 40 unidades por litro o cristaloides a una velocidad de 10 a 15 mililitros por minuto. Dosis mayores pueden producir intoxicación hídrica y una respuesta hipotensora. La hemorragia persistente y la presencia de un útero firme y contraído, sugieren hemorragia de una laceración o una episiotomía.

Si no hay respuesta clínica se utilizan los alcaloides derivados del cornezuelo de centeno (Metilergonovina 0.2 miligramos IM) pero se ha demostrado que no son más efectivos que la oxitocina, conllevan a un mayor riesgo de hipertensión, por lo que no deben utilizarse en pacientes hipertensas ni con enfermedades cardíacas.

No debe ser utilizada por vía intravenosa, su mecanismo de acción consiste en producir contracción uterina tetánica, así como vasoconstricción de las arteriolas terminales que puede persistir por varias horas después de su administración (2 a 3 horas). Aunque se mantiene la aceptación de su uso, los derivados de prostaglandinas, relegaron estos preparados a un empleo menos frecuente.

También se han realizado estudios que reportan que los supositorios de prostaglandinas, intravaginal o rectal, la irrigación uterina con prostaglandinas y la inyección intramiométrica controlan la hemorragia por atonía.

Una prueba aleatoria controlada mostró gran eficacia con el uso de Misoprostol un análogo de la prostaglandina E1 en el tratamiento de la hemorragia postparto primaria ocasionada por atonía. En dosis de 400 a 800 microgramos por vía vaginal o rectal. En Estados Unidos el que más se utiliza es el 15- metilprostaglandina F2 alfa en dosis de 0.25-1.5 miligramos

por vía intramuscular o directo en el miometrio por vía transabdominal o transvaginal cuyo mecanismo de acción es triple: la estimulación miometrial, los efectos vaso activos y el aumento en la función plaquetaria contribuyendo a la hemostasia. ⁽²²⁾

Se ha demostrado que la administración aislada de estos fármacos siempre da buenos resultados (mayor del 87%) y combinado con oxitócicos la tasa de éxito es cercana al 95% en cuanto a la interrupción de la Hemorragia postparto. La dosis puede repetirse cada 90 minutos. Los efectos colaterales menores son náuseas, vómitos, diarrea y aumento de la temperatura. Los mayores incluyen, aumento del volumen minuto, broncoconstricción, disminución del Ph arterial y la presión de oxígeno y un aumento de la presión del CO₂.

Si luego de las maniobras anteriores persiste el sangrado se indican las medidas quirúrgicas:

1. Presión de oclusión de la aorta abdominal.
2. Ligadura de la arteria uterina.
3. Ligadura de la arteria iliaca interna: es el método quirúrgico que se utiliza con mayor frecuencia para controlar la hemorragia postparto grave.
4. Histerectomía.

Reemplazo de sangre: En pacientes con hemorragia severa se puede utilizar transfusión de paquetes globulares, plaquetas, plasma fresco congelado y críoprecipitado.

TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO TARDÍO:

Casi siempre obedece a subinvolución del lecho placentario o retención de fragmentos de placenta. El ultrasonido transvaginal puede ayudar al diagnóstico de retención de restos placentarios, en el que está indicado el legrado. La administración de antibióticos de amplio espectro se debe iniciar. La oxitocina 10 unidades IM cada 4 horas o 10-20 unidades por litro en infusión IV o Metilergonovina 0.2 Mg vía oral cada 6 horas deben administrarse cuando menos por 48 horas.

-La hemorragia postparto es una de las principales causas de morbimortalidad materna, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, y es responsable de una cuarta parte de todas las muertes maternas en el mundo.

-La evidencia actual sugiere que el manejo activo del tercer período del parto disminuye la incidencia de la hemorragia postparto, alumbramiento prolongado, necesidad de transfusión sanguínea y anemia materna.

-El Misoprostol es una alternativa para la prevención de la hemorragia postparto y en el tratamiento de la atonía uterina en todos los lugares donde no haya disponibilidad de útero-tónicos inyectables, o donde existen problemas para su almacenamiento.

La probabilidad de morir se incrementa en forma importante cuando la mujer llega con anemia al momento del parto; una mujer en estas condiciones puede morir con pérdidas sanguíneas tan bajas como 250 a 500 cc. Las estrategias planteadas a nivel mundial para prevenir las muertes por esta causa son diversas y en algunos casos la recomendación es realizar más estudios acerca del tema.

Las consecuencias más importantes de la HPP grave incluyen shock hipovolémico, coagulación intravascular diseminada (CID), insuficiencia renal, insuficiencia hepática y síndrome de dificultad respiratoria del adulto. En los países de bajos ingresos, el estado nutricional deficiente, la imposibilidad de acceso al tratamiento, y el inadecuado cuidado intensivo y de las instalaciones de los bancos de sangre son factores adicionales que contribuyen a las altas tasas de mortalidad y morbilidad en estos países.

La muerte en el mundo por hemorragia postparto en países en vías de desarrollo es 1 por 1 000 partos. La Organización Mundial de la Salud estimó en 20 millones el número anual de las complicaciones maternas por HPP. Atonía uterina. Es responsable del 50% de las hemorragias del alumbramiento y del 4% de las muertes maternas. Desgarros obstétricos. Suelen estar relacionados con partos operatorios que lesionan el canal

blando del parto, aunque pueden aparecer también partos muy rápidos. Retención de restos placentarios. La retención de tejido placentario y de membranas después de la placenta es la causa del 5-10% de las hemorragias del postparto.

Hematomas puerperales.- Las manifestaciones clínicas de los hematomas puerperales dependerán igualmente de la localización. Así, en los hematomas que se forman por debajo del elevador del ano, la sintomatología predominante será la dolorosa, que característicamente será más importante que la debida a la episiotomía, siendo típica la aparición de una masa isquiorrectal y de equimosis perineales. En cambio, en los hematomas por encima del elevador, aunque la mayoría de casos también se acompañan de dolor espontáneo, éste puede faltar o presentarse como una sensación de presión en la zona rectal que se acompañaría invariablemente de una masa vaginal o rectal, y en los casos graves podría sobrevenir shock hipovolémico.

El diagnóstico de los hematomas puerperales se realiza frecuentemente en las primeras horas postparto, siendo rara su aparición después de las primeras 24 horas postparto. No obstante, existen una serie de signos y síntomas como fiebre, íleo paralítico y edema de pierna, que aparecen después de las 24 horas y se asocian con hematomas importantes⁽²³⁾

La episiotomía es el factor de riesgo más importante en la aparición de hematomas puerperales, por lo que su reparación cuidadosa resulta determinante en la prevención de éstos.

Aunque no existe un acuerdo general en el tratamiento de los hematomas de pequeño tamaño (<3 cm), la mayoría de autores abogan por una actitud conservadora. Por el contrario, parece claro que en los hematomas mayores se impone una actitud

No obstante, en muchas ocasiones no se puede identificar ningún vaso sangrante y lo que se observa es un sangrado capilar difuso; en estas

situaciones, el cierre por planos del espacio ocupado por el hematoma contribuirá a una correcta hemostasia.

Con la finalidad de realizar hemostasia por compresión sobre la zona del hematoma, se puede emplear un taponamiento vaginal que se mantendrá por un período mínimo de 12 horas; en estos casos es aconsejable el sondaje vesical para evitar la retención urinaria consecuencia de la compresión vesicouretral producida por el taponamiento.

HEMATOMAS PUERPERALES:

FACTORES DE RIESGO

- Episiotomía
- Primiparidad
- Preeclampsia
- Gestación múltiple
- Varices vulvovaginales
- Segundo período del parto prolongado
- Desgarros vaginales en posparto instrumentado
- Anomalías de la coagulación

COMPLICACIONES DE LOS HEMATOMAS PUERPERALES

- Infección local
- Tromboflebitis de vasos profundos
- Septicemia
- Anemia
- Complicaciones debidas a la transfusión
- Formación de nuevos hematomas
- Fístulas
- Dispareunia por cicatrices
- Hospitalización prolongada
- Muerte

La utilización de drenajes es otro punto controvertido en el tratamiento de los hematomas puerperales. En hematomas grandes, en los que por su situación y tamaño queden espacios muertos o en aquellos en los que exista una infección, estaría indicado dejar un drenaje, siendo los más utilizados los de tipo Penrose. ⁽²⁴⁾

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

HISTERECTOMÍA

Es la técnica más utilizada, quizás por ser la más familiar al obstetra, y supone un procedimiento radical que evita definitivamente la hemorragia uterina; suele realizarse en malas condiciones de la paciente, a menudo en estado de shock, incluso con sangrado activo. Las relaciones anatómicas están con frecuencia alteradas, debido al tamaño del útero gravídico, sus modificaciones en el embarazo y en el parto, especialmente, si este fue por vía vaginal, con el consiguiente borramiento y dilatación cervical. Causas frecuentes de histerectomía posparto son la placenta accreta, previa, la atonía uterina. La placenta accreta es la indicación más común de histerectomía posparto urgente.

Técnica

Comentaremos ciertos detalles que difieren de la habitual histerectomía ginecológica, frecuentemente practicada por el ginecólogo-obstetra.

Se procurará un campo quirúrgico suficiente, para lo cual es de elección, una laparotomía media infra umbilical.

Si ya se hubiese practicado una incisión de Pfannenstiel, pueden seccionarse los músculos rectos, para ampliar el campo, y en último término añadir una incisión longitudinal en "T" invertida. Este punto es válido para cualquier intervención en la hemorragia postparto.

Deben conservarse ovarios y trompas siempre que sean normales. Si la histerectomía es post cesárea, la primera medida a tomar es cerrar la histerectomía, a fin de disminuir la hemorragia.

La hemostasia debe ser muy cuidadosa, dado que los tejidos están muy vascularizados y friables. Las suturas de los pedículos deben ser dobles y por transfusión, siendo a menudo necesario hemostasiar el borde de la vagina con una sutura continúa cruzada o puntos sueltos en B. Prestar especial atención a la disección de la vejiga, pues la vejiga suele tener abundantes plexos venosos, que sangran abundantemente con la disección, por lo que se aconseja realizarla a punta de tijera. Cuando el cérvix está dilatado y borrado, es difícil de delimitar su transición con la vagina, para ello es útil pellizcar entre índice y pulgar el borde vaginal hasta notar el engrosamiento del cuello. Si no se consigue, se puede seccionar el segmento en su cara anterior e introducir un dedo en vagina de manera que se pueda delimitar el fondo de saco.

También puede realizarse con ayuda de un tacto vaginal. Se debe dejar un drenaje, siendo aconsejable, colocar un tubo perforado de calibre grueso (1-2 cm), a través de vagina, manteniéndolo 24-48 horas. Las complicaciones más frecuentes, son la hemorragia, y la lesión de las vías urinarias, tanto vejiga como uréteres, que a menudo se encuentran edematosos y desplazados de su localización habitual.

LIGADURAS VASCULARES

La ligadura arterial permite interrumpir el aporte sanguíneo y con ello inhibir la hemorragia, estudios mediante Doppler, realizados posteriormente demuestran una correcta revascularización de la zona, consiguiéndose gestaciones posteriores, tras este tipo de intervenciones.

Cabe señalar que la incisión al igual que en la histerectomía, debe permitirnos en cualquier caso un campo quirúrgico amplio.

LIGADURAS DE LAS ARTERIAS UTERINAS

Las arterias uterinas, aportan hasta el 90% de la sangre al útero, el resto proviene de las ováricas, por tanto su oclusión ofrece buenas garantías de evitar la hemorragia de este. Técnicamente es más sencilla que la ligadura de la hipogástrica, y conlleva morbilidad y tiempo operatorio.

Se describen dos técnicas, la de O'Leary, que liga ambas arterias a nivel del segmento uterino en su porción superior, y la de AbdRabbo, que procede a la ligadura en varios puntos de ambas uterinas, desde el segmento hasta las útero-ováricas.

Técnica

Con una aguja grande y material reabsorbible, se da un punto que engloba y pasa a través del ligamento ancho en sentido antero posterior, para volver a través del miometrio englobando los vasos uterinos. O' Leary lo practica bilateralmente a nivel del segmento, justo bajo la histerectomía, y si el sangrado es de la parte inferior lo repite 3-4 cm. por debajo. AbdRabbo realiza una operación similar, pero la repite a nivel de útero- ovárica, una vez separada la trompa.

En algunas series se comunican resultados en torno al 90% de éxitos; Tratamiento médico y quirúrgico de las hemorragias postparto y del alumbramiento.

LIGADURAS DE ARTERIAS HIPOGÁSTRICAS

La arteria hipogástrica aporta la mayor cantidad de irrigación a la pelvis, por lo que su ligadura es de especial utilidad cuando la hemorragia procede de una rama distinta a la uterina, como por ejemplo ocurre en una rotura uterina, hematoma del ligamento ancho, hemorragia procedente de vagina... La ligadura bilateral reduce el 50%41 del flujo pélvico, y además lo convierte en un sistema no pulsátil, lo que favorece sobremanera la coagulación.

TÉCNICA

Básicamente consiste en disecar la arteria hipogástrica junto a la bifurcación de la arteria iliaca común identificando el uréter que la cruza de fuera a dentro, separarla de la vena y ligarla aproximadamente a los 2 cm. de su nacimiento. Para ello abriremos el retroperitoneo entre los ligamentos redondos e infundibulopélvico, para caer sobre la iliaca externa.

Seguiremos ésta en dirección proximal hasta la bifurcación para encontrar la hipogástrica.

El uréter suele hallarse pegado a la hoja posterior del peritoneo y puede verse separando la ílfaca externa y el infundibulopélvico.

Cuando analizamos los resultados obtenidos varían ampliamente, desde el 42% de éxitos de las primeras series, hasta el 80% aproximadamente de las series más modernas.

TÉCNICAS DE COMPRESIÓN UTERINA

Se han descrito diversas técnicas, basadas en este concepto, que van desde la simple compresión mediante un vendaje, almohadón, o saco de arena descritas en ocasiones como muy válidas⁴⁴, a la aplicación de suturas en el útero, de manera que se atravesase éste desde la cara anterior a la posterior en ida y vuelta, logrando una compresión al anudar, que permite evitar el sangrado. Una de las variantes con más predicamento es la de B-Lynch.⁽²⁵⁾

EMBOLIZACIÓN DE LAS ARTERIAS UTERINAS

Para algunos autores, es la técnica de elección para el tratamiento de la hemorragia postparto. Puede realizarse con radiología intervencionista, mediante cateterización de la arteria femoral, con anestesia local, hasta las arterias ilíacas internas, realizándose angiografías simultáneamente.

Es una técnica relativamente poco invasiva y con escasas complicaciones. En pacientes jóvenes, en las que se desea preservar la fertilidad, se puede realizar por vía laparoscópica una coagulación selectiva con bipolar de los vasos uterinos.⁽²⁶⁾

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

LA HEMORRAGIA POSTPARTO: Es la pérdida de más de 500 ml de sangre después de un parto vaginal o más de 1000 ml de sangre después de una cesárea, en las primeras 24 horas del puerperio.

ATONÍA UTERINA: Es la incapacidad del útero para contraerse y puede conllevar a sangrado continuo. La retención de tejido placentario puede causar una atonía uterina.

TRAUMATISMOS: Los traumatismos durante el parto pueden desgarrar el tejido y vasos sanguíneos del canal del parto, lo que conlleva a sangrado importante.

RETENCIÓN DE TEJIDO: Es cuando porciones de la placenta o del feto permanecen adheridos al útero, lo que puede causar hemorragias.

COAGULOPATÍAS: Ocurren cuando hay un fallo en la coagulación lo que puede predisponer a sangrados constantes.

ABLACIÓN ENDOMETRIAL: Un procedimiento histeroscópico o no histeroscópico que se utiliza para eliminar, quemar o congelar la mayor parte del endometrio; a veces se utiliza para tratar el sangrado uterino anormal.

ANEMIA: Una reducción en el número de glóbulos rojos (las células que transportan oxígeno en el cuerpo). La anemia se caracteriza por la debilidad o el cansancio. Puede ser una consecuencia del sangrado anormal.

CUELLO UTERINO: El extremo inferior más estrecho del útero que conecta la cavidad uterina con la vagina.

DILATACIÓN Y CURETAJE (D Y C): Un procedimiento quirúrgico ambulatorio en el que se dilata el cuello uterino y se raspa el revestimiento del útero. El tejido a menudo se utiliza para realizar un examen microscópico para determinar la presencia de una anomalía o de tejido propio del embarazo.

ENDOMETRIO: El revestimiento del útero que se desprende cada mes durante el período menstrual. A medida que progresa el ciclo mensual, el endometrio se engrosa y proporciona así un sitio nutritivo para la implantación de un óvulo fecundado.

HISTERECTOMÍA: La extirpación quirúrgica del útero. La histerectomía se puede realizar a través de una incisión abdominal (laparotomía), a través de la vagina (histerectomía vaginal), a través de una laparoscopia o laparoscopia

asistida por robot o mediante una histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (LAVH). A veces, también se extraen los ovarios y las trompas de Falopio.

LAPAROTOMÍA: Cirugía abdominal importante que se realiza a través de una incisión en la pared abdominal. Lesiones. Los crecimientos o las anomalías respecto de la anatomía normal. Algunos ejemplos incluyen el tejido cicatricial, los pólipos y los miomas uterinos.

ÚTERO (MATRIZ): El órgano reproductor femenino ahuecado y muscular ubicado en la pelvis donde el embrión se implanta y crece durante el embarazo. El revestimiento del útero, denominado endometrio, produce el flujo de sangre menstrual mensual cuando no se produce el embarazo.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

-La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016.

2.4.2. HIPÓTESIS SECUNDARIAS

- La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina por atonía uterina en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016.

- La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina por retención placentaria en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016.

- La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina por desgarros del canal blando del parto en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE

Hemorragia uterina en el puerperio

Indicadores

- Hemorragia por atonía uterina
- Hemorragia por retención placentaria
- Hemorragia por desgarros del canal blando del parto

2.5.2. VARIABLE INDEPENDIENTE

Multiparidad

Indicador: 2 o más partos

2.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo	Indicadores	Escala	Valor final
Hemorragia uterina en el puerperio	Independiente	-Hemorragia por atonía uterina -Hemorragia por retención placentaria -Hemorragia por desgarros del canal blando del parto	Dicotómica	Presente Ausente
Multiparidad	Dependiente	2 a más hijos	Ordinal	Número de hijos

**CAPÍTULO III:
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva pues se describen los fenómenos en su ambiente natural sin modificarlos, transversa pues solo se midió una sola vez, retrospectiva pues los datos pertenecen al pasado y analítica pues existen dos variables.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Relacional

3.1.3. MÉTODO

Inductivo

3.2. DESCRIPCIÓN DE ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se desarrolló en el hospital San Juan de Dios de Pisco.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

3.3.1. POBLACIÓN

Son las parturientas que presentaron hemorragias uterinas en el puerperio durante el 2016 que son 96.

3.3.2. MUESTRA

Se seleccionaron según criterios de caso y control.

DEFINICIÓN DE CASO

Puérperas que presentaron sangrado más de 500cc en un parto vaginal y más de 1000cc en parto por cesárea.

Que tenga su historia completa y clara

DEFINICIÓN DE CONTROL

Puérperas con historias clínicas incompletas y que el sangrado fue menor a los indicado.

Un Control por cada Caso es decir 96 casos y 96 controles.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. TÉCNICAS

Documental, pues se revisó documentos estadísticos de donde se obtuvieron los datos del estudio.

3.4.2. INSTRUMENTOS

Ficha de recolección de datos elaborado para tal fin.

3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos obtenidos fueron tabulados en el programa SPSS v22 de donde se obtuvieron el chi cuadrado y analizados para presentarlos en forma de tablas y gráficos.

Ética: - Los resultados se analizaron en forma global a fin de evitar la identificación de los que fueron sujetos de investigación.

CAPÍTULO IV:

RESULTADOS

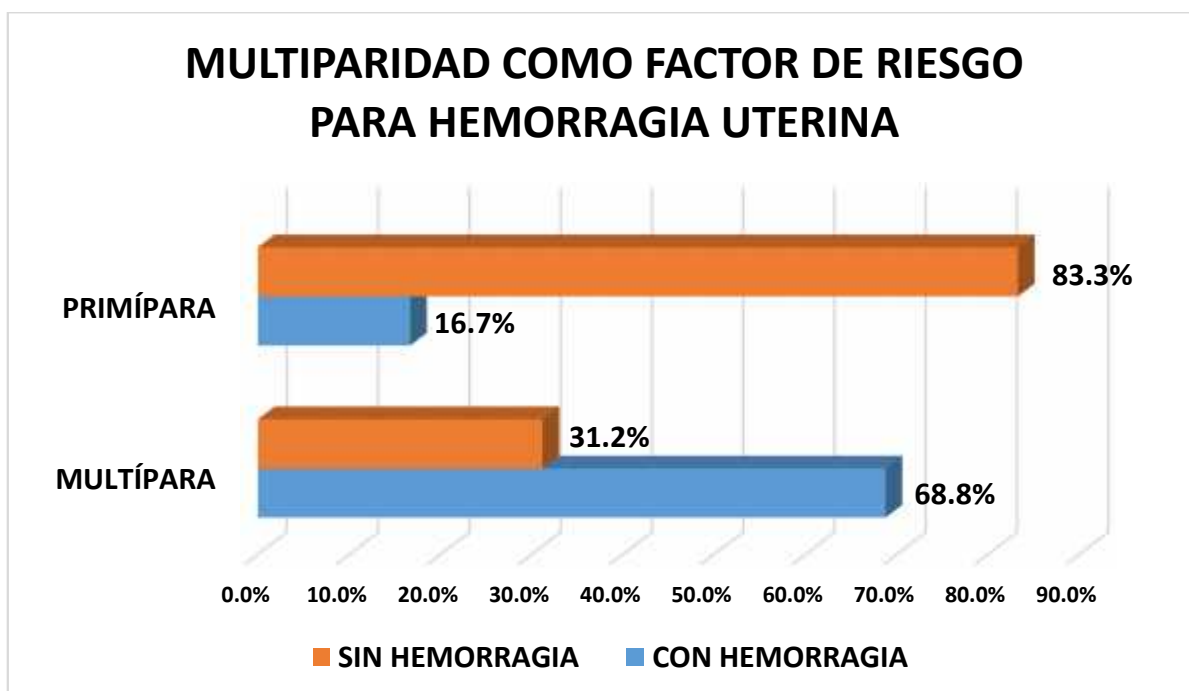
TABLA N° 01
LA MULTIPARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA HEMORRAGIA
UTERINA EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO 2016

HEMORRAGIA UTERINA	PARIDAD				TOTAL	
	MULTÍPARA		PRIMÍPARA			
	N	%	N	%	N	%
SI	33	68.8%	8	16.7%	41	42.7%
NO	15	31.2%	40	83.3%	55	57.3%
TOTAL	48	100.0%	48	100.0%	96	100.0%

Fuente: Hospital SJD Pisco

La tabla muestra que el porcentaje de hemorragias de origen uterino durante el puerperio inmediato es más frecuente en los grupos de gestantes que son múltiparas 68.8% en comparación con las que son primíparas cuyo porcentaje es de 16.7%

GRÁFICO N° 01



Fuente: Hospital SJD Pisco

TABLA N° 02

MULTIPARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA HEMORRAGIA UTERINA POR ATONÍA UTERINA EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO 2016

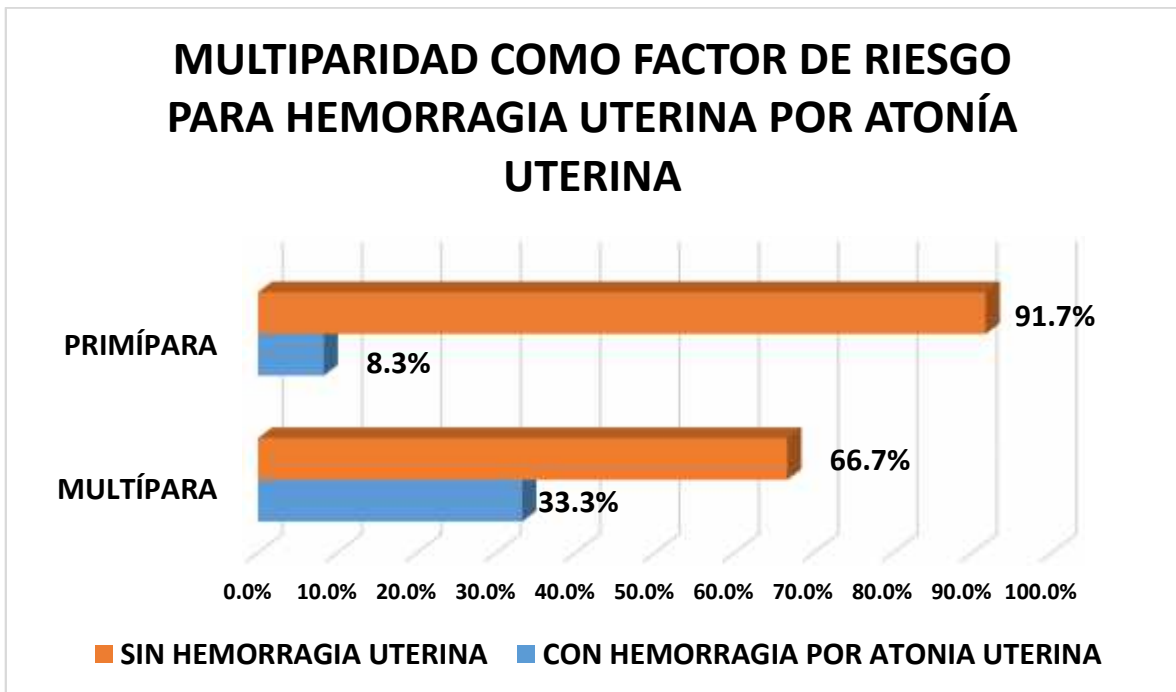
HEMORRAGIA UTERINA POR ATONÍA UTERINA	PARIDAD				TOTAL	
	MULTÍPARA		PRIMÍPARA			
	N	%	N	%	N	%
SI	16	33.3%	4	8.3%	20	20.7%
NO	32	66.7%	44	91.7%	76	79.2%
TOTAL	48	100.0%	48	100.0%	96	100.0%

Fuente: Hospital SJD Pisco

La tabla muestra que el porcentaje de hemorragias por atonía uterina durante el puerperio inmediato es más frecuente en los grupos de gestantes que son

múltiparas 33.3% en comparación con las que son primíparas cuyo porcentaje es de 8.3%

GRÁFICO N° 02



Fuente: Hospital SJD Pisco

TABLA N° 03

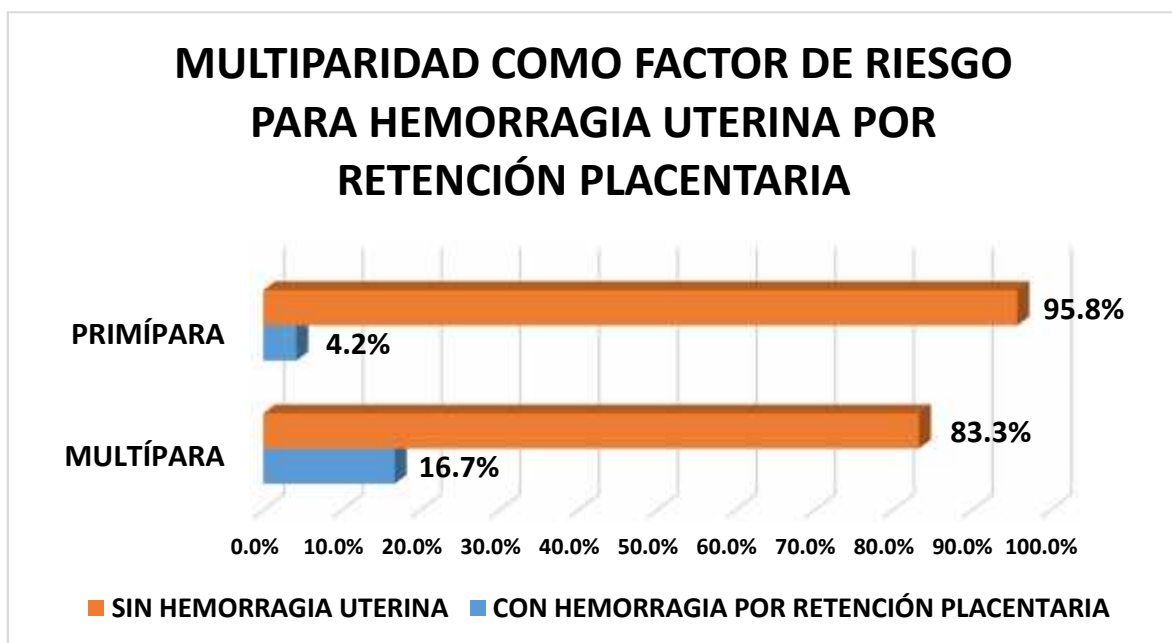
MULTIPARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA HEMORRAGIA UTERINA POR RETENCIÓN PLACENTARIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO 2016

HEMORRAGIA UTERINA POR RETENCIÓN PLACENTARIA	PARIDAD				TOTAL	
	MULTÍPARA		PRIMÍPARA			
	N	%	N	%	N	%
SI	8	16.7%	2	4.2%	10	10.4%
NO	40	83.3%	46	95.8%	86	89.6%
TOTAL	48	100.0%	48	100.0%	96	100.0%

Fuente: Hospital SJD Pisco

La tabla muestra que el porcentaje de hemorragias por retención placentaria durante el puerperio inmediato es más frecuente en los grupos de gestantes que son multíparas 16.7% en comparación con las que son primíparas cuyo porcentaje es de 4.2%

GRÁFICO N° 03



Fuente: Hospital SJD Pisco

TABLA N° 04

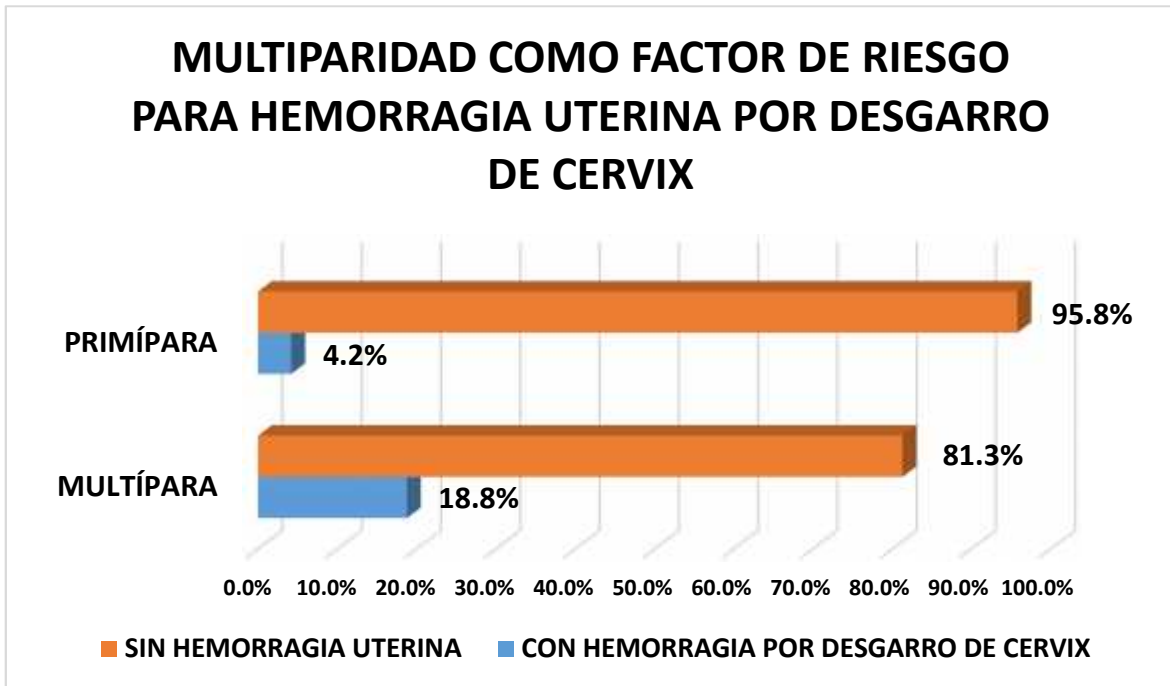
MULTIPARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA HEMORRAGIA UTERINA POR DESGARRO DEL CERVIX EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO 2016

HEMORRAGIA UTERINA POR DESGARRO DE CERVIX	PARIDAD				TOTAL	
	MULTÍPARA		PRIMÍPARA			
	N	%	N	%	N	%
SI	9	18.8%	2	4.2%	11	11.5%
NO	39	81.3%	46	95.8%	85	88.5%
TOTAL	48	100.0%	48	100.0%	96	100.0%

Fuente: Hospital SJD Pisco

La tabla muestra que el porcentaje de hemorragias por desgarro de cérvix durante el puerperio inmediato es más frecuente en los grupos de gestantes que son multíparas 18.8% en comparación con las que son primíparas cuyo porcentaje es de 4.2%

GRÁFICO N° 04



**PRUEBA DE HIPÓTESIS
HIPÓTESIS GENERAL**

1.- FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Ha: La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016.

Ho: La multiparidad no es un factor de riesgo para la hemorragia uterina en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016.

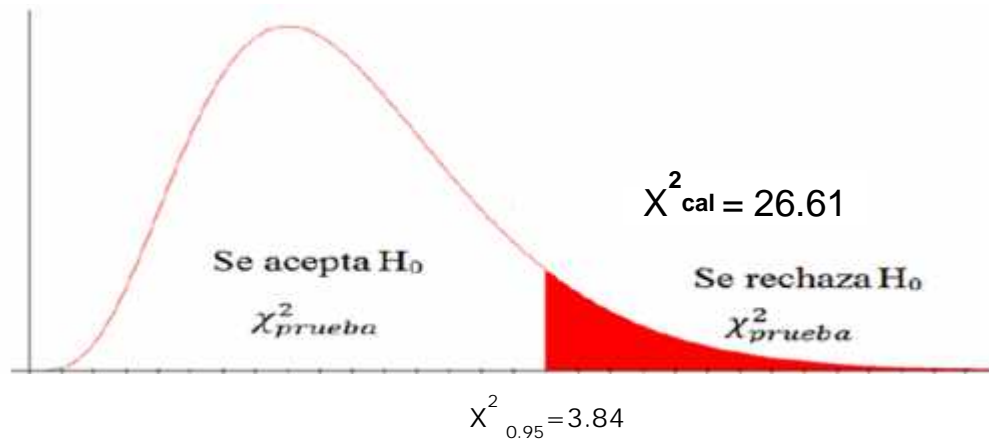
2.- NIVEL DE SIGNIFICANCIA

0.05 o 5%

3.- ESTADÍSTICO DE PRUEBA

Chi cuadrado: 26.61.

4.- CALCULO DEL P VALOR



-Determinación del p valor.

p valor = 0.000

5.- TOMA DE DECISIÓN

Se acepta a H_a : La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016.

HIPÓTESIS SECUNDARIA 1

1.- FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

H_a : La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina por atonía uterina en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016.

H_0 : La multiparidad no es un factor de riesgo para la hemorragia uterina por atonía uterina en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016.

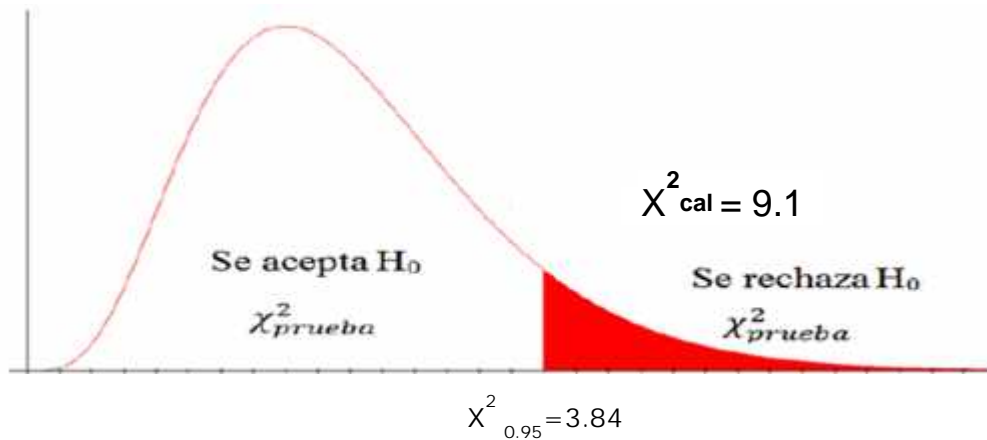
2.- NIVEL DE SIGNIFICANCIA

0.05 o 5%.

3.- ESTADÍSTICO DE PRUEBA

Chi cuadrado: 9.1.

4.- CALCULO DEL p VALOR



-Determinación del p valor.

p valor = 0.003

5.- TOMA DE DECISIÓN

Se acepta a H_a : La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina por atonía uterina en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016.

HIPÓTESIS SECUNDARIA 2

1.- FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

H_a : La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina por retención placentaria en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016

H_0 : La multiparidad no es un factor de riesgo para la hemorragia uterina por retención placentaria en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016

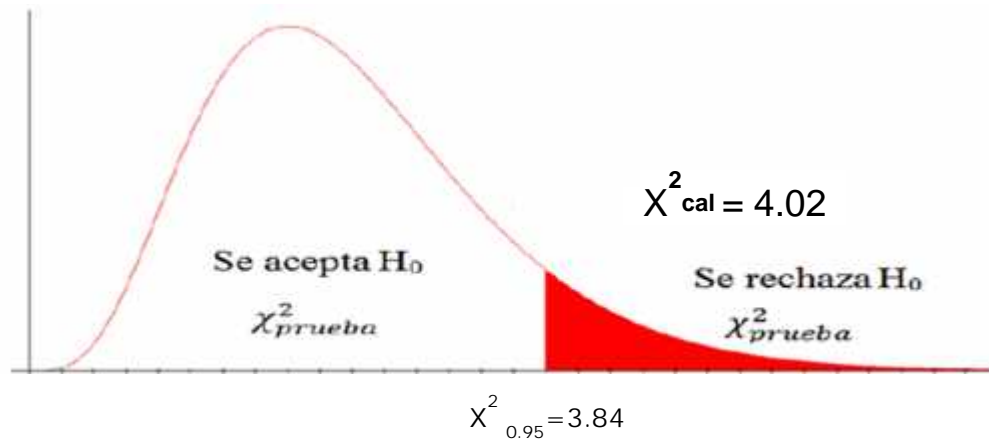
2.- NIVEL DE SIGNIFICANCIA

0.05 o 5%.

3.- ESTADÍSTICO DE PRUEBA

Chi cuadrado: 4.02.

4.- CALCULO DEL p VALOR



-Determinación del p valor.

p valor = 0.045

5.- TOMA DE DESICIÓN

Se acepta a H_a : La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina por retención placentaria en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016

HIPÓTESIS SECUNDARIA 3

1.- FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

H_a : La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina por desgarros del canal blando del parto en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016.

H_0 : La multiparidad no es un factor de riesgo para la hemorragia uterina por desgarros del canal blando del parto en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016.

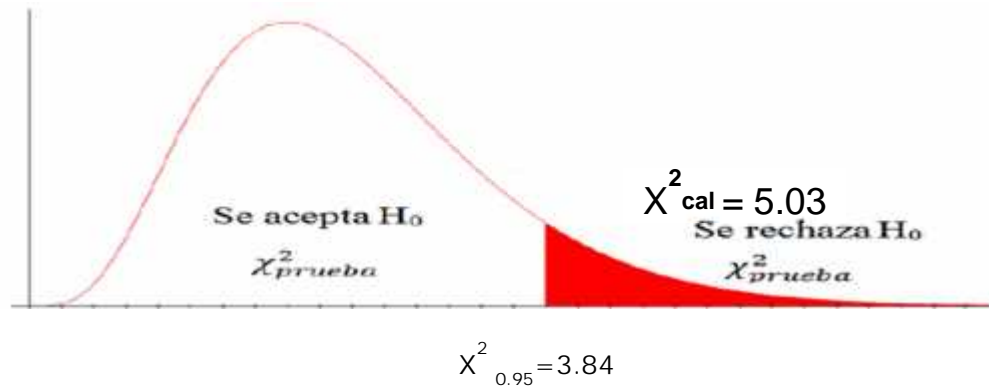
2.- NIVEL DE SIGNIFICANCIA

0.05 o 5%.

3.- ESTADÍSTICO DE PRUEBA

Chi cuadrado: 5.03.

4.- CALCULO DEL p VALOR



-Determinación del p valor.

p valor = 0.025

5.- TOMA DE DECISIÓN

Se acepta a Ha: La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina por desgarros del canal blando del parto en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016.

CAPITULO V: DISCUSIÓN

La multiparidad es una condición que provoca en el útero cierta debilidad en las fibras musculares las que es más intensa cuantas más gestaciones tiene la paciente, por lo que investigamos a esta condición como factor de riesgo para la hemorragia uterina, entendiéndose que hemorragia uterina se considera cuando el sangrado durante el puerperio inmediato es de 500cc a más. Así lo demuestra Castillo M. (2016) que encontró que la multiparidad, sobredistensión uterina, y episiotomía medio-lateral, como factores de riesgo de hemorragia durante el primero y segundo periodo.

La multiparidad demostró ser un factor de riesgo para la hemorragia uterina como se observa en la tabla N° 01 obteniéndose un porcentaje de hemorragias de origen uterino durante el puerperio inmediato más frecuente en los grupos de gestantes que son multíparas 68.8% en comparación con las que son primíparas cuyo porcentaje es de 16.7%. Diferencia significativa con chi cuadrado de 26.61. Así lo demostró Castellano, G; Quilumba, M. (2012), que entre los factores de riesgo obstétrico que predominan son: Hipotonía uterina con un 87%, el 8% corresponde a retención de restos placentarios y el 5% a laceraciones del tracto genital. También Correa G, en el 2014 en Lima Perú Hospital Santa Isabel del Porvenir corrobora el estudio pues encontró que la gran multiparidad es factor de riesgo de hemorragia postparto, con un OR= 1.97 con un IC al 95% 1.02 y 3.82 (p=0.04).

Al evaluar la multiparidad como factor de riesgo para hemorragia uterina por atonía uterina esto demostró ser un factor de riesgo pues el porcentaje de hemorragias por atonía uterina durante el puerperio inmediato es más frecuente en los grupos de gestantes que son multíparas 33.3% en comparación con las que son primíparas cuyo porcentaje es de 8.3%, con diferencias significativas pues el chi cuadrado es de 9.1, tal como se observa en la tabla N° 02. Así lo demostró también Cevallos I. (2014) pues encontró que los factores causales de mayor

importancia encontrados en nuestro estudio fue la atonía uterina, seguido de retención de membranas corioplacentarias y finalmente el desgarro cérvico-vaginal.

Al investigar la paridad como factor de riesgo para hemorragia uterina por retención de placenta se encontró que es un factor debido a que el porcentaje de hemorragias por retención placentaria durante el puerperio inmediato es más frecuente en los grupos de gestantes que son multíparas 16.7% en comparación con las que son primíparas cuyo porcentaje es de 4.2% con diferencia significativa pues el chi cuadrado es de 4.02 como lo muestra la tabla N° 03. Castellano, G. (2011) en Quito Ecuador encuentra similar resultado a los nuestros pues concluye que los factores de riesgo obstétrico que predominan son: Hipotonía uterina con un 87%, el 8% corresponde a retención de restos placentarios y el 5% a laceraciones del tracto genital

Finalmente se evaluó a la multiparidad como factor de riesgo para hemorragia uterina por desgarro de cérvix y se encontró diferencias significativas con chi cuadrado de 5.03 pues el porcentaje de hemorragias por desgarro de cérvix durante el puerperio inmediato es más frecuente en los grupos de gestantes que son multíparas 18.8% en comparación con las que son primíparas cuyo porcentaje es de 4.2% tal como lo muestra la tabla N° 04.

CONCLUSIONES

1. La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016, chi cuadrado de 26.61 y p valor de 0.000.
2. La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina por atonía uterina en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016 con chi cuadrado de 9.1 y p valor de 0.003.

3. La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina por retención placentaria en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016 con chi cuadrado de 4.02 y p valor de 0.045.
4. La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina por desgarros del canal blando del parto en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016 con chi cuadrado de 5.03 y p valor de 0.025.

RECOMENDACIONES

1. La hemorragia uterina obedece a varias causas siendo una de ellas la multiparidad por lo que se debe socilitar los análisis de perfil de coagulación; Promover la planificación familiar a fin de tener mujeres en edad fértil con un número de hijos no mayor de 2 pues la multiparidad pondrá en riesgo para las hemorragias uterinas.

2. Sabiendo que una de la principal causa de la hemorragia uterina es la atonía uterina se debe tomar en cuenta este riesgo a fin de ser evitado en periodo antes del parto o controlado durante el parto y puerperio inmediato a fin de evitar sangrado que pone en riesgo de muerte a la madre.
3. La retención de restos placentarios es también una causa de hemorragia uterina por lo que se debe brindar más atención en el alumbramiento dirigido, tomar las precauciones durante el alumbramiento evitará en su mayoría que este accidente ocurra.
4. El desgarro vaginal es también causa de hemorragia uterina observable sobre todo en la multiparidad por lo que es de considerar la importancia de la psicoprofilaxis a fin de poder prevenir o disminuir la lesión del cérvix o vagina alta.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1.- Instituto Nacional de Estadística e Informática. MINSA. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013. Salud Materna.

www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones.../index.html

2.- Biblioteca de Salud Sexual y Reproductiva de la OMS 2015.

apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/postpartum.../es/

- 3.- Castillo M. (2016) Prevalencia y factores de riesgo asociados a hemorragia postparto durante el puerperio inmediato en las mujeres gestantes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora Loja, periodo marzo-agosto 2015. Ecuador
- 4.- López V. (2013). Determinación del sangrado durante el parto y factores asociados a hemorragia, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador. Objetivo: Determinar la prevalencia de Hemorragia intraparto y los factores asociados en el Hospital Vicente Corral Moscoso
- 5.- Castellano, G; Quilumba, M. (2012). Prevalencia de hemorragia posparto en pacientes de 14 a 45 años atendidas en el área de gineco–obstetricia del Hospital Básico de Machachi, en el período de 01 de enero al 31 de diciembre del 2011. Quito.
- 6.- Cevallos I. (2014). Factores causales relevantes de hemorragia post parto céfalo vaginal en pacientes multíparas atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del “hospital general Dr. Enrique Garces” quito, período septiembre del 2012 – agosto del 2013.
- 7.- Castellano, Benalcázar G. Prevalencia de hemorragia posparto en pacientes de 14 a 45 años atendidas en el área de gineco–obstetricia del hospital básico de Machachi, Quito. en el período de 01 de enero al 31 de diciembre del 2011.
- 8.- Correa G. (2014). Gran multiparidad y macrosomía fetal como factores de riesgo para hemorragia posparto Hospital Distrital Santa Isabel el Porvenir 2007-2013. Lima Perú.
- 9.- Navarro Y. (2013). Frecuencia de las complicaciones materno perinatales durante el embarazo en adolescentes y mujeres adultas en el Hospital Belén de Trujillo, enero 2005 - diciembre 2011.
- 10.- Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. El parto patológico. En: Obstetricia. 6a ed. Bs As: El Ateneo, 2008: 629-644.
- 11.- Martinez-Galiano JM. Prevención de la hemorragia posparto con el manejo activo del alumbramiento. Matronas prof 2009; 10 (Supl 4): 20-26.

- 12.- Rivero M, Avanza MJ, Alegre MC, Feu M, Valsecia M, Schaab A, y col. Hemorragia postparto: incidencia, factores de riesgo y tratamiento. Comunicaciones científicas y tecnológicas UNNE [en línea] 2005 [fecha de acceso 02 marzo 2011];
http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M106_Falta%20Corregir.pdf
- 13.- Abalos E, Asprea I, García O. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Ministerio de Salud de la Nación Argentina [en línea] 2006 [fecha de acceso 02 marzo 2011]; 47. Disponible en:
http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/archivos/pdf/guia_hemorragia.pdf
- 14.- OMS. Recomendaciones de la OMS sobre la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto Información destacada y mensajes clave de las nuevas recomendaciones mundiales de 2012
- 15.- Ajenifuja KO, Adepiti CA, Ogunniyi SO. Hemorragia por parto en el hospital docente de Nigeria: 5 años de experiencia. Afr Health Sci 2010; 10 (Supl 1): 71-74.
- 16.- Romero M, Chapman E, Ramos S, Abalos E. La situación de la mortalidad materna en la Argentina. Observatorio de salud sexual y reproductiva. Argentina [en línea] Abril 2010 [fecha de acceso 02 marzo 2010]; (1): 8. URL disponible en:
http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/hoja_1.pdf
- 17.- Oyelese Y, Ananth CV. Hemorragia pos parto: epidemiología factores de riesgo y causas. Clin Obstet Gynecol 2010; 53 (Supl 1): 147-156.
- 18.- Hofmeyr GJ, Gülmezoglu M, Novikova N, Linder V, Ferreirab S, Piaggio G. Misoprostol en la prevención y tratamiento de la hemorragia pos parto: Revisión sistémica meta análisis. Bull World Health Organ 2009; 87: 666–677.
- 19.- Winograd RH, Salcedo L, Fabiano P, Bolatti H. Consenso: Manejo de la hemorragia obstétrica crítica. FASGO [en línea] Octubre 2007 [fecha de acceso 02 marzo 2011]; 13. URL disponible en:
<http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/conhemoob.pdf>
- 20.- Su LL, Chong YS, Samuel M. Agonistas de la oxitocina para la prevención de la hemorragia posparto (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane

Plus [en línea] 2009 [fecha de acceso 02 marzo 2011]; (4): 26. URL disponible en:
<http://www.updatesoftware.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD005457>

21.- Mousa HA, Alfirevic Z. Tratamiento para la hemorragia postparto primaria (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus [en línea] 2008 [fecha de acceso 02 marzo 2011]; (4): 24. URL disponible en:

<http://www.updatesoftware.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD003249>

22.- Canchila C, Laguna H, Paternina A, Arango A, De la Barrera A. “Prevención de la hemorragia post parto”. Universidad de Cartagena, Facultad de Medicina Departamento de Ginecología & Obstetricia, Colombia. Noviembre de 2009.

23.- Malvino E, Eisele G, Martinez M, Lowenstein R. Hemorragias obstétricas exanguinantes. Clínica e Investigación en Obstetricia y Ginecología (Barcelona), 2009; 36(1):2-8.

24.- Sosa C, Althabe F, Belizán J. “Factores de riesgo de hemorragia post-parto en partos vaginales en una población de América Latina”.Obstetrics & Gynecology 1313 - 1319; Vol. 113;6. June 2009.

25.- Calle A. Diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto. Rev Per Ginecol Obstet. 2008;54:233-243.

26.- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2013.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTO	FUENTE
¿La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016?	Determinar la asociación entre la multiparidad y la hemorragia uterina en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016	<p>Evaluar la asociación entre la multiparidad y la hemorragia uterina por atonía uterina en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016</p> <p>Precisar la relación entre la multiparidad y la hemorragia uterina por retención placentaria en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016</p> <p>Estimar la asociación entre la multiparidad y la hemorragia uterina por desgarros del canal blando del parto en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016</p>	<p>Hipótesis general La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016</p> <p>Hipótesis secundarias La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina por atonía uterina en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016</p> <p>La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina por retención placentaria en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016</p> <p>La multiparidad es un factor de riesgo para la</p>	<p>Variable Dependiente</p> <p>Hemorragia uterina en el puerperio</p> <p>Variable Independiente</p> <p>-Multiparidad</p>	<p>-Hemorragia por atonía uterina</p> <p>-Hemorragia por retención placentaria</p> <p>-Hemorragia por desgarros del canal blando del parto</p> <p>2 o más partos</p>	Ficha de datos	HC

			hemorragia uterina por desgarros del canal blando del parto en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2016				
--	--	--	---	--	--	--	--



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° DE FICHA.....

1.- EDAD.....

2.- G.....P.....A.....

3.- HEMORRAGIA POS PARTO

(SI) (NO)

4.- ATONIA UTERINA

(SI) (NO)

5.- RETENCIÓN PLACENTARIA

(SI) (NO)

6.- DESGARRO DEL CANAL BLANDO DEL PARTO

(SI) (NO)

7.- QUE PARTE DEL CANAL

(DESGARRO DEL CERVIX)

(DESGARRO VAGINAL)

(DESGARRO DEL INTROITO VAGINAL)

(EPISIOTOMÍA)

8.- OTROS

(INVERSIÓN UTERINA)

(ROTURA UTERINA)

(TRANSTORNOS DE LA COAGULACIÓN)



"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"



Pisco, 03 de Abril del 2017

OFICIO N° 054 -2017- GORE - ICA-DIRESA-UADEI.

Señorita : Francesca Giovanna CCahuin Sueno
Lic. Obstetricia egresada de la UAP- Filial Pisco.

Asunto : Autorización para recabar datos estadísticos para
elaboración de tesis.

Referencia : Solicitud de Proveído N° 020477

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarla cordialmente al mismo tiempo en atención a la solicitud de la referencia darle a conocer que la dirección a mi cargo le autoriza para que recabe los datos Estadísticos necesarios para la elaboración de su Tesis titulada "Multiparidad como Factor de riesgo para la hemorragia uterina en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2016".

Sin otro particular, es propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi mayor consideración.

Atentamente,



54
GORE ICA - DIRESA - ICA
U.E. 404 00000001 SAN JUAN DE DIOS - PISCO
Roberto A. Estrada Rodríguez
M.C. ROBERTO A. ESTRADA RODRÍGUEZ
CNP. 32051
DIRECTOR EJECUTIVO

c.c.: Archí
RAER-D- HSJDP
AGGC-J-UADEI.

GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD ICA
Hospital San Juan de Dios de Pisco
Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
Fundo Alto la Luna Mz-B Lt-5



