



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

TITULO:

**“LA MULTIPARIDAD COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA LA
HEMORRAGIA UTERINA EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA ESSALUD ICA, ENERO A DICIEMBRE 2014”**

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

AUTORA:

GIRAO RAMOS, ROSA SUSANA

ICA – PERU

2015

DEDICATORIA

A Dios, porque fue quien me iluminó para realizar esta investigación en beneficio de la población, porque sin él nada podría lograr. Siempre será la luz que alumbra mi camino, que aclara mis ideas despejando mis dudas, luz de la verdad y la vida.

A mi madre, por cuidarme y depositar su confianza en mí, brindándome su apoyo incondicional, para lograr mis objetivos, por haberme impulsado a ser una gran persona, mujer y profesional. Siempre me diste todo de manera incondicional, sin esperar nada a cambio.

A mis hijos, por ser quien me llena de fuerza y valor para luchar día a día.

A mi familia, por brindarme su apoyo y sus consejos en mi formación personal y profesional, porque sin ustedes no hubiese logrado este sueño.

A mis docentes, mis maestros, que durante mi vida universitaria dedicaron su tiempo a formarme como profesional y más importante como persona.

AGRADECIMIENTOS:

A mi Asesora de tesis, la Osbtetriz. Mirtha Aguilar Tuppia, por ayudarme y brindarme todo su apoyo y dedicación en esta investigación, porque sin sus conocimientos en este estudio no hubiese logrado culminar este trabajo. Gracias por sus consejos y su asesoramiento en la realización de esta tesis.

A mis Docentes y Obstetrices, por sus conocimientos, experiencias y consejos que me brindaron a lo largo de estos cinco años, gracias por que han sido parte de cada momento vivido en mis estudios profesionales. Nunca olvidaré cómo nos estimulaban cada día para seguir adelante, y mostrar nuestra vocación y convicción en nuestra profesión.

Al personal del hospital Augusto Hernández Mendoza Es salud Ica, por permitirme realizar mi investigación, dándome todas las facilidades del caso, porque sin ello no hubiera podido realizar este estudio y alcanzar la meta trazada.

A mi familia por el apoyo incondicional que me dieron durante la ejecución del presente trabajo de investigación.

A todos ellos,

Eternamente gracias.

RESUMEN

Se realizó un estudio sobre la Multiparidad, cuyo objetivo fue determinar la asociación entre la Multiparidad y la hemorragia uterina en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza Es salud Ica 2014.

Los objetivos fueron Determinar la asociación entre la Multiparidad y la hemorragia uterina en el puerperio inmediato, Evaluar la asociación entre la Multiparidad y la hemorragia uterina por atonía uterina, Precisar la relación entre la Multiparidad y la hemorragia uterina por retención placentaria, Estimar la asociación entre la Multiparidad y la hemorragia uterina por desgarros del canal blando del parto.

Es un estudio retrospectivo de corte transversal, para lo cual la población estuvo conformada por 127 pacientes multíparas con hemorragia uterina en el puerperio, que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Se aplicó un instrumento de recolección de datos creado para facilitar el acopio de la información de las historias clínicas para la investigación.

Los resultados a los que se llegó fue el porcentaje de multíparas con hemorragia uterina en el puerperio fue de 91%, siendo de mayor predominancia los desgarros de partes blandas 41%. Anemia leve con un porcentaje de 46%, el shock hipovolémico 75%, la histerectomía con un 9% y hubo en el año de estudio una muerte materna 1%, Que las edades de las multíparas oscila entre 19-34 años con un 45%, el estado civil de mayor predominancia son las convivientes con un 40%, periodo intergenésico normal con 57%, las pacientes que no registraron cesáreas anteriores con un mayor porcentaje de 72%,

Concluyendo que la Multiparidad es un factor predisponente para la hemorragia uterina en el puerperio.

PALABRA CLAVE: MULTIPARIDAD, HEMORRAGIA POST PARTO.

SUMMARY

A study on multiparity, which was to determine the association between multiparity and uterine bleeding in the immediate postpartum period in patients treated at the Hospital Augusto Mendoza Hernandez Ica's Health 2014 took place.

The objectives were to determine the association between multiparity and uterine bleeding in the immediate postpartum period, to assess the association between multiparity and uterine bleeding due to uterine atonic, clarify the relationship between multiparity and uterine bleeding placental retention, estimate the association between multiparity and uterine bleeding tears of soft birth canal.

It is a retrospective cross-sectional study, for which the population consisted of 127 patients with uterine bleeding multiparas in puerperium, who met the inclusion and exclusion criteria. an instrument of data collection created to facilitate the collection of information from medical records for research was applied.

The result which was reached was the percentage of multiparous with postpartum uterine bleeding was 91%, with most predominant soft tissue lacerations 41%. mild anemia with a percentage of 46%, 75% hypovolemic shock, Hysterectomy with 9% and was in the year of study maternal death 1%, that the ages of 19-34 years multiparas ranges between 45%, the most predominant marital status are cohabiting with 40%, normal 57% intergenesic period, patients who reported no previous Caesarean with a higher percentage of 72%.

concluding that multiparity is a predisposing factor for postpartum hemorrhage uterine.

KEYWORD: multiparity, postpartum hemorrhage.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	10

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática.....	13
1.2. Delimitación de la Investigación.....	15
1.3. Formulación del Problema.....	15
1.3.1. Problema Principal.....	15
1.3.2. Problemas Secundarios.....	15
1.4. Objetivos de la Investigación.....	16
1.4.1. Objetivo General.....	16
1.4.2. Objetivos Específicos.....	16
1.5. Justificación e Importancia de la Investigación.....	16

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la Investigación.....	20
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	20
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	26
2.1.3. Antecedentes Locales.....	32
2.2. Bases Teóricas.....	34
2.2.1. Hemorragia.....	34

2.2.2. Hemorragia post parto.....	36
2.2.3. Manejo activo del alumbramiento.....	53
2.2.4. Manejo de la clave roja.....	56
2.2.5. Shock hipovolémico.....	57
2.3. Definición de Términos Básicos.....	60

CAPITULO III

HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis de la Investigación.....	62
3.1.1. Hipótesis General.....	62
3.1.2. Hipótesis Secundaria.....	62
3.2. Variables.....	62
3.2.1. Variable.....	63
3.2.2. Operacionalización de Variables.....	64

CAPITULO IV

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

4.1. Diseño de la Investigación.....	67
4.1.1. Tipo de Investigación.....	67
4.1.2. Nivel de Investigación.....	67
4.1.3. Método de la Investigación.....	67
4.2. Población y Muestra de la Investigación.....	67
4.2.1. Población.....	67
4.2.2. Muestra.....	67

CRITERIOS DE INCLUSION

CRITERIOS DE EXCLUSION

4.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	68
4.3.1. Técnica.....	68
4.3.2. Instrumento.....	68
4.3.3. Técnica de Análisis de Datos.....	68
4.3.4. Ética de la Investigación.....	69

CAPITULO V

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

5.1. Análisis e interpretación de Tablas y Gráficos.....	71
Discusión.....	82
Conclusiones.....	89
Recomendaciones.....	90
Fuentes de Información.....	91

ANEXOS

Matriz de Consistencia.....	97
Modelo de Ficha de Recolección de Datos.....	98

INTRODUCCIÓN

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.

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

Durante el 2006, un total de 536 madres gestantes perdieron la vida; mientras que en el 2007 el índice de mortalidad materna registró 513 decesos, lo que representó una disminución de 4% respecto al año anterior, según el MINSA.

Los resultados de la última Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2013, 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. ⁽¹⁾

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%).

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. ⁽¹⁾

La investigación está diseñada en cinco capítulos: El I capítulo trata la problemática, objetivos y justificación, el capítulo II trata del marco teórico, El capítulo III la hipótesis y variables, el capítulo IV trata de la metodología, y en el capítulo V se presenta los resultados.

De lo expuesto podemos concluir señalando que es innegable la influencia que la Multiparidad tiene sobre la mujer gestante, por lo que debe constituir los esfuerzos que el médico y la obstetra deben desarrollar en su prevención, sobre todo en la comunidad. Debido al riesgo de morbilidad y mortalidad que condiciona a la hemorragia post parto es que con el estudio evaluaremos los factores de riesgo maternos que presenta la mujer, antes o durante la gestación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL

PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La muerte materna constituye siempre una catástrofe social que en la mayoría de los casos puede ser evitable. 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 responsable 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 y la como utilizar la clave roja.

Muchas de estas muertes podrían evitarse si se dispusiera de personal médico y obstétrico 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.⁽¹⁾

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. ⁽¹⁾

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. ⁽¹⁾

Las estadísticas del MINSA para el 2007 muestran que el 27 % de las muertes de mujeres se relacionan con el embarazo, el 26 % durante el parto; y el 46 % 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⁾

El Hospital Augusto Hernández Mendoza es el hospital del seguro ESSALUD más importante de la región, y siendo una de sus misiones la de brindar atención de calidad a sus asegurados y sobre todos a sus gestantes en la atención de su embarazo, parto y puerperio, y en la decisión de una buena planificación familiar para la prevención de gestaciones seguidas, donde la problemática de los factores de riesgos de la hemorragia post parto es un problema que repercute profundamente en la salud de la puérpera, porque en lo posible esta condición debe ser evitada, para ello es que se realiza esta investigación a fin de conocer científicamente los factores maternos que influirían en una hemorragia post parto, a fin de poder actuar en estas condiciones y prevenir los factores que predisponen una hemorragia post parto.

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

1.2. Delimitación de la Investigación

1.2.1. **Delimitación espacial:** El estudio se desarrolló en el Hospital “Augusto Hernández Mendoza EsSalud, Enero a Diciembre Ica 2014.

1.2.2. **Delimitación temporal:** Se analizó las historias clínicas del año 2014.

1.2.3. **Delimitación Social:** Se estudió a las gestantes atendidas en el año 2014.

1.2.4. **Delimitación conceptual:** Se deseó determinar la relación entre la Multiparidad y las hemorragias uterinas en el puerperio inmediato.

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema Principal

¿Es la multiparidad un factor predisponente para la hemorragia uterina en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza Essalud, Enero a Diciembre Ica 2014?

1.3.2. Problemas Secundarios

P.S.1. ¿Es la Multiparidad un factor predisponente para la hemorragia uterina por atonía uterina en pacientes atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza Essalud, Enero a Diciembre Ica 2014?

P.S.2. ¿Es la Multiparidad un factor predisponente para la hemorragia uterina por retención placentaria en pacientes atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza Essalud, Enero a Diciembre Ica 2014?

P.S.3. ¿Es la Multiparidad un factor predisponente para la hemorragia uterina por desgarros del canal blando del parto en pacientes atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza Essalud, Enero a Diciembre Ica 2014?

1.4. Objetivos de la Investigación

1.4.1. Objetivo General

Determinar la asociación entre la Multiparidad y la hemorragia uterina en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza Essalud, Enero a Diciembre Ica 2014.

1.4.2. Objetivos Específicos

OE.1. Evaluar la asociación entre la Multiparidad y la hemorragia uterina por atonía uterina en pacientes atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza Essalud, Enero a Diciembre Ica 2014.

OE.2. Precisar la relación entre la Multiparidad y la hemorragia uterina por retención placentaria en pacientes atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza Essalud, Enero a Diciembre Ica 2014.

OE.3. Estimar la asociación entre la Multiparidad y la hemorragia uterina por desgarros del canal blando del parto en pacientes atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza Essalud, Enero a Diciembre Ica 2014.

1.5. Justificación e Importancia de la Investigación

1.5.1. Justificación de la Investigación

Uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio establecidos por las Naciones Unidas en el año 2000 es reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes para el año 2015.

Esto implica reducir significativamente las muertes maternas relacionadas con hemorragia posparto (HPP) garantizando la implementación de intervenciones de probada eficacia y el acceso de las

pacientes a servicios de atención obstétrica seguros y de alta calidad brindados por profesionales competentes.

La hemorragia posparto, en su mayoría causada por atonía uterina, es la causa más frecuente de mortalidad materna evitable en todo el mundo

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 oxitócicos, 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 (\geq 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. ⁽¹⁰⁾

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. ⁽¹⁰⁾

1.5.2. Importancia de la Investigación

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. Esta investigación

se centró principalmente en las causas y tratamientos de la hemorragia postparto primaria (HPP), por ser generalmente más grave.

Si bien se han descrito una serie de factores de riesgo identificables para hemorragia posparto, en muchos casos puede ocurrir en mujeres sin factores de riesgo histórico o clínico. ⁽¹⁰⁾

En nuestro hospital no tenemos estadísticas propias de la incidencia y del manejo de la hemorragia postparto, y de los factores de riesgo de nuestra población que predisponen a la atonía uterina, retención placentaria, desgarros del canal blando del parto por lo que esta investigación servirá para actuar en base a evidencias.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

A. Palomo Tercero J. **Incidencia de la Hemorragia Postparto por Atonía Uterina. Escuela de Post Grado (2011) - Guatemala.**

Resultados: El 35.82 % tenían edades comprendidas entre 15 y 19 años seguidas del 34.32% con edad de 20 a 24 años. El 40.30% eran terciplas o más y el 32.83 % nulíparas. El 77,61 tenían embarazo a término y parto eutócico en el 68.65%. El 31.25 % de las cesáreas fueron por desproporción cefalopélvica y el 25% por sufrimiento fetal agudo. Al 73.13% de las pacientes se le administró Misoprostol 800 mcg rectal única dosis, oxitocina intravenosa a 20u/lt sol a 30-60 gotas minuto, en el 52.23% de los casos. El 77.61% llevaron atención prenatal. Los principales factores de riesgo Intraparto fueron la oxito-conducción en 52.24% y parto precipitado con un 14.93%. ⁽³⁾

Conclusiones: Predominó la edad de 15 a 19 años y las que tenían tres partos o más, embarazo a término y parto eutócico, las principales causas de cesáreas fueron la desproporción cefalopélvica y el sufrimiento fetal agudo. Las acciones realizadas fueron administración de Misoprostol, Oxitocina, Carbetocina y Metilergonovina. El 77.61 % de las pacientes llevó atención prenatal y el principal factor de riesgo fue la oxitoconducción. ⁽³⁾

B. López V. **Determinación del Sangrado Durante el Parto y factores asociados a Hemorragia, Hospital Vicente Corral de Moscoso – (2012).** Cuenca Ecuador.

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⁾

C. Al-zirqi I; Vangen S; Forsen I; Stray-Pedersen B. **“Hemorragia Obstétrica Grave: Prevalencia y Factores de Riesgo de la Hemorragia Obstétrica Grave” (2008)** - Ciudad Noruega.

Resultados: Se realizó un estudio en el Medical Birth Registry durante 6 años sobre la prevalencia y los factores de riesgo de la hemorragia obstétrica grave, donde se identificó en 3.501 (1.1%) mujeres cuyas causas de hemorragia fueron atonía uterina (30%), placenta retenida (18%) y trauma (13,9%). El riesgo fue menor en mujeres pertenecientes a etnias del oriente medio, con una triplicación de los partos por cesárea y el doble por cesáreas electivas, en comparación con el parto vaginal.

Conclusiones: Las embarazadas mostraron mucha mayor frecuencia de embarazos múltiples, enfermedad de Von Willebrand y anemia (hemoglobina (9g/dl). Las internaciones en unidades de terapia intensiva, la muerte posparto, la histerectomía, la insuficiencia renal aguda y hasta muertes maternas fueron significativamente más comunes entre las mujeres con hemorragia grave. ⁽⁵⁾

D. Alcívar Alcívar I; Causas y Factores de Riesgo que Aumentan la Incidencia de Hemorragia Postparto en el Área Gineco - obstétrica del Hospital Verdi Cevallos Balda en el Periodo Octubre 2010 a Marzo 2011. Portoviejo - Manabí. Ecuador.

Resultados: la investigación permitió conocer las principales causa de hemorragia posparto que se presentó con mayor frecuencia como fueron las atonías uterinas, las lesiones del canal blando del parto y los restos placentarios. De igual manera a los factor de riesgo que más se presentaron como las mujeres que procedían de zonas rurales, la edad, y la falta de controles prenatales.

Conclusión: que la causa de hemorragias que con mayor frecuencia se presento fue la lesión del canal blando del parto; y el mayor factor de riesgo fueron las mujeres que no cumplieron con un control prenatal adecuado. ⁽⁶⁾

E. Castellano, Benalcázar B. Prevalencia de hemorragia posparto en pacientes de 14 a 45 años atendidas en el area de Gineco – Obstetricia del Hospital básico de machachi, en el periodo de 01 de enero al 31 de diciembre del 2011. Ciudad de Quito.

Resultados: 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.

Conclusiones: 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)

F. Malvino E; Curone M; Lowenstein R; Ferro H. Hemorragias Obstétricas Graves en el período periparto, división terapia intensiva, en una clínica privada 1998. Buenos Aires - Argentina.

Resultados: El 64% de los casos presentaron shock hemorrágico. El promedio de hematíes sedimentados transfundidos fue $7,6 \pm 6,3$ unidades, y el hematocrito alcanzado al cabo de 24-36 horas fue $23,6 \pm 4,9\%$. En 29 enfermas se recurrió a la histerectomía como última medida para controlar el sangrado masivo. Seis pacientes histerectomizadas presentaron hemorragia retro y/o intraperitoneal, debiéndose reintervenir quirúrgicamente a 5 por sangrados persistentes. Este subgrupo requirió mayor número de transfusiones (18 ± 8 vs 5 ± 8 unidades; $p < 0,01$). Diecisiete enfermas cursaron con coagulopatía por consumo, de ellas 6 con coagulación intravascular diseminada. Las 45 púerperas sobrevivieron.

Conclusiones: Óptimo porcentaje de sobrevida materna vinculado con:

- Disponibilidad de hemoderivados y resolución de estudios complementarios.
- Actuación de un equipo multidisciplinario.

Se aprecia una alta incidencia de histerectomías como última alternativa para controlar las hemorragias. (31)

G. Angarita Penaranda W; Borre Arrieta O y Rodríguez . Manejo activo del alumbramiento con misoprostol sublingual: un estudio clínico controlado en el Hospital de Maternidad Rafael Calvo - (2002) Cartagena.

Resultados: El sangrado en la primera hora posparto fue de $389\text{cc} \pm 271.7$ en el grupo de Misoprostol Vs $467\text{cc} \pm 427.5$ en el grupo de

Oxitocina; Vs 546.8 ± 338.5 para el grupo de Metil-ergonovina postalumbramiento. Siendo estos resultados estadísticamente significativos $p < 0.01$. El tiempo de alumbramiento fue menor en el grupo de Misoprostol $308\text{seg} \pm 57$ Vs $362\text{seg} \pm 162.3$ con Oxitocina.

Conclusión: El Uso de 50mcgr de Misoprostol sublingual demostró ser seguro, eficaz y económico en el manejo del tercer periodo del parto. ⁽³³⁾

H. Navarro Díaz B; Castro Samper N; Córdoba Medina N; Fernández Díaz I; Rodríguez Ingelmo M. **Oxitocina frente a carbetocina para prevenir hemorragias posparto tras cesárea Hospital General Universitario de Alche – Abril de 2010 hasta Marzo de 2012.** Alicante España.

Resultados: En el grupo carbetocina, la hemoglobina tras la cesárea descendió menos ($P=0,56$) y existió menos casos de anemia tras la misma ($P=0,852$). Las transfusiones y el hierro intravenoso no aportaron datos concluyentes.

Conclusiones: No existieron diferencias estadísticamente significativas entre carbetocina y oxitocina para prevenir HPP tras cesáreas. ⁽³⁵⁾

I. Malvino E; Martinez M; Lowenstein R; **Morbilidad Materna severa vinculada con las hemorragias obstétricas admitidas en el área de cuidados intensivos. en la clínica de maternidad - febrero 1991 hasta marzo 2008.** Suizo Argentina.

Resultados: ciento cuarenta pacientes reunieron criterios de MMAS. El 78% de los casos desarrollaron shock hemorrágico y 25 gestantes presentaron hemorragias exanguinantes. Noventa y una enferma cursaron con coagulopatias por consumo. Se registraron 228 complicaciones graves en 140 pacientes, resultando las más

frecuentes el shock hemorrágico y la coagulopatía por consumo. Setenta y ocho enfermas sufrieron dos o más eventos adversos. En 95 casos se recurrió a la histerectomía como última medida para controlar el sangrado masivo. Todas las puérperas sobrevivieron sin secuelas, excepto la ablación del órgano reproductor en los casos mencionados.

Conclusiones: la MMAS. Vinculada con las hemorragias obstétricas graves fue 1.57 casos/ 1000 nacimientos con supervivencia óptima.

(37)

J. Sosa C; Althabe F; Belizán J; Factores de Riesgo de Hemorragia Post-Parto en partos vaginales en una población de América Latina ocurridos en 24 maternidades de dos países sudamericanos - Octubre y diciembre de 2003 y entre octubre y diciembre de 2005. Argentina y Uruguay.

Resultados: La hemorragia post-parto (HPP) estándar y la HPP severa ocurrió en 10,8% y 1,9% de los partos, respectivamente. Los factores de riesgo más fuertemente asociados y la incidencia de hemorragia post-parto fueron: placenta retenida (33,3%) embarazo múltiple (20,9%) macrosomía (18,6%) episiotomía (16,2%) y sutura perineal (15,0%). El manejo activo del alumbramiento, la multiparidad y el bajo peso al nacer se identificaron como factores protectores. La hemorragia post-parto severa se asoció a placenta retenida (17,1%) embarazo múltiple (4,7%) macrosomía (4,9%) parto inducido (3,5%) y sutura perineal (2,5%)

Conclusión: Los resultados del presente estudio demuestran que muchos de los factores de riesgo de hemorragia post-parto en esta población latinoamericana se relacionan con complicaciones del parto y el alumbramiento. (39)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

A. Altamirano Girano P; **Factores de alto riesgo asociados a Hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora – 2009.** Lima Perú.

Resultados: La frecuencia de HPP fue de 1.52%. Los principales factores de alto riesgo durante el embarazo para el grupo de casos se destacan en orden de frecuencia: primigesta 23.8%, infección de vías urinarias 11,9%, periodo intergenésico largo con 11.1%, talla baja 8.7%, añosa 7.4%, anemia 6.3%. Entre los principales factores de riesgo intraparto se encontraron de acuerdo al orden de frecuencia: episiotomía 40.3 %, ruptura prematura de membrana 14,7%, parto precipitado 12,8%, oxito-conducción 10%, parto prolongado 7,3. Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontraron 2 factores cuyos valores de p fueron estadísticamente significativa ($p < 0.05$), el parto precipitado ($p = 0.039$) y la episiotomía ($p = 0.021$).

Conclusiones: Los factores de riesgo intraparto identificados son la episiotomía y el parto precipitado. La episiotomía tuvo 2,298 veces más riesgo de hacer HPP en comparación a las que no presentaron el factor. El parto precipitado tuvo 2.706 veces más riesgo de sufrir HPP. Las principales causas de hemorragia postparto la constituyen desgarro del canal del parto, atonía uterina, retención de restos placentario. La frecuencia de Hemorragia Postparto en el Hospital María Auxiliadora fue de 1.52%.⁽⁸⁾

B. Reyes Armas I; Villar A; **Morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional docente madre-niño san Bartolomé 2007-2009.** Lima – Perú.

Resultados: La morbilidad materna extrema (MME) afectó a 0,94% de pacientes del Hospital San Bartolomé, con índice de mortalidad de 0,032, razón de morbilidad materna (MM) de 9,43 y relación

MME/MM de 30,43. Estuvo relacionada con edad materna mayor de 35 años, nivel educativo bajo, multiparidad, falta de control prenatal, períodos intergenésicos corto o prolongado, gestaciones pretérmino, terminando la mayor parte en cesáreas, con tasa alta de mortalidad perinatal. La enfermedad hipertensiva de la gestación fue la causa más importante de MME (42,2%), seguida por la hemorragia puerperal (17,5%). Hubo alteración de la coagulación en 33,5%, transfusiones en 27,2% y alteración de la función renal en 26,7%. Los retrasos relacionados con la calidad de la prestación del servicio (tipo IV) fueron los que más se asociaron (58,3%) con la ocurrencia de casos de MME.

Conclusiones: La morbilidad materna extrema se presentó en una importante proporción de casos en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, siendo la causa más frecuente la enfermedad hipertensiva de la gestación. ⁽³⁰⁾

C. Pacora P; Santibáñez A; Ayala M; La sutura compresiva del útero en cesárea con atonía uterina hospital madre-niño “San Bartolomé”. Instituto de patología, Octubre - Diciembre 2004. facultad de Medicina – U.N.M.S.M. lima – Perú.

Resultados: Se identificó 46 casos: en 30 se empleó la técnica B-Lynch y en 16 el método estándar. No hubo diferencias en las características maternas entre ambos grupos. El grupo de B-Lynch presentó subjetivamente menor pérdida sanguínea, recibió menor número de unidades de sangre transfundida y presentó significativo menor riesgo de histerectomía posparto comparado con el método estándar respectivamente).

Conclusiones: La sutura compresiva del útero durante la cesárea en la atonía uterina parece reducir el sangrado vaginal, la transfusión sanguínea y el empleo de la histerectomía comparado con el método estándar. ⁽²⁸⁾

D. Pacora Portella P; Sandoval J; Gutiérrez M; Díaz N; Paz Patricia; Uso de Misoprostol por vía rectal en atonía uterina que no responde a tratamiento convencional departamento de Gineco-Obstetricia – U.N.M.S.M Hospital Nacional docente madre-niño "San Bartolomé". Julio 2000. Lima – Perú.

Resultados: En los 7 pacientes se controló la hemorragia en un tiempo promedio 5,8 minutos. En ningún caso se presentaron efectos colaterales. Se aplicó en 3 pacientes sólo 800 ug y en 4 mujeres 1000 ug de misoprostol como dosis total. Por la hemorragia severa, en los 7 casos la hemoglobina bajó un promedio un promedio de 3,4 mg por ciento.

Conclusiones: Misoprostol por vía rectal es efectivo, seguro y bien tolerado para controlar la HPP por atonía uterina. Se presenta como una gran alternativa para controlar problemas de HPP en lugares apartados que no cuentan con recurso técnicos apropiados. (AU). ⁽²⁹⁾

E. Juan Luis O; Guillermo Alonso C; Gran Multiparidad y macrosomia fetal como factores de riesgo para hemorragia posparto Hospital Distrital Santa Isabel el Porvenir 2007- 2013. Lima – Perú.

Resultados: El 16.9% de las mujeres que presentaron hemorragia postparto tuvieron la característica de grandes multíparas, mientras que el 9.4% de las mujeres que no tuvieron hemorragia postparto fueron grandes multíparas. 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). La macrosomía fetal es factor de riesgo de hemorragia postparto, 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 postparto fue 16.9% y en las mujeres sin hemorragia postparto fue 9.3%. La frecuencia de macrosomía fetal en mujeres

con hemorragia postparto fue 12.4% y en las mujeres sin hemorragia postparto fue 4.7%. La gran multiparidad y macrosomía fetal son factores de riesgo de hemorragia postparto. ⁽³²⁾

F. Calderón J; Bravo J; Albinagorta R; Rafael P. **Parto vertical: retornando a una costumbre ancestral sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología San Isidro Enero-marzo 2008**, Lima – Perú.

Resultados: El tiempo de expulsivo fue menor para el parto vertical frente al parto horizontal (11,39 min y 19,48 min, respectivamente). El volumen de sangrado promedio fue similar en ambos grupos (300 mL y 296,74 mL). Considerando el uso y el no uso de oxitocina posparto, se encontró diferencias estadísticamente significativas en el volumen de sangrado, siendo mayor cuando no se usó oxitocina. La maniobra de Kristeller casi fue innecesaria para el parto vertical (1,3%), mientras fue realizada en 16 pacientes con parto horizontal (20%). Se requirió la episiotomía con menor frecuencia para el parto vertical que para el parto horizontal (26,5% vs. 56,3%). Se necesitó instrumentación del parto en solo dos casos de parto horizontal (1 vacuum, 1 fórceps de salida). Se presentó un hematoma vaginal y una hemorragia posparto, para el parto horizontal, sin diferencia estadísticamente significativa. Hubo más desgarros vaginales en el grupo de parto vertical (en quienes no se realizó episiotomía), pero de poca profundidad (83% vs. 60%). Respecto a la percepción de la madre sobre el parto vertical, este fue percibido como más rápido, más cómodo y menos doloroso; la mayoría de las mujeres con parto vertical tuvo la satisfacción de ver la salida de su bebé (96,3% vs. 42,5%) y la mayoría de las mujeres de ambos grupos recomendaría el parto vertical (81,9% de las 160 mujeres).

Conclusiones: El parto vertical ofrece ventajas significativas frente al parto horizontal, ofreciéndole a la parturienta un expulsivo más corto, menos doloroso, más cómodo y más satisfactorio. ⁽³⁴⁾

G. Falcón Condeso H. Efecto de la oxitocina versus Misoprostol en la disminución del sangrado y duración del alumbramiento, en gestantes atendidas en el Hospital Tingo María Minsa año 2008. Pucallpa – Perú.

Resultados: No existe diferencia estadísticamente significativa ($p > 0.05$) entre los promedios de volumen de sangrado después de la intervención entre los casos y controles. Existe diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre la duración del periodo de alumbramiento después de la intervención entre los casos y controles.

Conclusión: El Misoprostol administrado vía sublingual (100 mcg) no ha demostrado ser superior a la oxitocina administrada vía intramuscular (10 UI), en la disminución del volumen del sangrado vaginal; el misoprostol administrado vía sublingual (100 mcg) ha demostrado ser superior a la oxitocina administrada vía intramuscular (10 UI), en la disminución del tiempo de alumbramiento en mujeres en trabajo de parto atendidas en el Hospital TingoMaría, por tanto es un alternativa eficaz para el manejo activo del periodo de alumbramiento.⁽³⁶⁾

H. Pacora Portella P; Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general del departamento de Gineco-Obstetricia – U.N.M.S.M. Hospital Nacional docente madre-niño "San Bartolomé 2011 a 2012. Lima – Perú.

Resultados: En el periodo de estudio se realizaron 4 218 cesáreas, siendo el 1,84% hechas en periodo expulsivo. En general, 59/ 67 (88,1%) presentaron algún tipo de complicación. Se observaron 8 casos de hipotonía uterina (11,9%) y 2 (2,9%) de atonía. En 5 (7,4%) pacientes ocurrieron desgarros de segmento adyacente a la

histerotomía, siendo 2 de ellos asociados a compromiso de cuerpo uterino y vagina, y 4 (5,9%) casos a laceración de arteria uterina, uno fue bilateral. No se produjeron lesiones en tracto urinario ni digestivo y tampoco hubo necesidad de reintervención quirúrgica. Cuatro pacientes presentaron hemorragia puerperal, dos asociados a hipotonía uterina post cesárea. En 56 (83,5%) casos ocurrió anemia post operatoria. Hubo 1 (1,5%) caso de endometritis, 3 (4,5%) infecciones de herida operatoria.

Conclusiones: La cesárea realizada en período expulsivo ocasiona complicaciones frecuentes, algunas muy severas. ⁽³⁸⁾

I. Altamirano Girano P, **Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora, durante el 2009.** Lima – Perú.

Resultados: La frecuencia de HPP fue de 1.52%. Los principales factores de alto riesgo durante el embarazo para el grupo de casos se destacan en orden de frecuencia: primigesta 23.8%, infección de vías urinarias 11,9%, periodo intergenésico largo con 11.1%, talla baja 8.7%, añosa 7.4%, anemia 6.3%. Entre los principales factores de riesgo intraparto se encontraron de acuerdo al orden de frecuencia: episiotomía 40.3 %, ruptura prematura de membrana 14,7%, parto precipitado 12,8%, oxito-conducción 10%, parto prolongado 7,3. Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontraron 2 factores cuyos valores de p fueron estadísticamente significativa ($p < 0.05$), el parto precipitado ($p = 0.039$) y la episiotomía ($p = 0.021$).

Conclusiones: Los factores de riesgo intraparto identificados son la episiotomía y el parto precipitado. La episiotomía tuvo 2,298 veces más riesgo de hacer HPP en comparación a las que no presentaron el factor. El parto precipitado tuvo 2.706 veces más riesgo de sufrir HPP. Las principales causas de hemorragia postparto la constituyen desgarro del canal del parto, atonía uterina, retención de restos

placentario. La frecuencia de Hemorragia Postparto en el Hospital María Auxiliadora fue de 1.52%. ⁽⁴⁰⁾

J. Huertas Tacchino E; Pocco Hinostraza D, Prueba de trabajo de parto en cesareada anterior en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Enero y diciembre de 2007. Lima, Perú.

Resultados: De 266 gestantes con antecedente de una cesárea previa y sin contraindicación para el parto vaginal, a 188 (70,7%) se les indicó cesárea electiva repetida y a 78 (29,3%), prueba de trabajo de parto. De estas últimas, 51 (65,3%) tuvieron éxito. Los resultados maternos muestran en el grupo de cesárea electiva una rotura uterina, una histerectomía y dos casos de hemorragia posparto. En el grupo prueba de trabajo de parto, no hubo rotura uterina, histerectomía, hemorragia posparto. No hubo muertes maternas en algún grupo. En cuanto a los resultados perinatales, no hubo caso de muerte intraútero anteparto o intraparto, Ápgar menor de 7 a los 5 minutos, ni muertes neonatales, en ninguno de los dos grupos.

Conclusiones: No hubo diferencia estadísticamente significativa en los resultados materno-perinatales de las gestantes con antecedente de una cesárea previa a quienes se indicó prueba de trabajo de parto, comparados con quienes se indicó cesárea selectiva repetida. La tasa de éxito del grupo prueba de trabajo de parto fue 65,3%. ⁽⁴³⁾

2.1.3. Antecedentes Locales

A. Bendezú G. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave en un Hospital del Seguro Social Salud, (2012). Ica - Perú.

Resultados: La media de edad fue $30,67 \pm 6,06$, rango entre 20 y 42 años, 48% eran convivientes, la mayoría con nivel secundaria (43%) y el 58% era ama de casa. La gravidez promedio fue de 2,84

$\pm 1,66$, siendo las multigrávidas el 67,2%. Las causas principales de MMEG fueron las hemorragias en el posparto (35%) y embarazo ectópico complicado (31%). El 31% de las pacientes fue internado en UCI para su manejo. La razón de MMEG fue de 3,57 por 1 000 nacidos vivos, con un índice de mortalidad de 6,1 y una relación MMEG/MM de 0,1.

Conclusiones: Las causas más frecuentes de MMEG en el grupo estudiado fueron las hemorragias en el posparto y el embarazo ectópico complicado. Solo un tercio de las pacientes ingresó a UCI.
(27)

B. Choque Miranda J; Chacaltana F; Pimentel de la Cruz F; Ybaseta Soto M, junio - diciembre 2011. **Complicaciones del parto vaginal en Hospitales Provisionales post terremoto Santa María del Socorro, Ica – Perú.**

Resultados: En 07 meses se atendieron 665 partos en el Hospital Provisional del Hospital Santa María del Socorro (HSMSI) y 1,012 en el Hospital Provisional del Hospital Regional de Ica (HRI). Treinta y seis pacientes atendidas en el HSMS y 34 en el HRI, tuvieron complicaciones. La frecuencia global de complicaciones maternas del parto fue 5,5% en el HSMS y 3,5% en el HRI. Se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) para ambas sedes en las siguientes variables: Edad materna menor de 20 años, primiparidad, multiparidad y personal que atendió el parto.

Conclusión: Se encontró una alta frecuencia de las complicaciones en el período expulsivo y es de necesidad la capacitación y supervisión continua a internos de obstetricia, internos de medicina y residentes de la especialidad en la atención del parto vaginal. (42)

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. HEMORRAGIA

A) Definición

Tradicionalmente se ha definido la hemorragia postparto como una pérdida sanguínea mayor de 500 cc después de un parto vaginal y mayor de 1000 cc después de una operación cesárea.

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%.⁽¹⁰⁾

B) 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.

C) 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. ⁽¹⁰⁾

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. ⁽¹²⁾

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⁾

D) 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.

2.2.2. Hemorragias del Posparto

Tradicionalmente se ha definido la hemorragia postparto como una pérdida sanguínea mayor de 500 cc después de un parto vaginal y mayor de 1000 cc después de una operación cesárea. También se acepta como definición la caída en 10% en los niveles de hematocrito. Sin embargo el cálculo certero de estos volúmenes es difícil y tienden a subestimarse. Por esto se ha sugerido considerar hemorragia postparto al sangrado excesivo que hace a la paciente sintomática (v.g. mareo, síncope) o que resulta en signos de hipovolemia (v.g. taquicardia, hipotensión, oliguria). Los síntomas y signos ayudan a calcular las pérdidas hemáticas estimadas. ⁽¹²⁾

Alrededor de medio millón de mujeres en todo el mundo mueren anualmente por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Cerca de un cuarto de estas muertes son secundarias a hemorragia postparto, constituyéndose así en la causa más significativa de muertes maternas en todo el mundo. Se estima que ocurren 140.000

muerdes por esta causa en todo el mundo cada año (una cada 4 minutos). La prevalencia aproximada es de 13%. Colombia en el año 2006, la hemorragia postparto fue la segunda causa de muerte obstétrica después de los trastornos hipertensivos. Además de la muerte puede producir morbilidad materna grave y secuelas que incluyen coagulopatía, shock, pérdida de la fertilidad y necrosis hipofisiaria.

La hemorragia postparto se clasifica:

A) Hemorragia primaria

- 1. Definición:** si ocurre en las primeras 24 horas postparto y secundaria si ocurre entre las 24 horas y 6-12 semanas postparto. Un 60% de todas las muertes maternas ocurren en el periodo postparto y un 45% en las primeras 24 horas.

2. Etiología y factores de riesgo

La hemorragia postparto primaria es causada por atonía uterina en el 80% de los casos. Otras etiologías corresponden a retención de placenta, especialmente por acretismo, la inversión uterina, defectos en la coagulación y traumas en el canal del parto.

La hemorragia postparto secundaria puede explicarse por subinvolución del lecho placentario, retención de placenta, infecciones y defectos en la coagulación. ⁽¹³⁾

Se resumen las causas y factores de riesgo asociados a hemorragia postparto siguiendo la nemotecnia de las 4 T's: Tono (pobre contracción uterina después del parto), Tejidos (retención de productos de la concepción o coágulos) Trauma (en el tracto genital), Trombina (defectos en la coagulación).

Debe tenerse en cuenta que dos tercios de las pacientes con hemorragia postparto no tienen factores de riesgo identificables, por lo que en la atención del parto debe

mantenerse una actitud de alerta y contar con las medidas necesarias para afrontar esta entidad.

3. Cuadro Clínico

Va a depender de la etiología y de la magnitud del sangrado. Recordemos que la atonía uterina y los desgarros del canal del parto son las causas más frecuentes.

ETIOLOGIA	HALLAZGOS CLÍNICOS
ATONIA UTERINA	Útero mal contraído, bolo de seguridad asimétrico, alumbramiento completo o incompleto
LESIONES CANAL DEL PARTO	Buen tono uterino, útero centrado, alumbramiento completo, visualización de desgarros Vaginal o cervical y hematomas.
RETENCION DE TEJIDO PLACENTAREO	Puede encontrarse tono uterino disminuido o incluso normal, extracción de restos de membranas y cotiledones.

4. Plan Diagnóstico

Va de la mano del enfoque etiológico y del manejo según el mismo, una vez se detecten pérdidas sanguíneas postparto que superen los límites establecidos de normalidad. Es muy útil realizar un enfoque teniendo en cuenta si la placenta fue o no expulsada y la nemotecnia de las 4T, así como tener presente las causas más frecuentes (la atonía uterina y los traumatismos del canal del parto producen el 90% de todas las hemorragias postparto, por lo cual siempre lo primero a examinar debe ser el tono uterino y la integridad del canal del parto).⁽¹³⁾

5. Plan terapéutico.

Inicia con la prevención, teniendo en cuenta que la mayoría de los episodios de hemorragia postparto ocurren en pacientes sin factores de riesgo identificados deben instaurarse medidas que

nos ayuden a evitar la morbimortalidad secundaria a hemorragia postparto. La principal medida que ha demostrado ser eficaz desde el punto de vista estadístico es la instauración del manejo activo del alumbramiento: uso de uterotónicos adicionales como el uso de la oxitocina.

6. Prevención de la Hemorragia Postparto

Una revisión sistemática de Cochrane muestra que el manejo activo del alumbramiento es superior al manejo expectante en términos de pérdidas hemáticas, hemorragia postparto, anemia postparto y necesidad de transfusión. Por lo tanto el manejo activo debe ser aplicado de rutina para el tercer periodo a nivel institucional.

El manejo activo del tercer periodo del parto consiste en intervenciones designadas a facilitar el alumbramiento de la placenta incrementando las contracciones uterinas y previniendo la hemorragia postparto por atonía uterina. Incluye: administración de uterotónicos, tracción controlada del cordón y masaje uterino después del alumbramiento de la placenta si se requiere. ⁽¹⁴⁾

7. Elección del uterotónico

Varias revisiones sistemáticas de Cochrane han evaluado la efectividad de diferentes agentes uterotónicos en la prevención de la hemorragia postparto mostrando que el uso de oxitocina se asocia con un riesgo reducido de hemorragia postparto y de uso de uterotónicos terapéuticos. Los ergóticos son también efectivos pero tienen mayores efectos adversos como vómito, elevación de la tensión arterial y dolor, especialmente con la administración intravenosa. La sintometrina muestra mayor reducción en el riesgo de hemorragia postparto que la oxitocina sola, pero presenta los efectos adversos del ergótico. Finalmente el Misoprostol en la revisión de Cochrane no resulta más efectivo que los uterotónicos inyectables para la

prevención de hemorragia postparto. Sin embargo varios estudios muestran una reducción en la frecuencia de hemorragia postparto aguda y en la pérdida promedio de sangre y dado su costo, facilidad de administración, estabilidad y perfil de seguridad lo hacen una muy buena opción en situaciones de escasos recursos.

8. Manejo de la hemorragia postparto

La clave para el manejo de la hemorragia postparto es el reconocimiento y diagnóstico rápido, la restauración del volumen y la búsqueda simultánea de la causa. La gran mayoría de los casos podrá manejarse sin intervención quirúrgica a excepción de la ruptura uterina o el trauma genital. El retraso en las intervenciones terapéuticas es el marcador de mal pronóstico. El manejo se puede orientar en cuatro tipos de acción que deben ocurrir simultáneamente:

- Comunicación
- Resucitación
- Monitoreo e investigación
- Detención del sangrado

a. Comunicación

La hemorragia postparto puede llevar a shock en cuestión de minutos, por lo tanto se requiere un equipo multidisciplinario para su manejo. Debe identificarse un líder en el equipo de trabajo que coordine las acciones a realizar, que debería ser el obstetra. La participación integrada de obstetras, anestesiólogos, enfermeras, personal de banco de sangre, UCI, hematología, es fundamental para el manejo exitoso de la situación. Una enfermera debe asignarse para el registro de los signos vitales del paciente, el gasto urinario, la cantidad y tipo de líquidos administrados y todos los medicamentos utilizados. El banco de sangre debe ser alertado sobre la necesidad

urgente de componentes sanguíneos compatibles. Debe reservarse un quirófano ante la posibilidad de que se requiera control quirúrgico de la hemorragia.

Además es importante la comunicación con la paciente y sus familiares para que sean informados de los que está pasando y del porqué de las intervenciones.

b. Resucitación

El principal factor de morbilidad asociada a hemorragia postparto severa es el retraso en la instauración del tratamiento adecuado. La primera intervención en el manejo es la restauración del volumen circulante lo más pronto posible y su mantenimiento. La hipotensión prolongada resulta en daño a órganos y tejidos y exacerba la CID. La mortalidad asociada con hemorragia masiva aumenta con la duración y severidad del shock.

• Reposición de líquidos

Disponer de 2 accesos venosos idealmente con catéteres No. 16G que permiten la infusión del doble de la cantidad de líquido comparado con uno No. 18 G. Tomar muestras para Hemograma completo, pruebas de coagulación, electrolitos, hemoclasificación. Cruzar 4 a 6 unidades de glóbulos rojos empacados.

Iniciar rápidamente infusión de cristaloides o coloides mientras se realizan pruebas cruzadas. La comparación de cristaloides y coloides en un meta análisis, favorece el uso de cristaloides ya que los coloides aumentaron el riesgo absoluto de muerte materna en un 4%. Si se utilizan, la dosis máxima recomendada de coloides es 1500 ml en 24 horas. Dado que los coloides no aumentan la supervivencia y son más costosos que los cristaloides, estos últimos se constituyen en la primera línea para la reposición de volumen. ⁽¹⁶⁾

- **Transfusión sanguínea**

La transfusión de productos sanguíneos es necesaria cuando la pérdida de sangre es significativa y en aumento, particularmente si los signos vitales están inestables. El juicio clínico es un determinante importante dado que la estimación de las pérdidas hemáticas es inexacto, la determinación de la hemoglobina y el hematocrito pueden no ser un reflejo del estado hematológico actual y los síntomas y signos de hemorragia pueden no aparecer sino hasta que se pierde un 15% de la volemia. El objetivo de la transfusión de productos sanguíneos es reemplazar factores de coagulación y glóbulos rojos para mejorar la capacidad de transporte de oxígeno, no para reemplazar volumen. Para evitar coagulopatía dilucional puede requerirse reemplazo concomitante de factores de coagulación y plaquetas. La tabla 3 lista los componentes sanguíneos, y sus efectos hematológicos, la tabla 4 muestra las indicaciones de transfusión sanguínea.

- **Manejo de la coagulopatía asociada a hemorragia postparto masiva**

Debe involucrarse a un hematólogo en casos de hemorragia postparto masivo. La transfusión de más de 10 unidades de GRE lleva a una reducción en los niveles de factores de coagulación y trombocitopenia. La CID es un trastorno adquirido caracterizado por una creciente pérdida de la localización o el control compensado de la activación intravascular de la coagulación, resultando en generación de trombos de manera aumentada y anormalmente sostenida. Hay un proceso continuo entre las anomalías de las pruebas de laboratorio y los síntomas y signos clínicos desde un estadio temprano en donde sólo se encuentran anomalías en las pruebas de laboratorio hasta un estadio tardío asociado con manifestaciones clínicas de sangrado y

trombosis. Las manifestaciones clínicas van desde sangrado por heridas quirúrgicas, sitios de venopunción, líneas intravenosas, mucosas, petequias y equimosis hasta falla orgánica secundaria a lesión por isquemia tisular por depósitos intravasculares.

c. Monitorización

Las pacientes con hemorragia postparto requieren un monitoreo efectivo de pulso, tensión arterial, presión venosa central, gases arteriales, electrolitos y gasto urinario. La taquicardia y la hipotensión son los marcadores de hipovolemia. Con restitución de volumen adecuada el pulso y la tensión arterial deben regresar a la normalidad. La oximetría de pulso muestra la perfusión tisular así como la saturación de oxígeno. Un catéter venoso central y uno en arteria pulmonar permiten la medición de la presión venosa central y la presión en cuña pulmonar, respectivamente. Estos dos parámetros permiten una evaluación precisa del volumen intravascular en pacientes con hemorragia postparto severa. La diuresis es también un buen indicador del estado de la volemia así como de la perfusión renal. Una diuresis de al menos 1 ml/kg por hora es el objetivo. En pacientes que reciben grandes volúmenes de líquidos, la diuresis es mucho mayor. Las pacientes con hemorragia masiva pueden requerir una monitorización más estricta con catéteres intraarteriales. ⁽¹⁶⁾

d. Detención del sangrado

Debe realizarse una búsqueda simultánea de la causa mientras se realiza la reanimación. Puede basarse en la nemotecnia de las 4 T's.

1. Tono

Como la causa más común de hemorragia es la atonía uterina, la vejiga debe desocuparse y realizar un examen pélvico bimanual. El hallazgo de un útero suave, blando, pobremente contraído sugiere atonía uterina como factor causal. La compresión o el masaje uterino pueden disminuir el sangrado, expulsar la sangre y los coágulos y dar tiempo mientras se implementan otras medidas.

A continuación de manera puntual, se aborda el manejo de la causa principal de la HPP.

- **Atonía Uterina:**

El pilar del tratamiento es el masaje uterino bimanual y la administración de drogas uterotónicas. ⁽¹⁸⁾

- **Oxitócina:**

- Droga de elección.
- Rápido inicio de acción de 3-5 min.
- Ampliamente disponible
- Mayor efectividad y menos efectos colaterales
- Dosis recomendada: 20 U en 500 ml de solución cristaloides en infusión a 250cc/hora, puede duplicarse la concentración. Dosis de mantenimiento: 20-40 U en 500ml de sol. Cristaloides a 60cc/h.

- **Metilergonovina:**

- Agente de segunda línea.
- Ampliamente disponible
- Uso IM
- Inicio de acción: 6-7 min

— Mayor número de efectos colaterales (náuseas, vómitos, aumento de presión arterial)

— Dosis: 0.2 mg cada 2-4h.

• **Misoprostol:**

— Agente de tercera línea

— No requiere administración parenteral, termoestable

— Mayor número de efectos colaterales: gastrointestinales, temblor, pirexia

— Dosis recomendada: 800 – 1000 mcg intrarrectales.

Cuando falla el manejo farmacológico está indicado el tratamiento quirúrgico, el cual nos ofrece varias opciones y debemos seleccionar la técnica a realizar teniendo en cuenta la familiarización y destreza del cirujano que enfrente la situación, el estado hemodinámico de la paciente y si puede intentarse preservar la fertilidad, sin olvidar que el objetivo primario es evitar las secuelas de la hemorragia postparto severa y la mortalidad asociada. Dentro de las opciones de tratamiento quirúrgico para atonía uterina tenemos:

— Taponamiento uterino (con gasas o sonda con balón)

— Suturas compresivas (B-Lynch)

— Ligadura de arterias hipogástricas

— Ligadura de arterias uterinas

— Embolización de arterias uterinas

— Histerectomía Abdominal. ⁽¹⁹⁾

• **Histerectomía abdominal:**

— Tratamiento quirúrgico definitivo

— Principales indicaciones: acretismo placentareo, atonía, placenta previa, ruptura uterina

- principal factor de riesgo es cesárea previa y aumenta el riesgo a mayor número de cesáreas previas
- Alta tasa de complicaciones: lesión intestinal, formación de fístulas, hematomas pélvicos, sepsis, lesión de tracto urinario, lesiones vasculares.
- indicada en atonía uterina solo cuando fallan otros métodos y para el tratamiento de acretismo placentareo.

2. Tejidos

Asegurarse de la integridad de placenta y membranas. Si hay duda realizar exploración manual de la cavidad uterina idealmente bajo anestesia. Alerta ante la inversión uterina que puede producirse en útero pobremente contraído. Luego de la exploración y evacuación del útero, continuar masaje bimanual y compresión. Se recomiendan antibióticos de amplio espectro luego de remoción manual de placenta, exploración o instrumentación del útero. ⁽¹⁹⁾

- Exploración manual y extracción de placenta bajo anestesia general
- Si la extracción es exitosa evaluar tono uterino y si se identifica atonía o hipotonía iniciar manejo de la misma
- Si la remoción es parcial se indica legrado uterino y administración profiláctica de oxitocina
- Si la remoción no es posible y no se identifica plano de clivaje, se diagnostica placenta accreta y se procederá a realizar histerectomía abdominal en la gran mayoría de los casos

3. Trauma

El trauma genital es la causa más frecuente de sangrado persistente a pesar de un útero bien contraído. Debe realizarse

exploración bajo anestesia especialmente en búsqueda de desgarros en cérvix o en fondos de saco, ya que ellos pueden comprometer el útero y llevar a hematomas en retro peritoneo o ligamento ancho. Cuando se realiza la reparación debe tenerse cuidado con involucrar uréteres en los fornix laterales de vagina o la vejiga en el fornix anterior que puede llevar a fístulas genitourinarias. Puede requerirse empaquetamiento sobre la sutura para alcanzar hemostasia. Puede necesitarse ecografía para buscar líquido libre en cavidad si el parto fue traumático o si el estado de la paciente empeora más de lo esperado para las pérdidas hemáticas estimadas. ⁽¹⁹⁾

Tratamiento según etiología:

- Laceraciones y desgarros: Sutura con catgut cromado 2-0
- Hematomas: Exploración, drenaje y ligadura del vaso sangrante con puntos hemostáticos
- Inversión uterina: Reposición manual (maniobra de Johnson), no intentar extracción placentaria hasta la reposición uterina, en caso de anillos de contracción utilizar uterorrelajantes. En caso de falla realizar reposición quirúrgica.

4. Trombina

La trombina es una enzima del tipo de las peptidasas. No es parte de la sangre, sino que se forma como parte del proceso de coagulación sanguínea. Ayuda a la degradación del fibrinógeno a monómeros de fibrina.

La trombina activada es una enzima con acción proteolítica de forma más o menos esférica que actúa sobre el fibrinógeno suprimiendo dos péptidos de bajo peso molecular de cada molécula de fibrinógeno dando formación a monómeros de fibrina que a su vez se aglomeran en polímeros de fibrina los cuales se estabilizan al formar el retículo del coágulo.

a. Inspección de vagina y cérvix buscando laceraciones y reparar.

Debe revisarse todo el canal vaginal desde el perineo hasta el cérvix en búsqueda de laceraciones y la cavidad uterina debe palparse buscando defectos que indiquen ruptura uterina o dehiscencia. Este examen debe realizarse en todas las pacientes que tienen parto vaginal o aquellas que alcanzaron dilatación vaginal y encajamiento avanzados antes de una cesárea. Los desgarros cervicales y vaginales se reparan con sutura absorbible # 0. La revisión se facilita con el uso de retractores. Si se dificulta empezar por el vértice del desgarro, se puede iniciar en un punto distal, haciendo tracción sobre la sutura para aproximar el vértice hacia el cirujano. Los hematomas vaginales no deben drenarse a menos que se expandan. Los intentos de drenaje pueden causar sangrado adicional. Un hematoma estable se drena si se infecta o si el dolor no cede con analgésicos. Un hematoma en expansión puede llevar a hipovolemia y requerir drenaje y empaquetamiento. La ruptura uterina requiere manejo quirúrgico con la intención de reconstruir el útero si es posible, pero la histerectomía puede ser necesaria en situaciones que amenazan la vida.

e. Revisión de cavidad uterina

Debe explorarse el útero de manera manual y remover cualquier fragmento placentario o de membranas que hayan quedado retenidos. La ecografía puede ser útil para diagnosticar retención de restos placentarios. Si la remoción manual no controla la hemorragia se lleva a legrado quirúrgico.

f. Inversión uterina

La inversión uterina, en la cual el cuerpo uterino desciende y a veces protuye a través del cérvix, está asociada con hemorragia marcada. En el examen bimanual, el hallazgo de una masa firme

por debajo o cerca al cérvix junto con la ausencia de identificación del cuerpo uterino en el examen abdominal sugiere inversión. Si ocurre antes de la separación placentaria, no se debe intentar el desprendimiento de la placenta, esto producirá hemorragia adicional. La reposición del cuerpo uterino incluye colocar la palma de la mano contra el fondo(ahora invertido e inferior al cérvix) como si se sostuviera una bola de tenis, con la punta de los dedos ejerciendo presión hacia arriba de manera circunferencial. Para restaurar la anatomía normal es necesaria la relajación del útero con terbutalina, sulfato de magnesio, anestésicos generales halogenados o nitroglicerina. El reemplazo manual con o sin relajación uterina usualmente es útil. En las circunstancias en las que no es posible, se requiere laparotomía. Se han reportado dos procedimientos para retornar el cuerpo uterino a la cavidad abdominal. ⁽²⁰⁾

g. Acretismo placentario

La inserción anormal de la placenta en la pared uterina puede causar hemorragia masiva. De hecho, el acretismo placentario y la atonía uterina son las causas más comunes para histerectomía postparto. Los factores de riesgo para acretismo incluyen placenta previa con o sin cirugía uterina previa, miomectomía previa, cesárea anterior, síndrome de Asherman, mioma submucoso y edad materna mayor de 35 años. En presencia de estos factores debe tenerse una alta sospecha de placenta acreta y tomar las precauciones adecuadas. La ecografía puede ayudar en el establecimiento del diagnóstico en el anteparto. El doppler color puede ser una herramienta adicional para sospechar acretismo.

h. Taponamiento

Puede utilizarse cuando la hemorragia secundaria a atonía no responde a los uterotónicos. Se puede utilizar como una medida temporal, si no hay respuesta debe prepararse para laparotomía exploratoria. No se recomienda intentar un segundo taponamiento. Se puede realizar taponamiento con gasas, sonda de Sengstaken-Blakemore o con balón de Bakri. Deben iniciarse antibióticos de amplio espectro, gentamicina más clindamicina o gentamicina más metronidazol, y el taponamiento debe retirarse a las 24 horas. Debe monitorizarse el hematocrito y la diuresis, especialmente si se utilizan gasas que pueden absorber volúmenes grandes de sangre.

i. Embolización arterial

Si la paciente está hemodinámicamente estable y el personal de radiología intervencionista está disponible puede realizarse embolización arterial. Se puede realizar un procedimiento selectivo cuando se logra identificar un único vaso sangrante y puede ser ocluido. Si el área de sangrado es difusa o no se puede identificar un único vaso, se pueden ocluir las arterias uterinas. El control de la hemorragia postparto usualmente es inmediato. La técnica puede ser altamente efectiva en coagulopatías. ⁽²⁰⁾

j. Ligadura de sitios de sangrado

La laparatomía para evaluar y tratar la hemorragia en la pelvis debe ser realizada a través de una incisión en línea media. Puede observarse la atonía uterina y sitios de sangrado extrauterino. Si se identifica un vaso discreto responsable del sangrado, se puede pinzar y ligar.

k. Desvascularización pélvica

El procedimiento requiere un ginecólogo con amplio conocimiento y experiencia en la anatomía pélvica y en la irrigación e inervación

de los órganos pélvicos. El paciente debe estar en posición de litotomía modificada con un asistente que evalúe el sangrado vaginal. Esta serie de procedimientos tomará en cuenta toda la irrigación del útero y los órganos pélvicos. El enfoque quirúrgico comienza con la ligadura de la arteria uterina, sigue la irrigación vascular ovárica del útero, uní o bilateralmente. La ligadura uní o bilateral de la hipogástrica es el siguiente paso para controlar una hemorragia.

I. Histerectomía

Como último recurso cuando la terapia médica y la quirúrgica conservadora han fallado, la histerectomía puede ser necesaria para salvar la vida materna. Las indicaciones más comunes para este procedimiento radical son la placentación anormal (previa, acreta, increta, percreta), hemorragia postparto atónica, trauma uterino, hemorragia posparto secundaria y ruptura uterina. La histerectomía puede estar asociada con morbilidad materna. La elección entre histerectomía total o subtotal depende de la condición materna y el tiempo de la histerectomía. Lo más importante es que el procedimiento no debe retrasarse innecesariamente y debe realizarse por un obstetra con o sin la asistencia de un cirujano vascular o ginecólogo con experiencia. En el embarazo a término los planos titulares pueden disecarse de manera roma por el edema tisular. La histerectomía subtotal es normalmente más rápida y segura. La histerectomía total será una extensión de la subtotal pero incluye disección distal del plexo vascular, la vejiga y el piso pélvico. Las complicaciones potenciales asociadas con histerectomía son: insuficiencia renal, síndrome de dificultad respiratoria del adulto, disfunción hepática, necrosis hipofisiaria con características de amenorrea, hipotiroidismo y disfunción adreno cortical. Hasta 30% de las hemorragias postparto masivas en primigrávidas pueden resultar

en histerectomía. Esto priva a las pacientes de la fertilidad y pueden causar daño físico y psicológico postparto masiva.

B) Hemorragia postparto secundaria

Se refiere al sangrado excesivo que ocurre entre 24 horas y 12 semanas postparto. Afecta 0.5 a 2% de las mujeres. La patogénesis se cree relacionada a atonía uterina difusa o subinvolución del sitio placentario secundario a retención de restos ovulares y/o infección, pero la causa exacta a menudo no se determina. Debe considerarse la posibilidad de diátesis hemorrágica, como enfermedad de von Willebrand, especialmente en mujeres con historia de menorragia. El sangrado no es catastrófico por lo general como la hemorragia primaria. Una historia previa de hemorragia postparto secundaria predispone a su ocurrencia.

No hay datos de estudios controlados aleatorizados que guíen el manejo, como se comprobó en una revisión sistemática de Cochrane. La terapia médica incluye agentes uterotónicos y/o antibióticos. Si el útero está atónico deben darse uterotónicos: oxitocitocina, metilergnovina o prostaglandinas. ⁽²¹⁾

1. ANEMIA:

Es un estado en el cual está disminuido el número de hematíes circulantes o la concentración de hemoglobina. Niveles de hemoglobina por debajo de 11.0 gramos / litro y el hematocrito de 0.33% o menos; en el tercer trimestre.

Su presencia en el embarazo se asocia con un aumento del riesgo de mortalidad materna, de parto de pretérmino y de bajo peso al nacer.

Las anemias más características de la etapa del embarazo son las anemias nutricionales:

- Anemia por déficit de hierro.
- Anemias por déficit de vitaminas: fotalos y vitaminas B₁₂.

Durante el embarazo ocurren tres etapas sucesivas que modifican el balance del hierro. En una primera etapa el balance es positivo porque cesan las menstruaciones, luego comienza la expansión de la masa de glóbulos rojos (que es máxima entre las semanas 20 – 25) y en el tercer trimestre hay una mayor captación de hierro por parte del feto, fundamentalmente después de la semana 30.

La suma de los requerimientos para el feto y la placenta, más la necesidad de expansión del volumen sanguíneo materno y la previsión de las pérdidas de sangre que se producen durante el parto, hacen que la necesidad de hierro alcance cifras máximas en un periodo muy corto de tiempo. Ninguna dieta es suficiente para proveer la cantidad de hierro que se requiere; si la mujer no tiene reservas previas la consecuencia natural es que termine su embarazo anémica.

Las mujeres embarazadas deben recibir durante el segundo y tercer trimestre una cantidad de hierro que garantice la absorción de 5 – 6 mg/ día (considerando una absorción promedio del 10%), esta cifra solo puede lograrse con suplementación farmacológica.

Existe evidencia que demuestra que la anemia por deficiencia de hierro en la embarazada aumenta el riesgo de nacimientos prematuros y bajo peso al nacer.

Prevención:

- Modificación de la dieta para aumentar el consumo de hierro y sus facilitadores de absorción y disminuir el consumo de inhibidores.
- Fortificación de algún alimento base de la dieta con hierro.
- Suplementación con compuestos medicamentosos del mineral.

Indicando suplementos de hierro 60 mg/ día + 0.4 mg de ácido fólico desde el primer control de embarazo hasta el parto.

En caso de presentar anemia, la dosis de hierro es de 120 mg/ día + 0.4 mg/ día de ácido fólico, continuando la suplementación 3 meses post – parto.

- **anemia postparto**

La anemia postparto se trata con suplementos de hierro oral si los síntomas no son severos. Dos tabletas al día de sulfato ferroso con 60 mg de hierro elemental cada una maximizarán la producción y restauración de glóbulos rojos. Este regimen llevará a una modesta reticulocitosis que empieza en siete días y elevará la hemoglobina en aproximadamente 2g/dl en tres semanas. La eritropoyetina dada con suplementos de hierro puede aumentar la velocidad de recuperación de los niveles normales de hemoglobina. Se ha usado en mujeres anémicas postparto, en quienes parece segura y asociada con una tendencia a una más rápida elevación en la hemoglobina 4 a 7 días de hincada la terapia.

2.2.3. El alumbramiento

El alumbramiento o tercer periodo del parto transcurre desde el nacimiento hasta la expulsión de la placenta y las membranas fetales. La expulsión del feto y la aparición de contracciones uterinas concomitantes originan una sensible reducción del tamaño del útero. Por este mecanismo la superficie interna del cuerpo del útero disminuye, mientras que la superficie de la placenta mantiene su tamaño, lo que provoca que se separe de la pared uterina a través de la decidua esponjosa. Se produce una contracción y retracción del miometrio y un efecto de colapso de las fibras oblicuas alrededor de los vasos sanguíneos, formándose las ligaduras vivientes de Pinard.

El engrosamiento del sitio de la placenta de la pared uterina y las contracciones son las principales fuerzas impulsoras en el proceso de separación placentaria. A veces, se origina un hematoma entre la

placenta que se separa y la decidua restante, como resultado de la separación; sin embargo, es posible que este hematoma acelere el proceso de separación. No obstante, en la actualidad, no existe suficiente evidencia sobre la fisiología de la separación placentaria.

a. Alumbramiento dirigido. Manejo activo

La conducta activa puede incluir las siguientes Acciones:

- Administración de uterotónicos antes de que transcurra un minuto después del nacimiento del bebé.
- Aplicar tracción controlada del cordón umbilical.
- Aplicar masajes uterinos después de la expulsión de la placenta, según sea apropiado.

• Manejo de los fármacos

uterotónicos

- Se debe palpar el abdomen para descartar la presencia de otro(s) bebé(s) dentro del primer minuto después de la expulsión fetal, e inyectar 10 unidades de oxitocina intramuscular (I.M.). Entre los fármacos uterotónicos la oxitocina es la preferida porque surte efecto dentro de los 2-3 minutos después de la inyección, tiene muy pocos efectos secundarios y puede administrarse en todas las mujeres.
- Cuando no haya oxitocina disponible, se pueden utilizar otros medicamentos uterotónicos, como la ergometrina 0,2 mg I.M., sintometrina (1 ampolla) I.M. o misoprostol 400-600 µg oralmente. Los efectos secundarios derivados de la ergometrina son la hipertensión, las cefaleas, las náuseas y los vómitos. La administración de misoprostol debe reservarse para situaciones en las que no es posible la administración segura y/o el almacenamiento apropiado de oxitocina inyectable o alcaloides de ergóticos inyectables.

- **Tracción controlada del cordón umbilical**

- Pinzar el cordón umbilical cerca del perineo (una vez que cesen las pulsaciones en un recién nacido saludable) y sostenerlo en una mano.
- Colocar la otra mano justo arriba del pubis de la mujer y estabilizar el útero aplicando presión en el sentido contrario durante la tracción controlada del cordón umbilical. Mantener una tensión leve en el cordón umbilical y esperar una contracción uterina fuerte (2-3 minutos).
- Durante la contracción uterina fuerte, animar a la madre a pujar y, con mucho cuidado, tirar hacia abajo el cordón umbilical para extraer la placenta. Continuar aplicando presión en el sentido contrario sobre el útero.
- Si la placenta no desciende y es expulsada en los 30-40 segundos de la tracción controlada del cordón umbilical, no hay que continuar traccionando:

- **Masaje uterino**

- Practicar el masaje inmediatamente en el fondo del útero hasta que se contraiga.
- Palpar el útero y confirmar que está contraído cada 15 minutos y repetir el masaje uterino cuando se necesite durante las dos primeras horas.
- Asegurarse de que el útero no se relaje después del masaje uterino.

b. Alumbramiento fisiológico. Conducta expectante

El alumbramiento fisiológico puede considerarse como el final lógico de un proceso fisiológico. Las mujeres que presentan un proceso de parto normal pueden solicitar una conducta expectante si desean tener un alumbramiento fisiológico, aunque deben estar informadas de los posibles riesgos y beneficios de ambos métodos.

El manejo fisiológico incluye los siguientes componentes:

- Esperar a que aparezcan señales de separación de la placenta (alargamiento del cordón, pequeña pérdida de sangre, útero firme y globular al palpar en el ombligo).
- Animar a la mujer a pujar con las contracciones y, si es necesario, animarla a adquirir una posición vertical.
- No se recomienda una tracción controlada del cordón en ausencia de fármacos uterotónicos, o previa a las señales de separación de la placenta, ya que esto podría causar una separación parcial de la placenta, una ruptura del cordón, sangrado excesivo e inversión uterina.

2.2.4. CLAVE ROJA

Es una estrategia que busca disminuir la mortalidad materna producida por hemorragia post parto y post aborto en gestantes, mediante la estandarización de procedimientos en el manejo inmediato de esta entidad en emergencia y centro obstétrico.

a. Ubicación

Emergencia:

- Shock Trauma
- Tópico de Gineco-obstetricia
- Observación

Centro obstétrico

- Sala de dilatación
- Sala de partos
- Sala de observación de puerperio inmediato.

Hospitalización de obstetricia

b. Procedimiento

Obstetra:

- Verificar y mantener vía aérea permeable.
- Canalizar dos venas con solución salina al 9‰, catéter venoso N° 18, llave de doble vía. Poner oxígeno 4-5 Litros/min.

- Tomar y monitorizar funciones vitales.
- Administrar los medicamentos indicados.
- Tomar nota de los medicamentos administrados.
- Colocar sonda Foley con colector. Medir diuresis horaria.
- Tomar muestras de sangre: Grupo Rh, Hb, Hto, pruebas cruzadas, perfil de coagulación.

2.2.5. Shock hipovolémico obstétrico

1. definición

Síndrome clínico agudo caracterizado por hipoperfusión tisular que se produce cuando existe una disminución crítica de la volemia eficaz (Flujo sanguíneo).

2. etiología

- **Hemorrágico:** el más frecuente

- hemorragia interna: por ejemplo, en embarazo ectópico roto.
- hemorragia externa: en caso de aborto, enfermedad gestacional del trofoblasto, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, rotura uterina, atonía uterina, alumbramiento incompleto, retención placentaria, desgarros cervicales y/o perineales.

- **No hemorrágico**

- pérdidas intestinales: por vómitos, diarreas, etc.
- pérdidas extraintestinales: por uso de diuréticos, por ejemplo.
- acumulación en el tercer espacio: en caso de ascitis, polihidramnios, obstrucción intestinal.

- **Aspectos epidemiológicos**

Aproximadamente un caso por cada 100 partos, con una mortalidad materna de 2% y fetal del 65%. Es la primera causa de mortalidad materna en el Perú.

3. Signos de alarma

La pérdida de conocimiento, alteración significativa de las funciones vitales y la hemorragia profusa.

- **Complicaciones**

- Anemia aguda.
- Coagulación intravascular diseminada (CID).
- Insuficiencia renal.

• **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. ⁽²⁶⁾
- **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. ⁽¹⁵⁾
- **Trauma:** El trauma genital es la causa más frecuente de sangrado persistente a pesar de un útero bien contraído.
- **Shock hipovolémico obstétrico:** Síndrome clínico agudo caracterizado por hipoperfusión tisular que se produce cuando existe una disminución crítica de la volemia eficaz.
- **Anemia:** Se define anemia en el embarazo como aquella que se caracteriza por un nivel de hemoglobina menor a 11 g/ .Generalmente producida por deficiencia de hierro, raramente por deficiencia de ácido fólico o por una combinación de los dos.
- **Cuello uterino:** El extremo inferior más estrecho del útero que conecta la cavidad uterina con la vagina.
- **Histerectomía:** La extirpación quirúrgica del útero. La histerectomía se puede realizar a través de una incisión abdominal (laparotomía).
- **Monitorización:** Las pacientes con hemorragia postparto requieren un monitoreo efectivo de pulso, tensión arterial, presión venosa central, gases arteriales, electrolitos y gasto urinario.

CAPÍTULO III:

HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACION

3.1.1. Hipótesis General

La multiparidad es un factor predisponente para la hemorragia uterina en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza Essalud, Enero a Diciembre Ica 2014.

3.1.2. Hipótesis Secundarias

H.P.1.- La multiparidad es un factor predisponente para la hemorragia uterina por atonía uterina en pacientes atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza Essalud, Enero a Diciembre Ica 2014.

H.P.2.- La multiparidad es un factor predisponente para la hemorragia uterina por retención placentaria en pacientes atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza Essalud, enero a diciembre Ica 2014.

H.P.3.- La multiparidad es un factor predisponente para la hemorragia uterina por desgarros del canal blando del parto en pacientes atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza Essalud, enero a diciembre Ica 2014.

3.2 VARIABLES DE LA INVESTIGACION

3.2.1. Variable Independiente

- La Multiparidad

Dimensiones:

- Más de 2 hijos

3.2.2. Variable Dependiente

- Hemorragia uterina en el puerperio

Dimensiones:

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

3.2.3. Variables Interviniente

- Edad.
- Nivel de instrucción.
- Periodo intergenésico.
- Cesáreas anteriores.
- Antecedentes de hemorragia post parto.
- Anemia.
- Shock hemorrágico obstétrico.
- Histerectomía.

3.2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN CORRELACIONAL	NATURALEZA	CLASIFICACIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO
MULTIPARIDAD	Más de 2 hijos	Es el número de hijos mayor de dos partos normales o por cesáreas	cuantitativa	Ordinal	Más de dos gestaciones a término.	Ficha de recolección de datos
HEMORRAGIA UTERINA EN EL PUERPERIO	Atonía uterina	Es la relajación anormal de fondo uterino.	Cualitativa	Nominal	Si No	Ficha de recolección de datos
	Retención de placenta	Es la falta de expulsión de la placenta y sus anexos.	Cualitativa	Nominal	Si No	Ficha de recolección de datos
	Desgarros de partes blandas del parto	Son laceraciones del canal del parto como son: cuello uterino, vagina y perineo.	Cualitativa	Nominal	Si No	Ficha de recolección de datos
	Edad	Tiempo comprendido desde el nacimiento hasta la fecha de ingreso.	Cuantitativa	Ordinal	< de 19 años De 19 a 34 años > de 34 años	Ficha de recolección de datos
	Nivel de instrucción	Proceso de enseñanza y aprendizaje que crea la integración y elaboración de lo aprendido	Cualitativa	Ordinal	Analfabetismo Primaria Secundaria Superior	Ficha de recolección de datos

INTERVINIENTES	Periodo intergenésico	Es el tiempo que se da de un embarazo a otro que puede ser periodos cortos, largos y normales	Cualitativa	Nominal	corto largo normal	Ficha de recolección de datos
	Cesáreas anteriores	Son partos anteriores que han terminado en cesárea donde pueden ser una o varias.	Cualitativa	Nominal	1 cesárea 2 cesárea 3 cesárea	Ficha de recolección de datos
	Antecedentes de hemorragia post parto	Haber presentado alguna complicación en el parto anterior y se llegó a una hemorragia post parto	Cualitativa	Nominal	si No	Ficha de recolección de datos
	Anemia	Es la disminución de la hemoglobina menor de 11mg/l.	Cualitativa	Nominal	Leve Moderada severa	Ficha de recolección de datos
	Shock hemorrágico obstétrico	Es la complicación que le siguió a la hemorragia de no ser controlada.	Cualitativa	Nominal	Si No	Ficha de recolección de datos
	Histerectomía	La extirpación quirúrgica del útero. La histerectomía se puede realizar a través de una incisión abdominal (laparotomía).	Cualitativa	Nominal	Si No	Ficha de recolección de datos

CAPITULO IV
METODOLOGÍA DE LA
INVESTIGACION

4.1. Diseño de la Investigación

La presente investigación estuvo clasificada como un estudio no experimental, pues no se modifica las variables, transversal pues el estudio comprende un tiempo determinado, siendo el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2014. Las variables son medidas en una sola oportunidad.

4.1.1. Tipo de Investigación

La investigación es de tipo descriptivo porque describe la frecuencia de los factores de riesgo, teniendo en cuenta los resultados que se obtendrán por las variables de estudio, retrospectiva debido a que la información se recopilará en base a documentos y registros.

4.1.2. Nivel de Investigación

Correlacional, ya que tiene como objetivo medir el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables.

4.2.3. Método de la Investigación

Inductiva pues se analizó independientemente cada variable determinante para finalmente llegar a conclusiones generales.

4.2. Población y Muestra de la Investigación

4.2.1. Población

Las pacientes atendidas durante enero a diciembre del 2014 que son 1602 multíparas.

4.2.2. MUESTRA

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{E^2 (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

Dónde:

- n = Tamaño de muestra
- N= Población
- Z = Nivel de confianza (95% = 1.96)
- E = Error permitido (5%)
- p = proporción esperada (en este caso 10% = 0.1)

Antecedentes bibliográficos

$$q= 1-p \text{ (en este caso) } 1- 0.1 = 0.9$$

$$n= 127$$

Criterios de inclusión

- 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.
- Gestante atendida en el hospital agosto Hernández Mendoza entre el periodo 2014.

Criterios de exclusión

- Puérperas con historias clínicas incompletas
- Que el sangrado fue menor a lo indicado.
- Gestante atendida en el hospital agosto Hernández Mendoza no comprendido entre el periodo 2014.

4.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

4.3.1. Técnicas

Se empleó la técnica documental, la muestra se obtuvo del Hospital Augusto Hernández Mendoza, para lo cual se pidió permiso a la jefatura del Hospital, a fin de que se me permita el ingreso a los libros y fichas de partos de las Historias Clínicas de las pacientes que fueron atendidos de parto durante el periodo de estudio.

4.3.2. Instrumentos

Se utilizó una ficha de recolección de datos epidemiológica donde se consignaron los datos que permitieran medir las variables del estudio.

4.3.3. Procesamiento de Datos

Para el proceso de recolección de datos se estableció un plan previo, el mismo que se dio inicio una vez aprobado el proyecto para su ejecución; para su procesamiento se aplicó el software SPSS.V22; de donde se obtuvieron las tablas estadísticas simples y de doble entrada

que se procesaran en el programa Excel y que posteriormente se obtuvieron los gráficos correspondientes. El análisis estadístico se realizó con la prueba Chi – cuadrado considerando la relación es significativa al 5%.

4.3.4. Ética de la Investigación

En el presente estudio se tomaron datos específicos de los libros e Historias Clínicas para lo cual cada uno tuvo anonimato utilizando número de ficha epidemiológica como medio de identificación. Los datos serán confidenciales y solo se empleó con fines de la investigación.

CAPITULO V
PRESENTACION, ANALISIS E
INTERPRETACION DE
RESULTADOS

5.1. ANÁLISIS DE TABLAS Y GRAFICOS

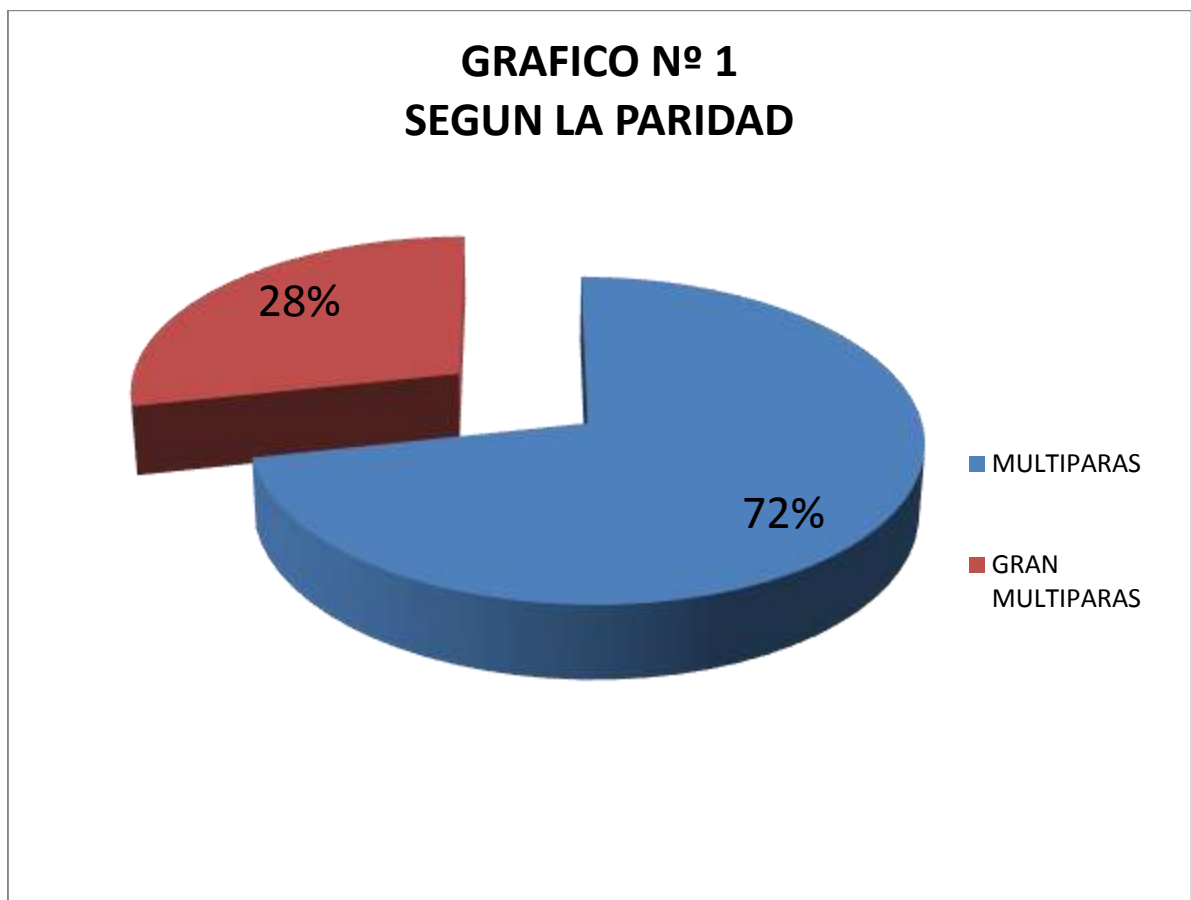
TABLA N° 1

HEMORRAGIA EN MULTIPARAS SEGÚN LA PARIDAD

Paridad	Nº	%
Múltiparas (De 2 ò más hijos)	91	72
Gran Múltiparas (De 5 a más hijos)	36	28
Total	127	100

FUENTE: ELABORACION PROPIA

La tabla muestra según la paridad de las puérperas que presenta con mayor porcentaje las múltiparas es 72% y las gran múltiparas presentan un 28%.



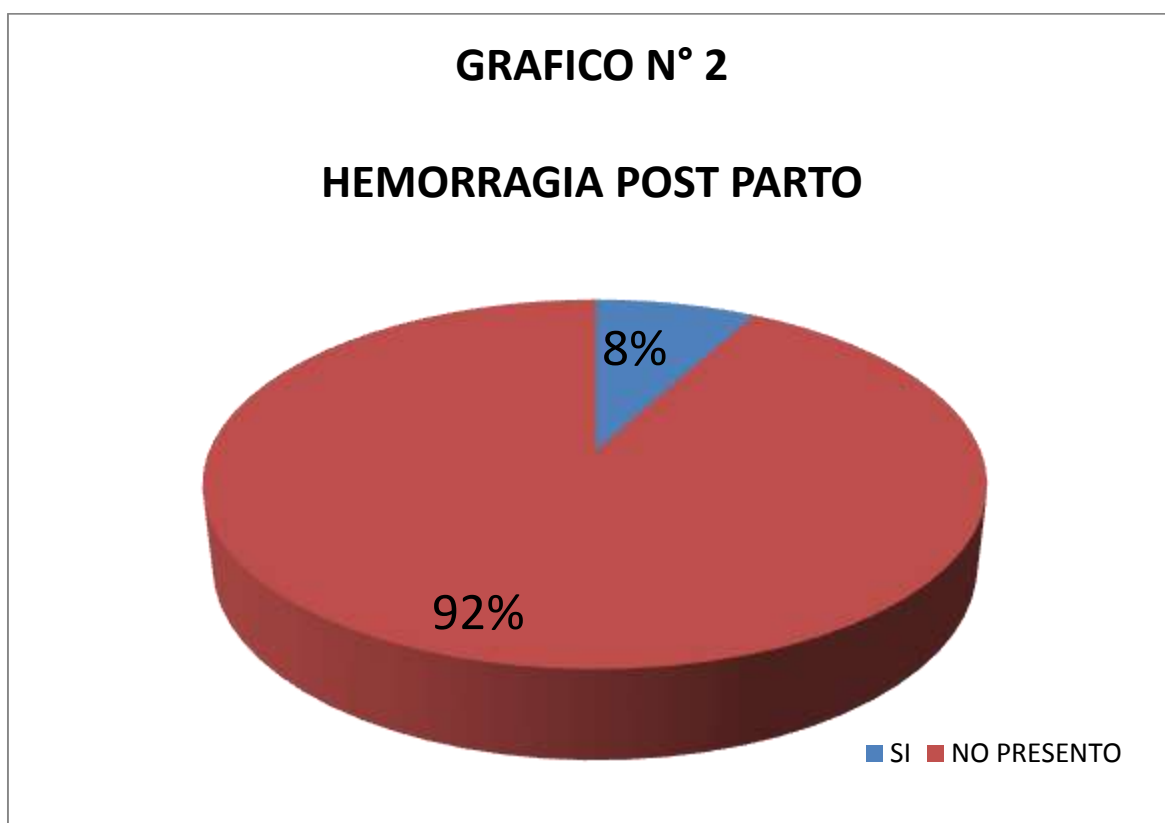
FUENTE: FICHA DE RFECOLECCION DE DATOS

TABLA N° 2
HEMORRAGIA EN MULTIPARAS

Hemorragia post parto	N°	%
Si	10	8
No presento	117	92
Total	127	100

FUENTE: ELABORACION PROPIA

La tabla muestra que las múltiparas que si presentaron hemorragia uterina en el puerperio son el 8% y las que no presentaron hemorragia uterina en el puerperio es 92%.



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

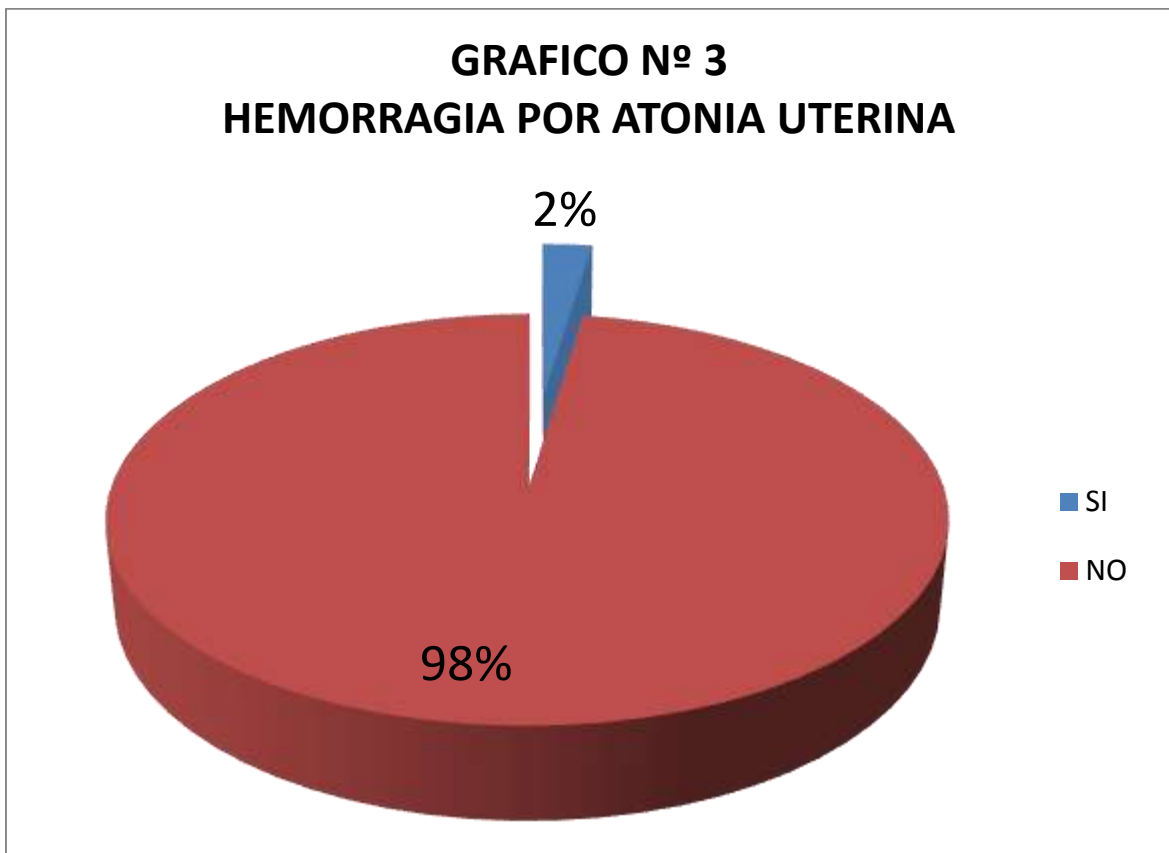
TABLA N° 3
HEMORRAGIA EN MULTIPARAS POR ATONIA UTERINA

ATONIA UTERINA	N°	%
SI	3	2
NO	124	98
TOTAL	127	100

FUENTE: ELABORACION PROPIA

La tabla muestra que las múltiparas no presentaron atonía uterina en el puerperio de 98% y las múltiparas que si presentaron atonía uterina son el 2%.

GRAFICO N° 3
HEMORRAGIA POR ATONIA UTERINA



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA N° 4
HEMORRAGIA EN MULTIPARAS POR RETENCION DE RESTOS
PLACENTARIOS

RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS	N°	%
SI	2	2
NO	125	98
TOTAL	127	100

FUENTE: ELABORACION PROPIA

La tabla muestra que las múltiparas con hemorragia no tuvieron retención de placenta es 98% y las que si presentaron retención de placenta son 2%.



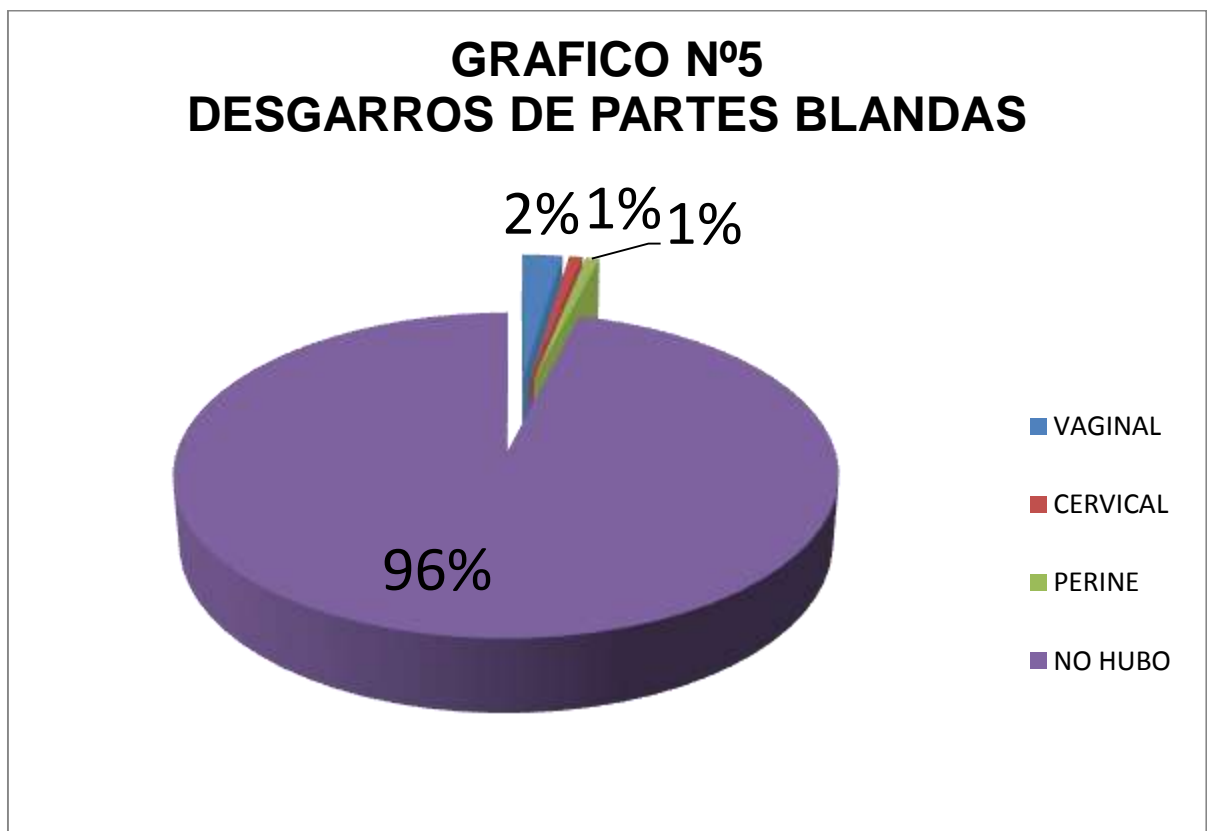
FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA N° 5
HEMORRAGIA EN MULTIPARAS SEGÚN DESGARROS DE PARTES
BLANDAS EN EL PARTO

DESGARROS DE PARTES BLANDAS	Nº	%
VAGINAL	3	2
CERVICAL	1	1
PERINE	1	1
NO HUBO	122	96
TOTAL	127	100

FUENTE: ELABORACION PROPIA

La tabla muestra que las múltiparas con hemorragia que no presentaron desgarros de partes blandas en el parto son 96% y las que si presentaron desgarros vaginales son el 2%, desgarros de periné 1% y desgarros cervicales con un 1%.



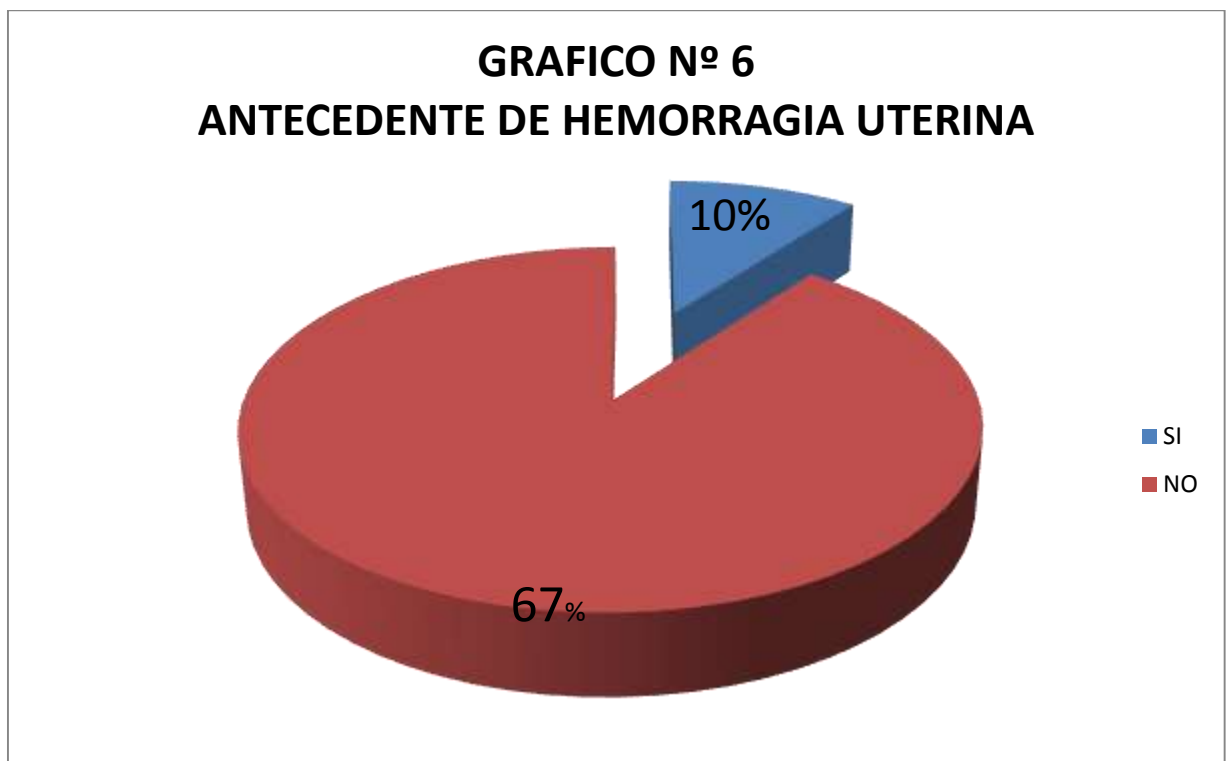
FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA N° 6
HEMORRAGIA EN MULTIPARAS SEGÚN ANTECEDENTES DE
HEMORRAGIA UTERINA

ANTECEDENTES DE HEMORRAGIA UTERINA	N°	%
SI	13	10
NO	114	90
TOTAL	127	100

FUENTE: ELABORACION PROPIA

La tabla muestra que las múltiparas que no tuvieron antecedentes de hemorragia uterina en el puerperio son 90% y las que si presentaron antecedentes de hemorragia es 10%.



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA N° 7
HEMORRAGIA EN MULTIPARAS QUE PRESENTARON SHOCK
HIPOVOLEMICO

Shock Hipovolémico	N°	%
Si	1	1
No	126	99
Total	127	100

FUENTE: ELABORACION PROPIA

La tabla muestra que las multiparas con hemorragia uterina que no presentaron shock hipovolémico es 99% y las que si presentaron shock hipovolémico 1%.



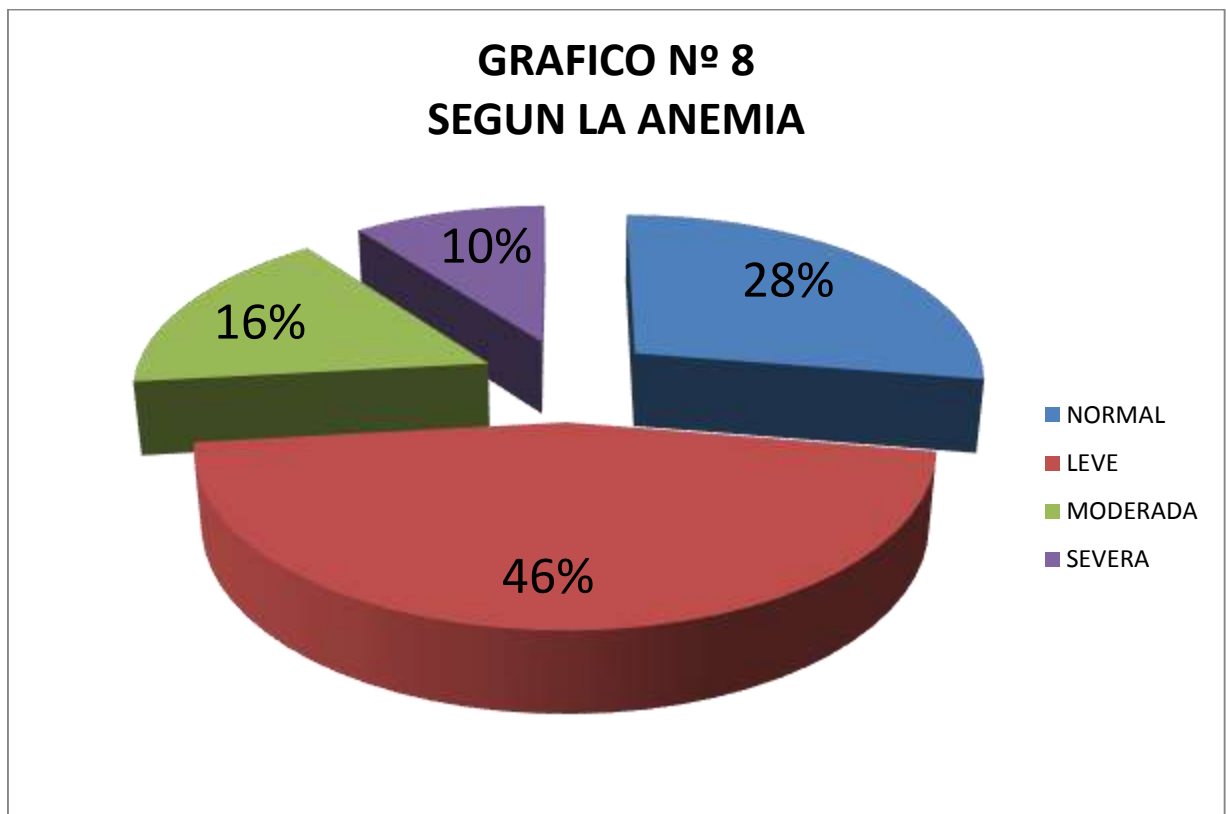
FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA Nº 8
HEMORRAGIA EN MULTIPARAS SEGÚN ANEMIA

Anemia	Nº	%
Normal	35	28
Leve	58	46
Moderada	21	17
Severa	13	10
Total	127	100

FUENTE: ELABORACION PROPIA

La tabla muestra que las multíparas que presentaron anemia en el puerperio de mayor porcentaje es anemia leve es 46%, no presentaron anemia fue normal un 28%, anemia moderada 17% y las de anemia severa 10%.



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA N° 9

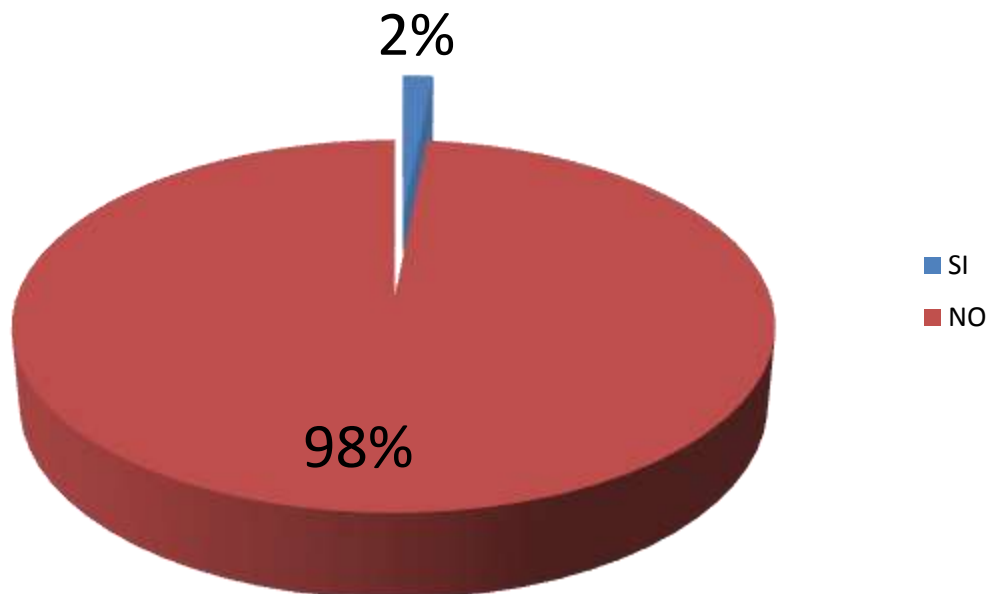
HEMORRAGIA EN MULTIPARAS QUE OPTARON A LA HISTERECTOMIA

Histerectomía	Nº	%
Si	2	2
No	125	98
Total	127	100

FUENTE: ELABORACION PROPIA

La tabla muestra que las múltiparas que no se les realizó una histerectomía es 98% y las que si se les realizó una histerectomía es 2%.

**GRAFICO N° 9
SEGUN HISTERECTOMIA**



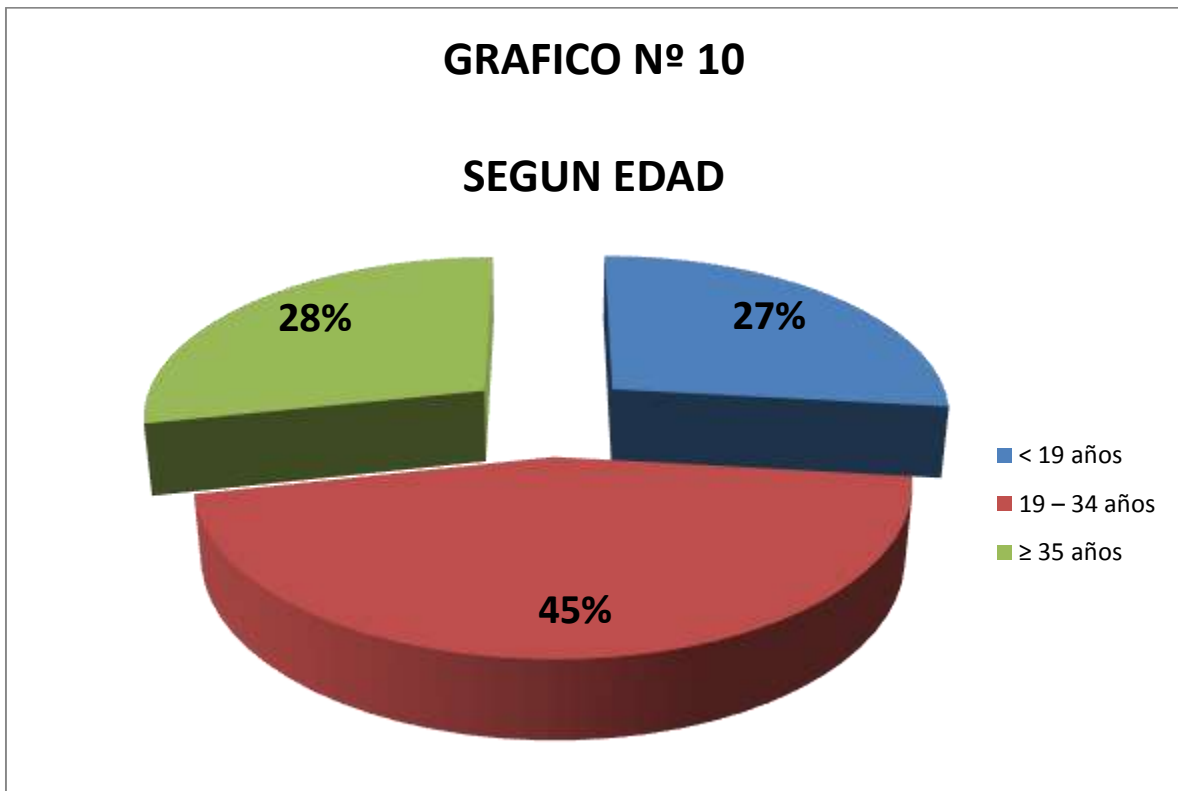
FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA N° 10
HEMORRAGIA EN MULTIPARAS SEGÚN EDAD

EDAD	N°	%
< 19 años	34	27
19 – 34 años	57	45
≥ 35 años	36	28
TOTAL	127	100

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

La tabla muestra que Las multíparas que presentaron hemorragia post parto oscilaron entre las edades de 19-34 años en un 45%, seguido de mayores de 35 años en un 28% y un 27% fueron menores de 19 años.



FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

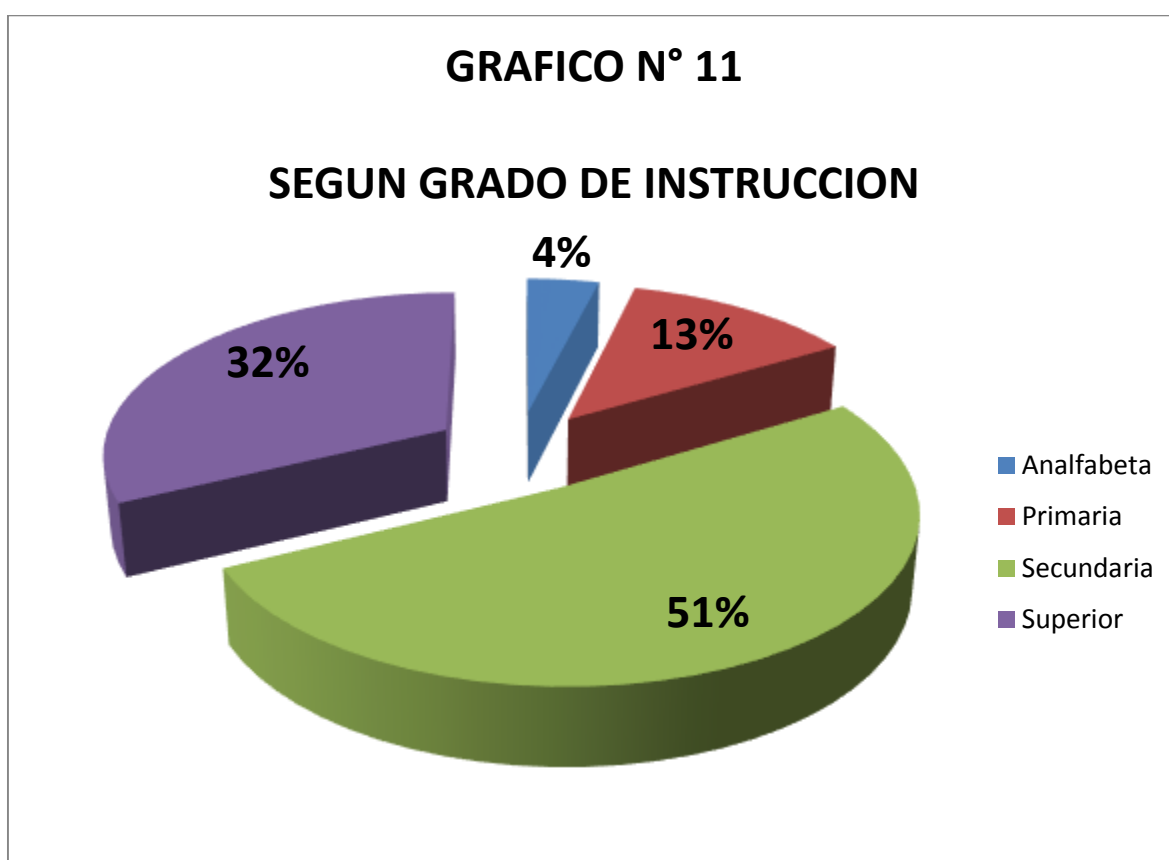
CUADRO N° 11

HEMORRAGIA EN MULTIPARAS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION

Grado de Instrucción	N°	%
Analfabeta	5	4
Primaria	16	13
Secundaria	65	51
Superior	41	32
TOTAL	127	100

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

La tabla muestra la distribución de las múltiparas según el nivel de estudio los resultados obtenidos demuestran a las múltiparas con nivel secundaria el 51% seguido el nivel superior, el 32% el nivel primaria 13% y analfabetas con un 4%



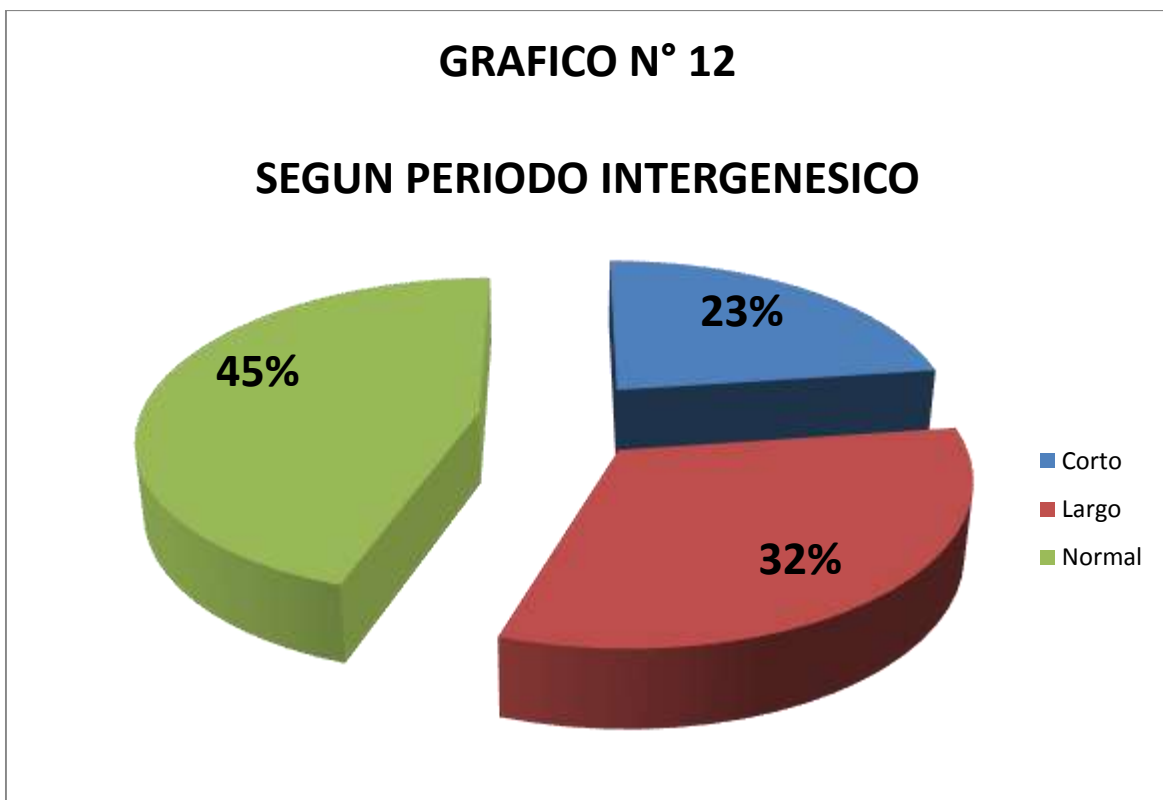
FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUADRO N° 12
HEMORRAGIA EN MULTIPARAS SEGÚN PERIODO
INTERGENESICO

Periodo Intergenésico	N°	%
Corto	29	23
Largo	41	32
Normal	57	45
TOTAL	127	100

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

La tabla muestra a las multiparas con periodo intergenésico normal de las multiparas que presentaron hemorragia post parto fue del 45%, seguido del periodo intergenésico largo 32% y con un periodo intergenésico corto 23%.



FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUADRO N° 13

HEMORRAGIAS EN MULTIPARAS SEGÚN CESAREAS ANTERIORES

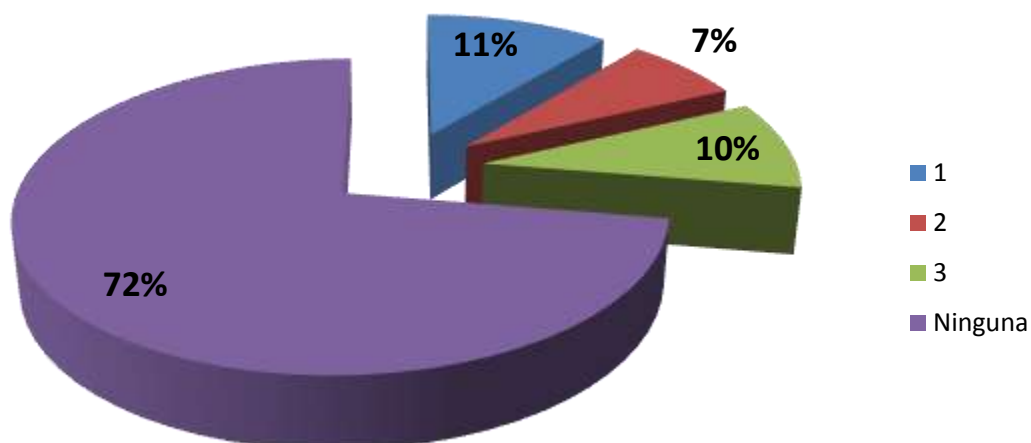
Cesáreas anteriores	N°	%
1	14	11
2	9	7
3	12	9
Ninguna	92	72
TOTAL	127	100

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

La tabla nos muestra en los resultados obtenidos que el 72% de las multíparas no presentaron cesárea alguna ; las que presentaron una cesárea anterior 11% siendo este el de mayor relevancia, con tres cesáreas anteriores 9% ,y con dos cesáreas anteriores un 7% .

GRAFICO N° 13

SEGUN CESAREAS ANTERIORES



FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La hemorragia post parto en el puerperio inmediato constituye un problema de salud pública debido que presenta mayores tasas de morbimortalidad, además del riesgo posterior de deficiencias físicas, psicológicas y neurológicas.

La Multiparidad y la gran Multiparidad es de gran importancia por ser un factor de riesgo para la sociedad donde en este estudio Juan Luis O. Guillermo Alonso C y colaboradores 2007- 2013 demostró que la Multiparidad y gran múltiparas son un factor de riesgo para la hemorragia post parto. Aceptando esta investigación, Dr. Palomo Tercero J. (2011) concluyo que la Multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina en el puerperio donde acepta dicha investigación, Castellano Benalcazar (2011) Sostuvo en su investigación que la Multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina aceptando dicha investigación, Dr. Guido Bendezu (2012) también concluyo que la Multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina aceptando la investigación realizada.

Las múltiparas que presentan hemorragia uterina en el puerperio son: parto eutócico mayor de 500ml y en un parto distócico mayor de 1000ml de perdida sanguínea es por ello que la hemorragia es un factor de riesgo muy importante donde el profesional debe estar capacitado para reconocer y efectuar el tratamiento, En este estudio se analizó que 117 múltiparas es 92% no presentaron hemorragia post parto y 8% si presentaron hemorragia post parto. Dr. Guido Bendezu y colaboradores 2012 concluyo que la hemorragia uterina en el puerperio es un factor de riesgo aceptando dicha investigación, E Malvino, M. curone, R. Lowenstein, H. Ferro y colaboradores 1998 determino que las pacientes que presentaron hemorragia post parto por algún factor se recurrio para controlar el sangrado masivo como última medida la histerectomía. Angarita Penaranda; Borre Arrieta y Rodriguez Yances y colaboradores 2002 concluyo que el uso de Misoprostol sublingual es seguro, eficaz y económico en el manejo del tercer periodo del parto. Malvino E; Martinez M; Lowenstein y colaboradores 2008 determina que la hemorragia post parto es un factor de riesgo. Rechazan dicho estudio.

La atonía uterina es un factor de riesgo para la hemorragia uterina por la mala contracción del cuerpo uterino en este estudio 3 multíparas es un 2% presentaron atonía uterina y 985 no presentaron atonía uterina, en su estudio Al-zirqi I, Vangen S, Forsen I, Stray-Pedersen B. y colaboradores (2008). Concluyo que la atonía uterina es un factor de riesgo para la hemorragia uterina en el puerperio aceptando dicha investigación, Juan Luis O. Guillermo Alonso C y colaboradores 2007- 2013 determino que la atonía uterina y la hipotonía es un factor de riesgo para la hemorragia uterina rechaza dicha investigación.

La retención de restos placentarios también es un factor de riesgo donde en este estudio 2 multiparas con un 2% presentaron retención de restos placentarios y 98% no presento la retención de restos placentarios, donde Claudio G. Sosa, Fernando Althabe, José M. y colaboradores 2003 determino que la retención de placenta es un factor de riesgo para la hemorragia uterina donde rechaza dicha investigación.

Los desgarros de partes blandas del canal del parto es el factor principal del estudio que predomina para una hemorragia uterina en el puerperio en este estudio es los desgarros de partes blandas de vagina con 3 puerperas con un 2%, perine1%, cervical 1% y no presentaron desgarros 96%. Altamirano Girano, Paula y colaboradores 2009 en su trabajo de investigación coincide que las principales causas de hemorragia postparto la constituyen desgarro del canal del parto aceptando dicha investigación, Alcívar Alcívar I. Y Colaboradores (2011).concluyo que los desgarros de partes blandas es factor de riesgo para la hemorragia uterina aceptando dicha investigación, Claudio G. Sosa, Fernando Althabe, José M. y colaboradores 2003 determino que la retención de placenta y la atonía uterina es un factor de riesgo para la hemorragia uterina donde rechaza dicha investigación.

Shock hipovolémico también es un factor de riesgo de la hemorragia uterina donde en este estudio con 1 multíparas con un 1%, que llegaron a un shock hipovolémico y 99% no llego hasta esa complicación no es su estudio de E.

Malvino, M. Curone, R. Lowenstein, H. Ferro. Y colaboradores 1998 concluyo que el shock hipovolémico es un factor de riesgo en la hemorragia uterina por eso acepta dicha investigación. Malvino E; Martinez M; Lowenstein R y colaboradores 2003 determinaron que el shock hipovolémico es factor de riesgo de la hemorragia uterina también aceptando dicha investigación.

Presentaron anemia las multíparas con hemorragia uterina en este estudio presento anemia leve 58 multíparas con un 46%. Verónica López A. Y colaboradores 2001 determino que la anemia es factor de riesgo para la hemorragia uterina aceptando dicha investigación. Navarro Díaz B; Castro Samper N; Córdoba Medina Y colaboradores 2012 determino que la anemia en la cesárea se controló con la aplicación de hierro intramuscular y no llegaron a una anemia rechazando dicho estudio.

En este estudio Se realizó histerectomía a 2 multíparas con un 2% como medida de emergencia para detener la hemorragia uterina en el puerperio es como última medida. Al-zirqi I, Vangen S, Forsen L, Stray-Pedersen B. (2008). Concluyo que histerectomía es la mejor medida la parar la hemorragia uterina y no llegar hasta la muerte de la madre aceptando dicha investigación. Huertas Tacchino E; Pocco Hinostroza D. 2007 determino que no es una buena medida la histerectomía hasta recurrir todas las medidas como la técnica de lynch rechazando dicha investigación.

En el presente estudio el mayor porcentaje en cuanto al grupo etario se presentó en las multíparas con edades es decir, mayores de 19 años hasta 34 años tuvieron, un 45% este resultado coincide con el estudio del Dr Guido Bendezu 2012, determino que los principales factores que incidieron en el comportamiento de la hemorragia post parto fueron edad materna por lo que aceptamos dicho estudio. Altamirano Girano y colaboradores 2009 en su estudio concluyeron que las multíparas con edades mayores de 35 años eran un factor de riesgo resaltante para la hemorragia post parto. Palomo tercero y colaboradores 2011 concluyo que la edad materna de 15 a 19 años es un factor de riesgo para la hemorragia post parto. Alcibar alcibar y colaboradores 2011

determino que la edad materna es un factor de riesgo para la hemorragia post parto. Dr. Iván reyes, aurora villar 2007-2009 concluyo que la edad mayor de 35 es un factor de riesgo para la hemorragia uterina en el puerperio, rechazando estos estudios.

Las multíparas con un periodo intergenésico largo, corto y normal es un factor de riesgo para la hemorragia post parto en un parto eutócico o distócico. En este estudios, tenemos que, 57 pacientes presentaban período intergenésico normal en un 45%, En su estudio Al-zirqi, Vangen s, Forsen I, Stray-Pedersen y colaboradores 2008 encontraron que los partos por una cesarea y el doble por cesárea es un factor de riesgo para la hemorragia post parto. Altamirano Girano y colaboradores 2009 en su estudio encontró que el periodo intergenésico largo resultó ser un factor de riesgo para la hemorragia post parto. en la mayoría de pacientes, lo que nos indicó que todavía los órganos reproductores de estas madres no se encontraban aptos para la gestación y en otras habían dejado demasiado tiempo para una nueva gestación. Rechazando estos estudios.

En el estudio según las cesáreas anteriores tienen un mayor riesgo de sufrir o padecer hemorragia post parto en una cesarea o parto normal donde se puede presentar algún factor interviniente como una atonía uterina, restos placentarios o desgarros del canal blando, en este estudio de mayor relevancia fue que las 92 multíparas estudiadas no presentaron ninguna cesárea anterior con un 72%. en su estudio de E. Malvino, M. Curone, R. Lowenstein, H. Ferro y colaboradores 1998 determinaron que las pacientes que presentaron hemorragia `post parto como última medida para controlar el sangrado masivo fue la histerectomía. Huertas Tacchino E, Pocco Hinostroza, y colaboradores 2007 determino que No hubo diferencia estadísticamente significativa en los resultados materno-perinatales de las gestantes con antecedente de una cesárea previa a quienes se indicó prueba de trabajo de parto y Siendo las cesáreas anteriores un factor de riesgo relevante para la hemorragia post parto donde se analizara a las pacientes con una buena historia obstétrica y médica para poder intervenir la vía de parto. Donde estos estudios rechazan dicha investigación.

Las madres analfabetas o con sólo estudios primarios incompletos, tienen un riesgo más elevado de tener un RNBP según diversos estudios revisados en el presente trabajo de investigación mencionados. estudio. Altamirano Girano y colaboradores 2009 en su estudio concluyeron que las multíparas como factor de riesgo para la hemorragia post parto es el analfabetismo en las multíparas, el Dr. Guido Bendezu y colaboradores 2012 en su trabajo de investigación concluyó que las madres sin nivel de instrucción, es decir, analfabetas o con instrucción primaria o secundaria tienen mayor riesgo de bajo peso al nacer. En este estudio, se observa el mayor porcentaje en madres con educación secundaria, con 65 madres en un 51%, y el menor porcentaje del total en madres analfabetas con 5 casos en un 4%, siendo resultados contradictorios a los mencionados anteriormente.

Otro de los factores de riesgo predisponentes que con mucha frecuencia se asocia a la hemorragia post parto son factores clínicos asociadas como atonía uterina, retención placentaria, y desgarros de partes blandas. el mayor porcentaje de frecuencia en este estudio es los desgarros de partes blandas con 52 pacientes con un 41%, Altamirano Girano, Paula y colaboradores 2009 en su trabajo de investigación coincide que las principales causas de hemorragia postparto la constituyen desgarro del canal del parto, atonía uterina, retención de restos placentario, aceptando dicho estudio. Dr. Percy pacora Portellan y colaboradores 2011-2012 determino que los padecimientos de riesgo post parto asociado es la hipotonía uterina post cesarea y atonía uterina, La cesárea realizada en período expulsivo ocasiona complicaciones frecuentes algunas muy severas, Claudio Sosa, Fernando Althabe, José y colaboradores 2003 en su estudio evidenciaron que el padecer los factores que conllevan a la hemorragia post parto es la retención placentaria, rechazando dicha investigación.

CONCLUSIONES

- La Multiparidad constituye un factor de riesgo para la hemorragia uterina en el puerperio en el hospital Augusto Hernández Mendoza es salud Ica durante el periodo de estudio fue 91% multíparas que presentaron hemorragia en el puerperio.
- El mayor porcentaje son multíparas en edades comprendidas entre 19 a 34 años con un 47%, nivel de instrucción secundaria 51%, periodo intergenésico normal tiene 45%.
- Las causas más frecuentes de hemorragia uterina en el puerperio fueron: desgarros de partes blandas vaginal 2%, cervical 1% y perine 1%. son las causas predominantes de la hemorragia uterina en el puerperio. Atonía uterina 2% y retención de placenta 2%.
- Los factores de riesgos identificados de orden decrecientes fueron: la anemia 46%, histerectomía 2% y shock hipovolémico 1%.

RECOMENDACIONES

- Revisar las historias clínicas para poder conocer y reconocer los antecedentes de hemorragia uterina en las pacientes multíparas.
- Se debe cumplir con el correcto uso de protocolos en dicha institución para llevar a cabo la aplicación estandarizado del manejo activo del tercer período del parto.
- Capacitar eficientemente al equipo médico y obstétrico que actúan en el parto y capacitar en el manejo de la clave roja.
- Realizar y efectuar correctamente el manejo activo del alumbramiento, pues está plenamente demostrada su eficacia para disminuir la hemorragia postparto.
- Tomando en cuenta la anemia como factor de riesgo importante para el desarrollo de esta complicación, se debe concientizar a la mujer en edad reproductiva sobre la importancia del control prenatal y su ejecución al inicio del embarazo.
- Evaluar correctamente a la puerpera cada 15 minutos en el cuarto periodo del parto y medir correctamente la pérdida sanguínea con el fin de poder actuar oportunamente.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- Instituto Nacional de Estadística e Informática. MINSA. **Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013.** Salud Materna.
- 2.- Biblioteca de Salud Sexual y Reproductiva de la OMS, **control y evaluación del embarazo, parto y puerperio especialista en obstetricia 2015.** apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/postpartum.../es/
- 3.- Palomo J. **Incidencia de la hemorragia postparto por atonia uterina. (2011).** Guatemala. Tesis Presentada ante las autoridades de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas Maestría en Ginecología y obstetricia. Febrero 2014.
- 4.- Especialista en Ginecología y Obstetricia: Aparece en las colecciones: **Tesis Especializaciones.** [http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/4004.](http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/4004)
- 5.- Al-Zirqi I, Vangen S, Forsen L, Stray-Pedersen B. **“Hemorragia obstétrica grave: prevalencia y factores de riesgo de la hemorragia obstétrica grave”.** BJOG 2008; 115:1265–1272.
- 6.- Alcívar L. **Causas y factores de riesgo que aumentan la incidencia de hemorragia postparto en el área gineco obstétrica del hospital Verdi Cevallos Balda en el periodo octubre 2010 a marzo 2011.** Portoviejo - Manabí – Ecuador 2011.
- 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 periodo de 01 de enero al 31 de diciembre del 2011.
- 8.- Altamirano P. **Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato** en el hospital María Auxiliadora Perú durante el 2009.

- 9.- Cabrera S. **Hemorragia Posparto hospital San Bartolomé. Lima – Perú.** Rev Per Ginecol Obstet. 2010;56:23-31. Disponible en:
sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/.../a05v56n1.pdf
- 10.- Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. **El parto patológico. En: Obstetricia.** 6a ed. Bs As: El Ateneo, 2008: 629-644.
- 11.- Martínez-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].
- 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].

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.

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].

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]

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 postparto en partos vaginales en una población de América Latina”.** Obstetrics & Gynecology 1313 - 1319; Vol. 113;6. June 2009.

25.- Calle A especialista gineco obstetricia PDF. **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.

27.- Reyes-Armas I, Villar A. **Morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, 2007-2009.** Rev peru ginecol obstet. 2012;58(4):273-84.

28.- Ministerio de Salud. **Programa Nacional de Salud Materna y Perinatal. Plan Nacional de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 1998-2001.** Lima: Ministerio de Salud; 2002.

29.- Pacheco Romero José 2006 **Hemorragia Postparto inmediato: HPP que ocurre dentro de las primeras 24.**

30.- García-Huidobro M. **Alumbramiento Patológico.** En: García-Huidobro M, Hasbún J. **Urgencias y Complicaciones en Obstetricia.** Editorial Mediterráneo, 2006.

31.- Brecher M., Kanter M., Aubuchon J. **Transfusion medicine. Hemorragias obstétricas graves en el período periparto,** División Terapia Intensiva, en una clínica privada. Buenos Aires, Argentina. 1998.

32.- . Rev Colomb Obstet Ginecol [online]. 2002, **vol.53, Manejo activo del alumbramiento con Misoprostol sublingual: un estudio clínico controlado en el Hospital de Maternidad Rafael Calvo de Cartagena.** 2002.

33.- sociedad peruana de obstetricia y ginecología san isidro, Perú. **parto vertical: retornando a una costumbre ancestral** revista peruana de ginecología y obstetricia 2012.

34.- Mg. Salud Publica. Obstetrix Hospital Tingo María Minsa – Huánuco, Perú. **Efecto de la oxitocina versus misoprostol en la disminución del sangrado y duración del alumbramiento** año 2008.

35.- Pacora P, Ingar W, Buzzio Y, Reyes M, Oliveros M. **Desproporción feto pélvica en un hospital de Lima: Prevalencia, consecuencias, predicción y prevención.** Rev Per Ginecol Obstet.. 2007.

36.- Obstet Gynecol 2003 a 2005 (translation online) **Factores de riesgo de hemorragia post-parto** The American College of Obstetricians and Gynecologists www.greenjournal.org

37.- Pacheco Romero Jose **Hemorragias del Posparto y Puerperio.** Propuesta Normativa Perinatal. Tomo II. Dirección de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud y Acción Social. 1993.

38.- Shaver D. **Complicaciones de la Práctica Obstétrica.** Tratamiento de las Complicaciones Clínicas del Embarazo.3ª. ed. 2000.

39.- Choque Miranda, Facundo Chacaltana. Minsa. **Hemorragia obstétrica.** Web: www.minsa.gob.pe. Facultad de Medicina, Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Ica, Perú. Hospital santa maria del socorro.

40.- Schwarcz-Sala-Duverges 2006 obstetricia, **Complicaciones del parto** Institución: Unidad de Medicina Fetal, Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú 2007.

ANEXOS

- MATRIZ DE CONSISTENCIA
CUESTIONARIO

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
<p>Problema principal ¿Es la multiparidad un factor predisponente para la hemorragia uterina en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza Es salud Ica enero a diciembre 2014?</p> <p>¿Problemas secundarios? 1: ¿Es la multiparidad un factor predisponente para la hemorragia uterina por atonía uterina en pacientes atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza Es salud Ica 2014?</p> <p>2: ¿Es la multiparidad un factor predisponente para la hemorragia uterina por retención placentaria en pacientes atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza Es salud Ica 2014?</p> <p>3: ¿Es la multiparidad un factor predisponente para la hemorragia uterina por desgarros del canal blando del parto en pacientes atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza Es salud Ica 2014?</p>	<p>Objetivo general Determinar la asociación entre la Multiparidad y la hemorragia uterina en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza Es salud, Enero a Diciembre Ica 2014.</p> <p>Objetivo específico 1. Evaluar la asociación entre la Multiparidad y la hemorragia uterina por atonía uterina en pacientes atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza Es salud, Enero a Diciembre Ica 2014. 2. Precisar la relación entre la Multiparidad y la hemorragia uterina por retención placentaria en pacientes atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza Es salud, Enero a Diciembre Ica 2014. 3. Estimar la asociación entre la Multiparidad y la hemorragia uterina por desgarros del canal blando del parto en pacientes atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza Es salud, Enero Diciembre Ica 2014.</p>	<p>Hipótesis general La multiparidad es un factor predisponente para la hemorragia uterina en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza Es salud Ica enero a diciembre 2014</p> <p>Hipótesis secundarias 1: La multiparidad es un factor predisponente para la hemorragia uterina por atonía uterina en pacientes atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza Es salud Ica enero a diciembre 2014. 2: La multiparidad es un factor predisponente para la hemorragia uterina por retención placentaria en pacientes atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza Es salud Ica enero a diciembre 2014. 3: La multiparidad es un factor predisponente para la hemorragia uterina por desgarros del canal blando del parto en pacientes atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza Es salud Ica enero a diciembre 2014.</p>	<p>Variable Independiente La Multiparidad</p> <p>Variable Dependiente Hemorragia uterina en el puerperio</p> <p>Variables intervinientes</p>	<p>Dimensiones De 2 a más partos eutócicos y distócicos</p> <p>Dimensiones -Hemorragia por atonía uterina. -hemorragia por retención placentaria. -hemorragia por desgarros del canal del parto.</p> <p>Dimensiones -Edad -Nivel de instrucción -Periodo intergenésico -Paridad -Cesáreas anteriores -Ant. De hemorragia post parto. -Anemia -Histerectomía</p>	<p>partos a término y preterminos</p> <p>-si, no -si, no -si, no</p> <p>-Menor de 19 años -De 19 a 34 años -Mayor de 34años</p> <p>-analfabetismo -primaria -secundaria -superior</p> <p>-corto -largo -normal -multíparas -Gran multíparas -si, no -si,no</p>	<p>Ficha de recolección datos</p>

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“LA MULTIPARIDAD COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA LA HEMORRAGIA
UTERINA EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD ICA, 2014”

Nº DE FICHA.....

1.- Edad	< 19 años	19–34 años	s≥ 35 años
2.- Grado de instrucción	Analfabeta	Primaria	Secundaria Superior
3.- Periodo intergenésico	Periodo intergenésico corto intergenésico largo	Periodo intergenésico normal	Periodo intergenésico largo
4.- Cesáreas anteriores	1	2	3
5.- paridad	multiparas	Gran multiparas	
6.- antecedentes de hemorragia postparto	SI	NO	
7.- Hemorragias postparto	SI	NO	
8.- Atonía uterina	SI	NO	
9.- Retención placentaria	SI	NO	
10.-Desgarros del canal blando	SI	NO	
11.- Anemia	Leve Severa	Moderada	
12.-Shock hipovolémico obstétrico	SI	NO	
13.-Histerectomía	SI	NO	

