



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

TESIS:

**“CAUSAS DE RIESGO ASOCIADOS A LAS HEMORRAGIAS
POST PARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL
DE BARRANCA –CAJATAMBO, 2015”**

PRESENTADO POR:

Bach. Briceño Ramos, Stefany Jannet

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

HUACHO- PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mi hijo por ser mi motor y motivo para seguir adelante, y ser mi empuje para mi superación constante. A mi padre por el apoyo incondicional por todos los consejos brindados para seguir adelante en la vida.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por guiarme por el buen camino, por darme mucha salud y paz, por llenarme de fortaleza, sabiduría y entendimiento en los momentos de debilidad para culminar mi carrera profesional.

A mi padre por ser fuente de mi inspiración, gracias por impulsarme al cumplimiento de esta meta, y fuiste quien me motivo a realizar mis sueños.

Gracias a toda mi familia por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida, y que siempre me transmitido ánimo y confianza para seguir adelante.

RESUMEN

En la presente tesis se reconoce las causas de riesgo entrelazadas a hemorragia post parto, teniendo como primera causa a la atonía uterina cual siendo detectada en un primer momento puede ser manejada evitando así, la muerte materna. El objetivo general: Identificar las causas de riesgo asociados a la hemorragia post parto en puerperio inmediato del Hospital de Barranca – Cajatambo, 2015. Metodología: La presente tesis de investigación es de tipo observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo. La población y la muestra estuvieron conformada por 79 causas de hemorragia post parto del Hospital Barranca durante el mes de enero a diciembre del 2015. Resultados: según la edad con mayor frecuencia se observa de 20 a 25 con un porcentaje de 32.9%, las causas de hemorragia por hipoactividad uterina postparto, la más frecuente que se presenta en la investigación es la atonía uterina siendo la principal en un porcentaje de 87.3%.

Palabras claves: Causas de riesgo, hemorragias post parto, puerperio inmediato.

ABSTRACT

This thesis recognizes the causes of risk intertwined to postpartum haemorrhage, having as its first cause the uterine atony which being detected at first can be managed thus avoiding maternal death. The general objective: To identify the risk factors associated with postpartum haemorrhage in the immediate postpartum period at Hospital de Barranca - Cajatambo, 2015. Methodology: This research thesis is an observational, descriptive, cross-sectional, retrospective. The population and the sample were made up of 79 causes of postpartum hemorrhage at the Barranca Hospital during the month of January to December, 2015. Results: according to age, 20 to 25 were most frequently observed, with a percentage of 32.9%. Of hemorrhage due to postpartum uterine hypoactivity, the most frequent that appears in the investigation is the uterine atony being the main one in a percentage of 87.3%.

Key words: risk factors, hemorrhage, postpartum in the immediate

ÍNDICE

Caratula	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
Índice	vii
Introducción.....	xi
Capítulo I.....	1
Planteamiento del problema.....	1
1.1. Descripción de la realidad problemática	1
1.2. Delimitación del problema.....	4
1.2.1. Delimitación espacial:	4
1.2.2. Delimitación temporal:	4
1.2.3. Delimitación social:	4
1.3. Formulación del problema	5
1.3.1. Problema principal	5
1.3.2. Problemas secundarios.	5
1.4. Objetivo de la investigación	5
1.4.1. Objetivo principal	5
1.4.2. Objetivos secundarios	6
1.5. Hipótesis de la investigación.....	6
1.5.1. Hipótesis principal:.....	6
1.6. Justificación e importancia de la investigación.	6
Capítulo II.....	9
2.1. Antecedentes de la investigación.....	9
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	9
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	14
2.2. Bases teóricas	20
Hemorragias post partum	20
a. Concepto	20

b. Epidemiología:	20
c. Etiología	21
d. Fisiopatología de la hemorragia postparto:	22
1.- Hemorragia por traumatismos en el canal del parto	25
a) Rotura uterina.....	25
Factores.....	26
Signos y síntomas	26
Cuando la rotura se ha consumado.....	27
b) En la vagina.....	28
a. Signos y síntomas generales.....	28
b. Tratamiento	28
c. Cuando el útero ya está roto.....	29
d. Manejo preventivo	29
e. Tener en cuenta las consideraciones siguientes:	29
c) Desgarros cervicales	32
d) Laceraciones perineales.....	33
e) La lesión perineal	33
2.- Hemorragias por retención de restos placentarios	36
i. Desprendimiento prematuro de la placenta (abruptio placentae)	36
1. Etiología.....	37
2. Fisiopatología	37
3. Patología	39
4. Clasificación	39
5. Según la función miometrial	40
6. Diagnostico.....	40
7. Diagnóstico diferencial.....	41
8. Complicaciones	41
3.- Hemorragia por hipoactividad uterina (atonía uterina).....	42
4.- Hemorragia puerperal tardía.....	44
5.- Hemorragia puerperal por otras causas	44
2.3. Definición de términos básicos	45

Capítulo III.....	47
3.1. Tipo de investigación	47
3.2. Diseño de la investigación.	48
3.3. Población y muestra	48
3.3.1. Población:.....	48
3.3.2. Muestra:.....	48
3.4. Variables.....	49
3.4.2. Operacionalización de variables	49
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	50
3.5.1. Técnicas	50
3.6. Procedimientos	50
Capítulo IV	52
4. Resultados.....	52
4.1. Datos generales.....	52
Tabla n° 1	52
Tabla n° 2	54
Tabla n° 3	55
Tabla n° 4	56
Tabla n° 5	57
Tabla n° 6	58
Causas de hemorragias por traumatismos en el canal del parto	59
Tabla n° 7	59
Causa por hemorragia de efecto placentarios.	60
Tabla n° 8	60
Tabla n° 9	61
Causa de hemorragia por hipoactividad uterina	62
Tabla n° 10	62
Tabla n° 11	64
4.2. Discusión de los resultados	65
Conclusiones.....	66
Recomendaciones	67

Referencias bibliográficas	68
Anexo nº 1. Matriz de consistencia	72
Anexo nº 2 Ficha de recolección de datos	73

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que existen en el mundo 529,000 muertes maternas al año, de las cuales 166,000 son originadas por hemorragia obstétrica, lo que representa el 25% del total de las muertes maternas. Más del 50% de estas muertes se presentan en las primeras 4 horas post-parto.

La OMS opina que las complicaciones puerperales inmediatas, son las principales causas de morbi-mortalidad materna más fácilmente prevenible y tratable, reduciendo la incidencia de mortalidad, en aquellas mujeres que se han sometido a un parto institucional y además considera urgente que los servicios sanitarios proporcionen la asistencia con alta eficiencia, calidad adecuada y de fácil acceso a todos los niveles de la prestación de los servicios.

La tesis para un mejor entendimiento, está estructurada en los siguientes capítulos, en el capítulo I, trata sobre el planteamiento del problema que comprende la descripción de la realidad problemática correspondientes a la hemorragia post parto, delimitaciones de la investigación, formulación del problema, así como también de sus objetivos general y secundarios en los cuales se observa las complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio la justificación de la investigación, la hipótesis no se toma en cuenta ya que es un trabajo descriptivo.

El capítulo II, corresponde al marco teórico, que comprende los antecedentes de la investigación, bases teóricas y definición de términos básicos. El capítulo III, se desarrolla netamente en la metodología de la investigación, lo que se incluye es el tipo y diseño de la investigación, población y muestra de la investigación,

así como también las variables, dimensiones e indicadores, técnicas e instrumentos de la recolección de datos y los procedimientos de estos.

En el capítulo IV, se presentan todos los resultados que se obtuvieron gracias a todos los criterios diseñados, desde el recojo de datos de la muestra de estudio con los instrumentos de la investigación, previamente validados, hasta el procesamiento estadístico de los datos, la construcción de tablas de frecuencia y gráficos, además se desarrolla la discusión de los resultados, el cual permitirá arribar a la formulación de conclusiones y recomendaciones; finalmente se presenta las referencias bibliográficas y los anexos que corresponden a la investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La hemorragia postparto constituye una emergencia obstétrica. Es una causa importante de morbilidad materna, y una de las principales causas de mortalidad materna. La causa más común de hemorragia postparto es la atonía uterina, que complica 1 de cada 20 nacimientos y es responsable de al menos el 80% de los casos de hemorragia postparto. ¹

La medida de prevención inicial de hemorragia obstétrica en nuestro medio sigue siendo el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto, así como el uso de uterotónicos y en caso necesario el manejo quirúrgico. Tradicionalmente la histerectomía de emergencia es el procedimiento quirúrgico que se usa como medida de salvamiento y como control de la hemorragia masiva, con una incidencia de 0.8-2.28 por cada 1000 partos de cesárea-histerectomía e

¹ Combs CA, Murphy EL, Laros RK Jr. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. *Obstet Gynecol* 1991; 77:69.

histerectomía postparto. Se observa mayor incidencia de histerectomía postparto con el antecedente de cesárea previa.²

A nivel mundial, se estima que la hemorragia postparto representa alrededor del 11% de las mujeres que tienen parto de un recién nacido vivo. Se cree que la incidencia es mayor en los países en vías de desarrollo, donde la mayor parte de las mujeres no tiene la posibilidad de contar con acceso a un parto asistido por personal capacitado y donde la conducta activa del alumbramiento no constituye una práctica de rutina. Alrededor de 14 millones de mujeres sufren una pérdida de sangre considerable después del parto, y el 1% de estas mujeres mueren como consecuencia de este un 12% adicional sobrevive con anemia severa.³

La hemorragia postparto (HPP) constituye, de lejos, la principal causa de muerte materna en los países pobres. El riesgo absoluto de muerte por HPP es mucho menor en los países ricos que en los países pobres (1 \ 100 000 vs. 100 \ 100 000 en países pobres). La atonía uterina es la causa principal de HPP. Se presenta en uno de cada 20 partos, representa el 80% de las HPP y es responsable de 50% de las muertes maternas en los países pobres.²

En el Perú la causa básica de muerte materna durante el periodo 2002-2011 fueron las hemorragias obstétricas, representando el 48.8% del total de muertes para ese periodo.⁴

A nivel regional se puede observar 932 pacientes que tuvieron hemorragia obstétrica en el año 2015.⁵

² Bateman, Brian T., Berman Mitchell. The epidemiology of postpartum hemorrhage in a large, nation sample of deliveries. *Anesthesia and analgesia*. 2010; 110(5): 1368-1373.

³ Abou-Zahr C. The global burden of maternal death and disability. *British medical bulletin* 2003; 67: 1-11.

⁴ Cabrera S. Hemorragia Posparto. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2010; 56: 24-32.

⁵ Dirección Regional de Salud de Lima. Estadística. Epidemiología

La Vigilancia Epidemiológica de muerte materna ha registrado en los últimos 15 años (2000 - 2014) y se presenta en el 2015 un total de 7878 muertes maternas de clasificación directa e indirecta. La siguiente información es preliminar, limitada a la información disponible de la investigación epidemiológica del 67% de las muertes maternas notificadas, lo cual podría modificarse. Muerte materna directa las principales causas de muerte materna directa son las hemorragias, que representan el mayor número de casos con un 39,8%, entre éstas las principales patologías fueron: la inercia uterina, hemorragias del tercer período del parto (alumbramiento), las hemorragias postparto inmediatas, placenta previa y embarazo ectópico. La enfermedad hipertensiva del embarazo representa el 28.7% y la sepsis el 20.4%.⁶

En la localidad de Barranca, la cantidad de pacientes que tuvieron hemorragia postparto han variado con respecto a los últimos 5 años, en el año 2011, se atendieron 1,375 partos institucionales de los cuales 98 casos que se presentaron cuadros de hemorragia. En el año 2012, se atendieron 1,149 partos de los cuales 64 casos fueron cuadros de hemorragia. En el año 2013, se atendieron 2,291 partos institucionales de los cuales se presentaron 70 casos fueron cuadros de hemorragia. En el año 2014, se atendieron 2,185 partos institucionales de los cuales se presentaron 85 casos fueron cuadros de hemorragia. En el año 2015, se atendieron 1,669 partos institucionales de los cuales se presentaron 79 casos de hemorragia.⁷

La importancia de reducir y evitar la mortalidad materna ha sido reconocida en el ámbito internacional y nacional. Si bien es cierto que las cifras sobre la mortalidad materna en el Perú han disminuido con respecto a años anteriores aún sigue siendo un gran problema.

⁶ Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico. Volumen 24, Semana epidemiológica N° 36. Lima, Perú.

⁷ Hospital de Barranca. Estadística. Estadística de Obstetricia.

En la actualidad, las medidas dirigidas a la prevención de la misma han logrado que la incidencia de la hemorragia postparto no supere el 5% en los países desarrollados. A pesar de todas las medidas tomadas al respecto, la hemorragia postparto sigue siendo una de las 3 primeras causas de mortalidad materna en el mundo. ⁸

La prevención de la hemorragia postparto implica la puesta en marcha de un gran número de intervenciones, enfocadas, en primera medida, a disminuir la aparición y desarrollo de factores de riesgo. Sin embargo, hasta dos tercios de los eventos de hemorragia postparto, pueden presentarse en pacientes que no poseen factores de riesgo.

1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Delimitación Espacial: La investigación se realizó en el Hospital de Barranca - Cajatambo en el área de gineco obstetricia.

1.2.2. Delimitación temporal: Puérperas de los partos eutócicos con diagnóstico de hemorragias postparto atendidas de enero a diciembre del año 2015.

1.2.3. Delimitación social: El estudio se realizó con las historias clínicas de las puérperas inmediatas con diagnóstico de hemorragias post parto atendidas en el Hospital de Barranca - Cajatambo.

⁸ Maguiña Guzmán, Miranda Monzón. La mortalidad materna en el Perú, 2002-2011. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, Mayo 2013.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. Problema principal

- ¿Cuáles son las causas de riesgo asociados a la hemorragia post parto en puerperio inmediato del Hospital de Barranca – Cajatambo, 2015?

1.3.2. Problemas secundarios.

1. ¿Cuáles son las causas de hemorragias por traumatismos en el canal del parto en puérperas inmediatas del Hospital de Barranca –Cajatambo, 2015?
2. ¿Cuál es la causa de hemorragia por efecto placentarios en puérperas inmediatas del Hospital de Barranca –Cajatambo, 2015?
3. ¿Cuál es la causa de hemorragia por hipoactividad uterina en puérperas inmediatas del Hospital de Barranca –Cajatambo, 2015?

1.4. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo principal

- Identificar las causas de riesgo asociados a la hemorragia post parto en el puerperio inmediato del Hospital de Barranca – Cajatambo, 2015.

1.4.2. Objetivos secundarios

- i. Identificar las causas de hemorragias por traumatismos en el canal del parto en puérperas inmediatas del Hospital de Barranca –Cajatambo, 2015.
- ii. Identificar la causa de hemorragia por efecto placentario en puérperas inmediatas del Hospital de Barranca –Cajatambo, 2015.
- iii. Identificar la causa de hemorragia por hipoactividad uterina en puérperas inmediatas del Hospital de Barranca –Cajatambo, 2015.

1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. Hipótesis Principal:

Por ser un trabajo descriptivo no necesita hipótesis.

1.6. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.

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

Al revisar la lista de los países con el mayor número de muertes maternas se observa que se trata, también, de los que tienen mayores poblaciones.

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

Hay pocos datos precisos sobre la magnitud de la mortalidad y la morbilidad maternas. Sin embargo, la información de que se dispone muestra que las tasas de mortalidad materna más elevadas corresponden invariablemente a las mujeres que viven en condiciones de pobreza. Según las estadísticas, por cada mujer que muere por alguna causa relacionada con el embarazo, aproximadamente 20 quedan con lesiones, infecciones, enfermedades o discapacidades.

Con el presente trabajo se pretende contribuir en la generación de conocimiento sobre las causas y factores de riesgo para dicho evento. Esto provee una base racional y cuantitativa para evaluar el riesgo de hemorragia en una paciente individual, y de esta manera adoptar la mejor estrategia para reducir dicho riesgo, por ello la importancia de la justificación del presente estudio, porque no existe mucha información actualizada a nivel hospitalario respecto a los factores de alto riesgo que pudieran conducir a hemorragia postparto.

Aspecto Teórico: El aporte de la presente investigación pretende construir un criterio más amplio de fundamentos, causas asociados y estrategias que ayuden a mejorar el manejo oportuno y adecuado de la hemorragia post parto.

Aspecto Práctico: De acuerdo a los objetivos de la presente investigación, sus resultados permitirán encontrar soluciones específicas para realizar la prevención y luego el manejo correspondiente de esta situación clínica que se presenta en las puérperas; la recolección de la información servirá como base para el desarrollo de esquemas, guías clínicas que orienten a los estudiantes y profesionales de la salud realizar una intervención oportuna y un manejo adecuado de este tipos de situación clínica.

Aspecto Metodológico: El presente estudio que se somete a consideración, constituye un valioso aporte teórico referencial en función al análisis de los efectos que se manifiestan en las causas de riesgo a de hemorragia por el que pretende construir un criterio más amplio de fundamentos, los cuales nos ayudara a disminuir esta patología.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes Internacionales.

- 1. Pazan Garces, Santiago. Factores de riesgo de patologías puerperales. Hospital José María Velasco Ibarra, 2010. Riobamba. Ecuador.⁹**

Objetivo: Determinar los Factores de riesgo de patologías puerperales en pacientes atendidas en el Hospital José María Velasco Ibarra, 2010.

Metodología: Se realizó un estudio de tipo transversal, de los Factores de Riesgo de Patologías Puerperales en el Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad Tena. Su material y método fue de seguimiento a 66 historias clínicas de las cuales se recolectaron: Edad, Procedencia domiciliaria, instrucción, paridad, estado civil, antecedentes patológicos personales, familiares y el tipo de patología puerperal. Conclusiones: Los índices de patologías puerperales se reducirían considerablemente si se tuviera un control médico de las pacientes con factores de riesgo. Es así que el 65% de las pacientes no han tenido un control ideal, 32% presenta

⁹ Pazan Garces, Santiago. Factores de riesgo de patologías puerperales. Hospital José María Velasco Ibarra, 2010. Riobamba. Ecuador

entre 5 a 9 controles, este último hecho (incremento) puede deberse a que, una vez que se enteran las pacientes de su estado tienden a buscar ayuda.

2. Bonifaz Guerrero, J. (2010). Hemorragias Post-Parto en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba 2010. Ecuador.¹⁰

Objetivo: Investigación para determinar la frecuencia de hemorragia post parto en pacientes atendidas en el H.P.G.D.R. durante el período enero - junio 2010; utilizando 129 Historias Clínicas, se tabularon valiéndonos del programa Microsoft Excel, se evaluaron las siguientes variables características generales, factores de riesgo, etiología de hemorragia post-parto y tipo de tratamiento. Metodología: es un estudio transversal. Conclusiones: La frecuencia de Hemorragia Post Parto en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el período enero – junio 2010 es del 9% ya que se han reportado 129 pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto, de un total de 1395 pacientes embarazadas las mismas que fueron atendidas en el Servicio de Gineco-obstetricia del H.P.G.D.R..

3. Ana María Lugo Sánchez. Caracterización de las pacientes con hemorragia uterina puerperal en las que se utilizó misoprostol. Habana, Cuba. 2011.¹¹

Objetivo: caracterizar a las pacientes con hemorragia puerperal inmediata y el uso en ellas de misoprostol. Métodos: se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo, de las pacientes que presentaron hemorragia puerperal inmediata, que no resolvieron el cuadro clínico con la ergometrina ni oxitocina en el Hospital Ginecobstétrico de Guanabacoa en el período comprendido entre enero y diciembre del año 2011. Se

¹⁰ Bonifaz Guerrero, J. (2010). Hemorragias Post-Parto en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba 2010. Ecuador

¹¹ Ana María Lugo Sánchez. Caracterización de las pacientes con hemorragia uterina puerperal en las que se utilizó misoprostol. Habana, Cuba. 2011.

evaluaron un total de 37 historias clínicas de pacientes que presentaron atonía uterina; de ellas se escogieron 32 (muestra) que manifestaron este evento en las primeras 4 h del puerperio. Conclusiones: se recomienda el uso del misoprostol en el curso de la hemorragia puerperal inmediata por comprobarse su efectividad.

4. Chica Mendoza, K. (2013) Frecuencia de la hemorragia postparto y post cesárea en pacientes del Hospital "Rafael Rodríguez Zambrano" de la ciudad de Manta durante el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013.¹²

Objetivos: fueron determinar la frecuencia de la hemorragia postparto y post cesárea, identificar los factores de riesgo que predisponen a una hemorragia postparto y post cesárea, determinar la causa más frecuente y la vía del parto mayormente expuesta a sufrir una hemorragia postparto y post cesárea. Metodología: Se realizó un estudio descriptivo y observacional, en 30 casos de pacientes diagnosticadas con hemorragia postparto y post cesárea, los cuales fueron atendidas en Hospital General "Dr. Rafael Rodríguez Zambrano", en la ciudad de Manta, durante el período de Septiembre 2012 a Febrero del 2013. Conclusiones: La frecuencia de hemorragia postparto y post cesárea en el Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta durante el periodo de estudio fue 2.61% del total de todos los partos. La causa más frecuente de Hemorragia Post parto encontrada fue la atonía o hipotonía uterina (43%), alumbramiento incompleto (27%), desgarros perineales (20%) y desgarro de cérvix (10%).

5. Chiriboga Dorado, A. (2013). Causas y factores de riesgo que conllevan a presentar hemorragias postparto en pacientes atendidas

¹² Chica Mendoza, K. (2013) Frecuencia de la hemorragia postparto y post cesárea en pacientes del Hospital "Rafael Rodríguez Zambrano" de la ciudad de Manta durante el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013.

en el Hospital Enrique C. Sotomayor de septiembre 2012 a febrero 2013.¹³

Objetivo: establecer las principales causas y los factores de riesgos que aumentan la incidencia de las hemorragias postparto con el fin de disminuir la morbi-mortalidad materna. Metodología: Para realizar este trabajo se utilizó una investigación de tipo descriptivo y correlacional, el diseño de la misma fue no experimental y longitudinal-retrospectivo. La muestra está conformada por las 251 mujeres que presentaron hemorragias post parto en el Hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor en el periodo septiembre 2012- febrero 2013. Conclusión: la causa de hemorragias que con mayor frecuencia se presentó fue la lesión del canal blando del parto; y el mayor factor de riesgo fueron las mujeres sometidas a conducción del parto con el uso de oxitócicos.

6. Mendoza Juárez, M., Hurtado Estrada, G. (2013). Morbilidad y mortalidad en hemorragia obstétrica en el hospital de Ginecología y Obstetricia, Instituto Materno Infantil del estado de México, IMIEM, en el periodo comprendido del 01 de julio del 2011 al 01 de agosto del 2012.¹⁴

Objetivo: Determinar la morbilidad y mortalidad de Hemorragia obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM del 1° de Julio del 2011 al 1° de Agosto del 2012. Método: En el presente estudio se ingresó a pacientes que presentaron hemorragia obstétrica durante el evento obstétrico, ya sea resolución vía vaginal o cesárea. Valorando edad materna, factores de riesgo, edad gestacional y cantidad de sangrado, entre otros. Se diseñó una hoja específica recolectora de datos para el estudio, con respuestas codificadas para la posterior captura en la base de datos. Conclusiones: Los factores de riesgo asociados a hemorragia

¹³ Chiriboga Dorado, A. (2013). Causas y factores de riesgo que conllevan a presentar hemorragias postparto en pacientes atendidas en el Hospital Enrique C. Sotomayor de septiembre 2012 a febrero 2013.

¹⁴ Mendoza Juárez, M., Hurtado Estrada, G. (2013). Morbilidad y mortalidad en hemorragia obstétrica en el hospital de Ginecología y Obstetricia, Instituto Materno Infantil del estado de México, IMIEM, en el periodo comprendido del 01 de julio del 2011 al 01 de agosto del 2012.

obstétrica fueron principalmente multiparidad, preeclampsia, ruptura prematura de membranas y cesárea previa. No obstante, un porcentaje importante de hemorragias postparto ocurren en mujeres que no presentan factores de riesgo que puedan identificarse. La mortalidad materna podría ser evitada en un alto porcentaje mediante la identificación temprana de factores de riesgo de las pacientes, lo que permitiría establecer un nivel de prevención primaria en la población con mayor riesgo, el reconocimiento clínico de las manifestaciones iniciales y por lo tanto, el tratamiento oportuno.

7. Calle Siguenza, J., Espinoza Barrera, D. (2015). Prevalencia, causas y factores de riesgo asociados a la hemorragia postparto (HPP) en las pacientes del Departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo enero-diciembre 2014.¹⁵

Objetivo General: Determinar la prevalencia, causas y principales factores de riesgo asociados a hemorragia postparto. Metodología. Estudio descriptivo retrospectivo de prevalencia que se llevó a cabo en el Hospital Vicente Corral Moscoso con las historias clínicas de las pacientes púerperas que acudieron al servicio de Gineco-Obstetricia desde Enero a Diciembre de 2014 y que presentaron como complicación hemorragia postparto. Conclusiones La hemorragia postparto es una complicación importante con una prevalencia del 2,07% en el Hospital Vicente Corral Moscoso asociado a factores de riesgo que aumentan su prevalencia como conducción, multiparidad y fase activa prolongada de trabajo de parto. La principal causa de hemorragia postparto en nuestro medio es la atonía uterina.

¹⁵ Calle Siguenza, J., Espinoza Barrera, D. (2015). Prevalencia, causas y factores de riesgo asociados a la hemorragia postparto (HPP) en las pacientes del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo enero-diciembre 2014.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

1. **Altamirano Girano, P. (2012) Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009.**¹⁶

Objetivo: Determinar los factores de alto riesgo asociadas a hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009. Material y métodos: Se realizó un estudio analítico, retrospectivo, de corte transversal, de casos y controles. La población estuvo constituida por todas las puérperas inmediatas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se encontraron 65 casos que se estudiaron con 65 controles que fueron apareados por grupos de edad y referencia. Se realizó el análisis de regresión logística múltiple, Odds ratio (OR) con intervalo de confianza de 95%. 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%.

2. **Correa Martínez, G. (2014). Gran multiparidad y macrosomía fetal como factores de riesgo para hemorragia postparto Hospital distrital Santa Isabel, El Porvenir 2007 -2013.**¹⁷

Objetivo: Evaluar la gran multiparidad y la macrosomía fetal como factores de riesgo para el desarrollo de la hemorragia posparto, en pacientes atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel de El Porvenir durante el

¹⁶ Altamirano Girano, P. (2012) Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009.

¹⁷ Correa Martínez, G. (2014). Gran multiparidad y macrosomía fetal como factores de riesgo para hemorragia postparto Hospital distrital Santa Isabel, El Porvenir 2007 -2013.

período del 2007 al 2013. Material y Método: Se realizó un estudio observacional, analítico, de caso y controles, que evaluó 445 mujeres, 89 con hemorragia postparto (casos), 356 mujeres sin hemorragia postparto. 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.

3. Medina Palpa, Katherine Melissa. Hallazgos ultrasonográficos por vía transvaginal en pacientes con hemorragia uterina anormal. Clínica santa luzmila. agosto-octubre 2014. Lima. Perú. 2014¹⁸

Objetivo: Describir el hallazgo ultrasonográfico por vía transvaginal más frecuente encontrado en las pacientes con hemorragia uterina anormal, en la clínica Santa Luzmila. Agosto-octubre 2014. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal y retrospectivo, en el cual se revisaron la ficha de ingreso, solicitud del examen e informes ecográficos de las pacientes que comprendían una edad entre 18 y 50 años con diagnóstico de Hemorragia Uterina Anormal que llegaron a realizarse una examen ultrasonográfico transvaginal entre agosto y octubre del 2014 en la Clínica Santa Luzmila, concluyendo con 50 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, a fin de poder describir el hallazgo ultrasonográfico más frecuente. Conclusiones: El hallazgo ultrasonográfico por vía transvaginal más frecuente en las pacientes con hemorragia uterina anormal, en un 74%, es el de útero de características conservadas. En su mayoría

¹⁸ Medina Palpa, Katherine Melissa. Hallazgos ultrasonográficos por vía transvaginal en pacientes con hemorragia uterina anormal. clínica santa luzmila. agosto-octubre 2014. Lima. Perú. 2014

mujeres de edad fértil entre 25 y 31 años, multíparas y procedentes de centros de salud del MINSA.

4. Fernández Robles, J. (2015). Hemorragia Postparto Por Retención De Restos Placentarios En El Hospital San José De Chincha – Minsa.¹⁹

El objetivo principal del presente trabajo es determinar la Hemorragia Postparto Inmediato por retención de restos placentarios en el Hospital San José de Chincha – MINSA. Metodología: El universo estuvo constituido por una paciente que presentó parto por vía vaginal, atendida en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital San José de Chincha. Finalmente, dentro de las Conclusiones se indica que los Factores de riesgo identificados son la retención de restos placentarios en el caso de esta paciente; no observándose los desgarros de cérvix, vagina y periné, ni tampoco atonía uterina. Así mismo se puede observar que la paciente motivo del presente estudio, presentó el factor de riesgo de retención de restos placentarios. Paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta.

5. Vela Coronado, S. (2016). Trabajo de parto disfuncional como factor de riesgo para atonía uterina y hemorragia postparto en puérperas del H.N.H.U periodo enero-noviembre 2015.²⁰

Objetivo: Determinar si el trabajo de parto disfuncional es un factor de riesgo para atonía uterina y/o hemorragia postparto en puérperas del Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU) en el periodo Enero – Noviembre 2015. Material y métodos: Se realizó un estudio analítico, retrospectivo, de corte transversal, de casos y controles. La población

¹⁹ Fernández Robles, J. (2015). Hemorragia Postparto Por Retención De Restos Placentarios En El Hospital San José De Chincha – Minsa.

²⁰ Vela Coronado, S. (2016). Trabajo de parto disfuncional como factor de riesgo para atonía uterina y hemorragia postparto en puérperas del H.N.H.U periodo enero-noviembre 2015.

estuvo constituida por las gestantes que acudieron en trabajo de parto al servicio de gineco-obstetricia del HNHU en el periodo Enero-Noviembre 2015. Se analizó 85 historias clínicas de las cuales 38 fueron casos y 47 controles que cumplieron con los criterios de selección. Se aplicó el análisis estadístico descriptivo e inferencial usando el paquete estadístico SPSS.23.00 Conclusiones: Encontramos que la fase latente prolongada es un factor de riesgo para atonía uterina.

6. Gil Cusirramos, M. (2016). Factores asociados a hemorragia post parto inmediato por atonía uterina en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo enero - septiembre del 2015.²¹

Objetivo: Determinar los factores asociados a hemorragia post parto inmediato por atonía uterina en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo enero – septiembre del año 2015. Material y método: Se realizó un estudio analítico, retrospectivo, transversal, de casos y controles. La población estuvo constituida por todas las pacientes que tuvieron hemorragia post parto inmediato por atonía uterina que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Se encontraron 80 casos que se estudiaron con 80 controles que fueron conformados por los partos inmediatamente posteriores al caso. Conclusiones: Los principales factores de riesgo para desarrollar hemorragia post parto por atonía uterina fueron edad mayor a 30 años, pacientes multigestas, multiparidad, parto por cesárea, antecedente de cesárea previa y antecedentes obstétricos relacionados con atonía uterina.

²¹ Gil Cusirramos, M. (2016). Factores asociados a hemorragia post parto inmediato por atonía uterina en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo enero - septiembre del 2015.

7. Flor de Maria Orejon Paucarpura. Factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas en el Instituto Nacional Materno Perinatal septiembre - noviembre 2015. Lima- Perú. 2016.²²

Objetivos: Determinar los factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas en el Instituto Nacional Materno Perinatal septiembre - noviembre 2015. Metodología: Estudio descriptivo, de corte transversal, retrospectivo. La muestra estudiada fue conformada por 110 primíparas con anemia posparto inmediato atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de septiembre a noviembre de 2015. Se estimaron las frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas. Se utilizó la prueba Chi-cuadrado para hallar la relación de las variables cualitativas con un nivel de confianza (IC) del 95%. Conclusiones: La analgesia durante el trabajo de parto, la práctica de episiotomía y los desgarros en las partes blandas son factores estadísticamente significativos para la presencia de anemia posparto inmediato en primíparas.

8. Jordan Jeffrey Parodi Quito. Complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en gestantes con anemia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, año 2015. Lima – Peru. 2016.²³

Objetivo: Identificar las complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en las gestantes con anemia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2015. Metodología: Estudio de tipo observacional, con diseño descriptivo, de corte transversal y retrospectivo, que tuvo como muestra a 259 gestantes

²² Flor de Maria Orejon Paucarpura. Factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas en el Instituto Nacional Materno Perinatal septiembre - noviembre 2015. Lima- Perú. 2016.

²³ Jordan Jeffrey Parodi Quito. Complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en gestantes con anemia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, año 2015. Lima – Peru. 2016

con anemia durante el trabajo de parto que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Se realizó un análisis univariado donde para las variables cualitativas se calcularon frecuencias absolutas (números) y frecuencias relativas (porcentajes). Conclusión: Las complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio fueron: ruptura prematura de membranas, trastornos hipertensivos, desgarros vulvo- perineales, atonía uterina e infección de vías urinarias en las gestantes con anemia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2015.

9. Tuesta Vera, Tony Lirving. Obesidad pregestacional como factor asociado a hemorragia postparto temprana en el Hospital Regional Docente de Trujillo. 2008 – 2014. Trujillo – Peru. 2016.²⁴

Objetivo: demuestra si la obesidad pregestacional es un factor asociado a hemorragia postparto temprano en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Material y Metodos: se realizó un estudio analítico de cohorte retrospectivo, con una población de estudio que se extrajo de Historias clínicas de gestantes primigestas cuyo parto fue atendido en el Hospital Regional Docente de Trujillo, luego de aplicar criterios de inclusión y exclusión la muestra final de 195 pacientes, estas se distribuyeron en dos grupos 65 para la cohorte expuesta y 130 para la no expuesta (sin obesidad pregestacional). Conclusiones: La obesidad pregestacional si es un factor asociado a hemorragia postparto temprano. De esta manera las gestantes con obesidad pregestacional tienen tres veces mayor riesgo de presentar hemorragia postparto temprana.

²⁴ Tuesta Vera, Tony Lirving. Obesidad pregestacional como factor asociado a hemorragia postparto temprana en el Hospital Regional Docente de Trujillo. 2008 – 2014. Trujillo – Peru. 2016.

2.2. Bases teóricas

Según Benson (2012): Hemorragias Post Partum

A. Concepto

Después del parto, la pérdida sanguínea puede incrementarse patológicamente o desencadenarse después de un periodo de aparente normalidad, constituyéndose cuadros que pueden revestir suma gravedad e incluso comprometer la vida de la puérpera. Se ha considerado que cantidades mayores de 500 c.c. de sangre alcanzan el nivel de hemorragia; sin embargo, actualmente, con la dirección del parto y el uso de oxitócicos, debe considerarse como hemorragia cuando el volumen de pérdida exceda los 300 c.c. Los cuadros hemorrágicos puerperales no diagnosticados ni tratados oportunamente, evolucionan hacia las severas complicaciones propias de las hemorragias, constituyendo una de las causas más frecuentes de mortalidad materna. El profesional debe ser prolijo en su prevención y agudo en su diagnóstico precoz, dirigiendo el alumbramiento, indicando en forma precisa y oportuna los oxitócicos, procediendo a la revisión rutinaria de la placenta, examen del canal del parto, detectando las complicaciones la patología concomitante, así como también hacer efectiva la vigilancia y el cumplimiento de las medidas indicadas para el puerperio inmediato y subsiguiente.

Según Scharwz:

Definición: pérdida sanguínea > 500 ml después del parto. Su Incidencia: 10% de los embarazos

B. Epidemiología:

Según Cabrera:

La HPP es una de las principales causas de muerte materna. Se calcula que aproximadamente 4% de los partos vaginales y 6% de los partos por cesárea, responsable del 75% de las complicaciones graves que tienen lugar en las primeras 24 horas después del nacimiento. Si nos ajustamos a las definiciones de la OMS, la HPP es la responsable del 25 -30% de los casos de mortalidad materna por causas obstétricas directas, con una

distribución muy desigual según se trate de países pobres o ricos. La muerte en el mundo por hemorragia posparto en países en vías de desarrollo es 1 por 1 000 partos. La OMS estimó en 20 millones el número anual de las complicaciones maternas por HPP. No podemos olvidar que el 99% de las muertes relacionadas con el embarazo, parto o el puerperio, suceden en países no desarrollados, situación que evidencia claramente las importantes diferencias socioeconómicas y sanitarias existentes en el mundo.

C. Etiología

Según Benson (2012):²⁵

La etiología de las hemorragias del puerperio puede encontrarse en el parto mismo, ya sea por traumatismos o por alteraciones patológicas del alumbramiento, y en procesos generales que predisponen a la pérdida sanguínea.

Según Shawrcz (2006):²⁶

- a) Atonía uterina
- b) Retención de placenta
- c) Traumatismo pélvico
- d) Placenta ácreta
- e) Inversión uterina

Para todos los casos de hemorragia posparto debe asegurarse la presencia de un acceso IV de gran calibre y una adecuada provisión de sangre de banco.

²⁵ BENSON PERNOLL. Manual De Obstetricia Y Ginecología. México DF: Mc Graw-Hill Interamericana 2012; 10: 365-366

²⁶ Schwartz, Ricardo Leopoldo. Obstetricia. 6ta edición. Buenos aires: El Ateneo, 2006.p 451.

D. Fisiopatología de la hemorragia postparto:

Los cambios hemodinámicos y hematológicos que ocurren durante el embarazo como la hipervolemia y la expansión de masa de glóbulos rojos; representan un factor protector contra la pérdida sanguínea que se produce durante el parto; sin embargo esto puede alterar las manifestaciones clínicas usuales del choque hipovolémico.²⁷

La hemorragia puede ser fatal, recordemos que la cantidad de sangre que llega al útero es entre 700 y 900 ml/min; además resulta difícil estimar la verdadera cantidad de pérdida sanguínea ya que puede haber retención dentro de la cavidad uterina y los cambios fisiográvidicos pueden enmascarar el cuadro clínico. La taquicardia y la vasoconstricción compensatoria mantienen la tensión arterial.

La hipotensión puede presentarse tardíamente, cuando ya se ha perdido entre el 30 y el 50% de la volemia. Es muy importante determinar el volumen de sangre perdido y el porcentaje que ésta pérdida representa para ello sabemos que el volumen sanguíneo del ser humano es de aproximadamente 80 ml /kg.²⁸

A la séptima semana de embarazo el volumen plasmático tiende a incrementarse aproximadamente un 10%, con un pico máximo de 40 a 45 ml en la semana 32. De igual forma, la masa eritrocitaria se incrementa en cerca de 30% durante las etapas finales del embarazo. Al aumentar el volumen sanguíneo aumenta el gasto cardíaco entre 40% y 50%. Por esta razón la mujer embarazada tolera una pérdida sanguínea significativa antes de presentar signos de hipovolemia. La pérdida de volumen de sangre la mayoría de las veces es subestimada, ya que resulta difícil cuantificar exactamente; sin embargo, cuando la pérdida es significativa afecta a la

²⁷ Hernández G. Graciano L Buen suseso J Mendoza J. Hemorragia obstétrica postparto: reanimación guiada por metas. Rev Hosp Jua. Mex 2013; 80(3): 183-191.

²⁸ Smith J, Brennan B. Postpartum haemorrhage. E Medicine. 2006; 13: 1-9. 23.

perfusión y oxigenación tisular llevando al choque hipovolémico. La pérdida sanguínea conduce de manera secuencial a inestabilidad cardiovascular, coagulopatía, disminución del transporte de oxígeno, disminución de la perfusión e hipoxia celular. Estas alteraciones conducen al desarrollo de respuesta inflamatoria sistémica, y finalmente a falla orgánica múltiple, lo cual contribuye al incremento en el riesgo de muerte.²⁶

Las mujeres embarazadas durante el segundo y tercer trimestre del embarazo aumentan la síntesis y la actividad de varios factores de la coagulación por lo que se encuentran en un estado de hipercoagulabilidad; ello disminuye la posibilidad de complicaciones hemorrágicas relacionadas con el parto.²⁹

Además recordemos que el miometrio está compuesto por fibras musculares dispuestas en tres capas y es la capa intermedia la que cumple un papel fundamental en el proceso de hemostasia del lecho placentario. Durante la retracción uterina normal, los vasos comunicantes entre la madre y la placenta son obliterados por estas fibras musculares, disminuyendo la pérdida sanguínea. Mientras que en el alumbramiento, las fibras musculares uterinas se contraen y se retraen; el miometrio progresivamente se engrosa y el volumen intrauterino disminuye.

Las contracciones continuadas y coordinadas del músculo uterino van comprimiendo los vasos locales, esto disminuye el sangrado y permite la formación de un coagulo retro placentario. Si el útero falla en contraerse adecuadamente, se produce atonía uterina. En este caso, los vasos no fueron ocluidos y se produce una importante hemorragia, que en pocos minutos puede producir la muerte materna.³⁰

²⁹ Bertucci S. Manejo anestésico de la hemorragia obstétrica postparto. Anest Analg Reanim. Junio, 2014

³⁰ Calle A, Barrera M, Guerrero A. Diagnóstico y manejo de la hemorragia postparto. Rev. Per Ginecol. Obstet.; 54:233-243.

➤ Dosaje de hemoglobina

Según la directiva sanitaria N°069 del Ministerio de Salud dice:

- La medición de la concentración sérica de hemoglobina es la prueba primaria para identificar anemia. Para determinar el valor de la hemoglobina se utilizarán únicamente métodos directos como la espectrofotetría (Cianometahemoglobina) y el hemoglobinómetro (azidametahemoglobina)
- El dosaje de hemoglobina debe ser solicitado de manera obligatoria en el primer trimestre de gestación a toda gestante en la primera atención prenatal con el objetivo de seleccionar la dosis de hierro elemental a utilizar.
- En zonas geográficas ubicadas por encima de los 1000 metros sobre el nivel del mar se realizará el ajuste de la hemoglobina observada. El personal de laboratorio entregará el valor de hemoglobina sin ajustar y el responsable de la atención de la gestante realizará el ajuste respectivo, registrando ambos valores en la historia clínica.
- Antes de realizar el dosaje de hemoglobina, se deberá registrar en la historia clínica el tiempo de permanencia en el lugar donde se realizará la prueba. Si la permanencia es menor a 3 meses, se tomará en cuenta la altura del lugar de donde proviene la gestante.

Cuadro 1. Rangos de referencia para el diagnóstico de anemia en gestantes y puérperas (hasta 100 msnm)

	Nivel de Hemoglobina	
	Normalidad	Anemia
Gestantes	11,0 g/dl	<11,0 g/dl
Puérperas	12,0 g/dl	<12,0 g/dl

Fuente: Directiva sanitaria N°069 del Ministerio de Salud

Según Benson (2012):

1.- Hemorragia por traumatismos en el canal del parto

Los traumatismos en el canal del parto comprometen elementos vasculares que de no ser ligados son causa de hemorragia o predisponen a la formación de hematomas extensos. Según el sitio de producción la hemorragia puede ser hacia la cavidad abdominal y pasar desapercibida al principio, o producirse hacia el exterior haciendo más fácil su diagnóstico inmediato.

- **Rotura uterina**

Según Benson (2012):

Las roturas uterinas espontaneas o traumáticas, cuya amenaza ha pasado desapercibida, y las que se producen al final del parto, ya sea por patología obstétrica o por maniobras operatorias, son causas de copiosas hemorragias puerperales.

Según Pacheco (2007):³¹

Es el desgarramiento de la pared uterina y se considera una urgencia obstétrica grave, que sucede durante el embarazo y, más frecuentemente, durante el parto. Está asociada a una mortalidad materna de 3% a 15% y una mortalidad perinatal de 50% a 75%; la última ocurre cuando el feto es expulsado hacia la cavidad abdominal o cuando la hipovolemia materna es tan importante que la oxigenación fetal es insuficiente. Su frecuencia varía de 1 a 1000 partos a 1 por 2500 partos.

Las roturas del cuerpo uterino ocurren con más frecuencia durante el embarazo y son completas (abarcan todas las capas del útero), en este caso, el feto y la placenta generalmente son expulsados hacia la cavidad peritoneal. Las roturas del segmento uterino inferior ocurren con más frecuencia durante el parto, son

³¹ José Pacheco Romero. Ginecología Obstetricia Y Reproducción 2da edición. Lima Repsac, 2007, p 1234- 1237.

incompletas o completas, se sitúan en la cara anterior del segmento, pueden ser transversales o, si son longitudinales, terminan a la altura de anillo de Bandl o en el cuerpo uterino. Son de bordes lineales o irregulares y presentan vasos de diferentes calibres sangrando u obstruidos por coágulos. El feto, según la amplitud del desgarró, puede pasar a la cavidad peritoneal, pero la placenta permanecerá adherida en su lugar.

- **Factores**

Las cicatrices, el adelgazamiento de la pared uterina, las lesiones de la pared uterina, la penetración de vellosidades coriales en su espesor y la fijación del útero son factores que favorecen la producción de la rotura uterina.

La expulsión del feto de la cavidad uterina es el único objetivo del trabajo muscular del cuerpo del útero. La rotura del segmento uterino inferior se produce por los siguientes mecanismos y fenómenos determinantes.

- Sobredistensión del segmento uterino inferior durante el curso del parto; al vencerse su límite de elasticidad natural, se rompe.
- El borde o límite inferior del segmento se encuentra fijo, entre la pared de la pelvis y el feto, por la misma presión de la presentación. En el otro extremo, el correspondiente al anillo de Bandl (límite superior del segmento uterino), no ocurre lo mismo; con el aumento de la intensidad de las contracciones y la retracción del cuerpo uterino que ellas van produciendo; el límite superior es traccionado por el cuerpo, elevándose, distendiéndose y adelgazando cada vez más las capas del segmento, hasta que se rompen.
- En general, cualquier obstáculo para el parto puede convertirse en una causa de rotura uterina.

Signos y síntomas

Cuando la rotura es inminente

- Aumento de las contracciones uterinas y dolor insoportable concomitante.
- Elevación del anillo de Bandl (signo de Bandl), fácilmente palpable: su límite normal está en la mitad de la distancia que hay entre el ombligo y el pubis.
- Hipersensibilidad de la zona situada entre el ombligo y la sínfisis, incluso entre las contracciones.
- Se puede palpar uno de los dos ligamentos redondos en forma de cordón, a consecuencia de la sobredistensión (signo de Frommel).
- Facies característica, angustiada, intranquila, pálida, con miedo a la muerte, gime constantemente.
- Presencia de edema suprapúbico y vulvar y también pérdida de escasa cantidad de sangre negruzca (signo de Pinnard).
- El feto está en sufrimiento o muerto y es muy difícil palparlo.
- El cérvix esta edematoso y cianótico.
- La presentación tendrá un caput considerable.

• Cuando la rotura se ha consumado

Localmente se objetiva

- Cese repentino de las contracciones.
- Dolor agudo muy intenso, que puede indicar el momento de la rotura, luego desaparición del mismo.
- El feto se palpa fácil y superficialmente en el abdomen.
- Se palpa el útero como un tumor duro, a un costado.
- Tenesmo urinario con orina hematórica.

- Cuando la rotura no es completa, se puede reconocer una tumoración creciente originada por el hematoma subperitoneal que se produce, a veces, acompañado de enfisema en la piel (signo de Clark).
- **En la vagina**
 - El cérvix se aprecia como flotando en la excavación pélvica.
 - La presentación puede ser alta y móvil, si no ha salido del útero.
 - Se puede tactar el orificio de la rotura e, incluso, a través de la pared abdominal.
- **Signos y síntomas generales**
 - Anemia aguda y choque.
 - Hemorragia interna, que es constante y progresiva, o externa, que es escasa e inconstante.
 - Dolor en la espalda por irritación frénica.

Cuando la rotura es incompleta o silenciosa, el diagnóstico es difícil. Se puede descartar DPP, PP, rotura de víscera o de vaso abdominal. Cuando la rotura compromete otros órganos, se puede objetivar signos propios del órgano afectado (por ejemplo, hematuria). El pronóstico es grave para la madre y el feto; para el feto, en todos los casos, si la rotura es completa, con paso del feto al abdomen.³¹

- **Tratamiento**

Cuando la rotura es inminente: Terminar el parto por cesárea cuanto antes; la posibilidad de extraer el feto muerto, por vía vaginal, por medio de operaciones embriotomías, no es aconsejable. No realizar partos instrumentados o intentar versiones, aun con útero sedado y anestesiado.³¹

- **Cuando el útero ya está roto**
 Como medidas generales: canalizar vía (braúnula), hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo y factor Rh, transfusión de sangre, expansores plasmáticos, presión venosa central. Realizar laparatomía de urgencia para extraer el feto y la placenta. Si es factible, y dependiendo de la historia reproductiva de la paciente, suturar la rotura con puntos separados. De no ser factible la reparación, proceder a histerectomía total o subtotal, según el caso y la experiencia del médico. Finalmente, hemostasia prolija, lavado con suero fisiológico, antibioticoterapia de espectro amplio.³¹

- **Manejo preventivo**
 - Tener mucha atención en los úteros sobredistendidos: gemelares, grandes multíparas, úteros con cicatriz previa.
 - Buena monitorización de las inducciones y/o estimulaciones (oxitocina, prostaglandinas, sustancias hipertónicas).
 - Usar la gráfica de trabajo de parto con curva de alerta.³¹

- **Tener en cuenta las consideraciones siguientes:**
 - Revisar la cavidad uterina, en el posparto inmediato, en pacientes con cesárea anterior, antecedentes de miomectomías o de legrados uterinos, útero sobredistendido.
 - En las pacientes con historia de enfermedad trofoblástica gestacional es importante determinar, por medio de la resonancia magnética, si ha ocurrido invasión local del miometrio, ya que la pared uterina puede debilitarse por la invasión miometrial y, en un embarazo posterior, romperse.
 - El uso de drogas (como la cocaína) puede incrementar el riesgo de rotura uterina en las gestantes.³¹

- En los casos de úteros con anomalías congénitas y antecedentes de cesárea, es preferible programar una cesárea electiva.

➤ **Clasificación de las roturas uterinas**

Según Pacheco (2007):

- Por su extensión y localización
 - Cervicales supravaginales
 - Segmentarias
 - Corporales
 - Cervicosegmentarias
 - Segmentocorporales
 - Cervicosegmentocorporales
- Por su dirección
 - Longitudinal
 - Transversal
 - Oblicua
 - Mixta
- Por su profundidad (capas uterinas interesadas)
 - Completa
 - Incompleta
 - Subperitoneal
 - Submucosa
- Por su aspecto
 - Bordes lisos
 - Bordes irregulares, desgarrados
- Por la participación de órganos vecinos
 - Rotura no complicada o simple: exclusivamente desgarro uterino
 - Rotura complicada: extendida a vagina, vejiga o recto

➤ **Factores predisponentes de rotura uterina**

Según Pacheco (2007)

- Cicatrices
 - Operatorias: cesáreas, miomectomías, metroplastías, hysterotomías
 - Traumáticas: especialmente si se infectaron
- Adelgazamiento de la pared uterina
 - Congénita: útero hipoplástico
 - Adquirida: embarazos gemelares, grandes múltiparas, abdomen péndulo muy acentuado, polihidramnios, alumbramientos manuales y legrados uterinos repetidos
- Lesiones de la pared uterina
 - Mioma
 - Cáncer
- Penetración de vellosidades coriales en su espesor
 - Placenta ácreta
 - Corioadenoma destruens
 - Coriocarcinoma
- Fijación del útero
 - Quirúrgica
 - Adherencias patológicas

➤ **Factores determinantes de la rotura uterina**

Según Pacheco (2007)

- Parto obstruido

Cuando existe una desproporción entre el feto y el canal del parto da lugar a una hiperdistensión de la pared uterina. Causado por:

- Estrechez pélvica: desproporción entre la cabeza fetal y la pelvis materna.
- Situaciones y presentaciones fetales anómalas:
 - o Situación transversa
 - o Presentación de cara mentoposterior
 - o Presentación de frente nasoposterior
 - o Presentación anteroposterior elevada persistente
- Anomalías congénitas fetales. Hidrocefalia
- Tumores en el canal del parto
- Cáncer del cérvix
- Adherencia de las membranas con la pared del cuello (conglutinatio orificil)
- Estenosis cicatricial de la vagina
- Traumatismos sobre el útero
 - Perforación por curetas u otro instrumental
 - Versión interna con útero retraído
 - Fórceps alto (actualmente contraindicado)
 - Alumbramiento artificial de placenta ácreta
 - Embriotomías
 - Expresión de Kristeller exagerada
- Uso incorrecto
 - De oxitocina, prostaglandina y sustancias hipertónicas

- **Desgarros cervicales**

Según Benson (2012):

Los desgarros del cuello uterino pueden comprometer ramas de la arteria uterina, manteniendo profusa hemorragia que se agrava naturalmente con la extensión

del desgarro. Su diagnóstico se hace procediendo a la revisión de cuello y el tratamiento consiste en la sutura, previa aplicación de valvas vaginales y tracción de los bordes, cogidos con pinzas de anillos, hacia la vulva. Se aplica puntos de sutura que deben tomar suficiente cantidad de tejido para hacer la hemostasia en masa, ya que es muy difícil la identificación de los vasos sangrantes, además de prolongar innecesariamente el tiempo de tratamiento y por consiguiente la duración del sangrado.

- **Laceraciones perineales**
Según Benson (2012):

Los desgarros en vagina y periné pueden ser extensos y prolongarse en el primer caso hasta los fondos de saco vaginales comprometiendo elementos vasculares que sangran profusamente.

La episiotomía, verdadera profilaxia de los desgarros, puede extenderse, cuando son realizadas tímidamente en corta extensión que no cumple su cometido, convirtiéndose en laceraciones extensas que son causa de hemorragias profusas.

El tratamiento consiste en la aplicación de valvas vaginales y la sutura prolija de las zonas sangrantes reconstituyendo las áreas comprometidas, así como la posterior vigilancia en el puerperio inmediato y a posterior.

- **La lesión perineal³²**
Richa Saxena (2014)

Se clasifican como el trauma que le ocurre al periné durante el proceso del parto; se puede clasificar en los siguientes grados:

- Primer grado: lesión a la mucosa vaginal que no afecta a los músculos perineales.

³² Richa Saxena (2014). Manual en obstetricia y ginecología. Pág. 236 – 244

- Segundo grado: lesión al periné que involucra a los músculos perineales, pero no a los esfínteres anales.
- Tercer grado: lesión al periné que afecta al complejo del esfínter anal (esfínter anal interno y externo):
 - 3a: desgarro de menos del 50% del esfínter anal externo.
 - 3b: desgarro de más del 50% del esfínter anal externo.
 - 3c: afectación también del esfínter anal interno.
- Cuarto grado: lesión al periné que afecta el complejo del esfínter anal (esfínter anal externo e interno) y además la mucosa rectal.

➤ **MANEJO QUIRÚRGICO**

Preparación Preoperatoria

Richa Saxena (2014)

- Es la misma a la descrita para las episiotomías.

Pasos de la Cirugía

- En caso de laceraciones, los de la reparación son básicamente los mismos de la episiotomía, a excepción de los casos de laceraciones de tercer y de cuarto grado en donde pueda haber extensión hasta los esfínteres anales y la mucosa rectal, respectivamente. En caso de una laceración de cuarto grado, es importante aproximar los bordes desgarrados de la mucosa anorrectal con suturas finas absorbibles 3-0 o 4-0 de material reabsorbible o de vicryl en forma continua o interrumpida.
- Se logra la aproximación de la mucosa y de la submucosa anorrectal utilizando suturas crómicas absorbibles o de vicryl de tamaño 3-0 o 4-0 en forma continua o interrumpida.
- Se identifica la extensión superior de la laceración anal anterior y se ubican suturas a través de la submucosa del recto comenzando por encima del ápice del desgarro y extendiéndose hasta el margen anal.

- Finalmente, se aíslan los bordes desgarrados del esfínter anal, se aproximan y se suturan con 3 o 4 suturas interrumpidas.
- Luego de la reparación de los esfínteres anales, se identifican y sujetan con unas Allis los bordes desgarrados del esfínter anal externo. Se puede realizar la reparación de estos esfínteres utilizando un reparo término terminal o con el método de superposición.

➤ **Cuidados postoperatorios**

Richa Saxena (2014)

- En caso de desgarros de cuarto grado en donde la lesión se ha extendido hasta la mucosa rectal, se le debe administrar a la paciente medicamentos que ablanden las heces durante una o dos semanas.
- El resto de los pasos son los mismos a los descritos para las episiotomías.

➤ **Complicaciones**

Richa Saxena (2014)

- Hemorragia postparto,
- Infección.
- Extensión de los desgarros que genera afectación de los esfínteres anales externo e interno, incontinencia fecal.

➤ **Claves Clínicas**

Richa Saxena (2014)

- Las lesiones perineales pueden considerarse como la causa más común de hemorragia postparto.
- Las lesiones grandes al periné que producen desgarros de tercer y cuarto grado ocurren invariablemente por un mal manejo de la segunda etapa del trabajo de parto.
- Los desgarros perineales deben repararse inmediatamente luego del alumbramiento de la placenta.

2.- Hemorragias por retención de restos placentarios

Según Benson (2012):

Las lesiones del endometrio ocasionados por abortos anteriores, legrados, focos de endometrio, etc., originan la implantación irregular de la placenta y facilitan la retención de membranas y de partes de cotiledones en proporciones variables. En el caso de las membranas retenidas generalmente son expulsadas en forma espontánea, originando solo pequeñas pérdidas sanguíneas. En el caso de la retención de fragmentos de cotiledones o de parte de la placenta, se producen graves hemorragias en las zonas donde se desgarran los vasos, debido a que estos permanecen abiertos sangrando en forma continua.

En algunos caso los restos placentarios retenidos se necrosan persistiendo los loquios sanguíneos, lo que además predispone a la infección como agravante del cuadro.

La profilaxis y el diagnóstico se hacen revisando sistemática y prolijamente la placenta y sus membranas, para en caso de retención hacer el diagnóstico de la porción retenida y plantear el tratamiento inmediato.

El tratamiento consiste en la extracción delicada con pinzas de anillo y el legrado digital con todas las medidas de sepsis necesarias; puede usarse una cureta grande y fenestrada para hacer el barrido de la cavidad uterina, pero jamás se usaran las llamadas curetas de cotiledones cuyos bordes afilados y el raspado que se hace con ella significan graves lesiones en las paredes uterinas, determinantes en el futuro de bridas y adherencias entre las paredes uterinas y sus secuelas consiguientes.

Según Pacheco:

i. DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA (abruptio placentae)

Separación parcial o total, de la placenta normalmente inserta, después de las 20 semanas de gestación y antes del alumbramiento. Su frecuencia varia de 0.2% a 2.0%, es causa de muerte materna de 0.5% a 5.0% y de muerte fetal de 50% a 80%.

1. Etiología

Está asociada a varios factores como:

- Historia previa de desprendimiento prematuro de placenta (17% de recidiva).
- Preeclampsia grave e hipertensión crónica.
- Trombofilias, especialmente aquellas con resistencia a la proteína C activada y mutaciones del factor Leyden, muestran mayor prevalencia de DPP.
- Traumatismos externos, directos o indirectos.
- Maniobras obstétricas, como la versión externa con cordón umbilical roto.
- Descompresión aguda de un polihidramnios, rotura prematura de membranas y después del parto del primer gemelo.
- Déficit de folatos. Asociado a un del riesgo de complicaciones obstétricas, entre ellas el DPP.
- Tabaquismo materno y drogadicción (cocaína)
- Escaso aumento de peso durante la gestación.
- Anomalías congénitas uterinas, obstrucción de la vena cava inferior, edad materna avanzada, diabetes y dieta deficiente de folatos; no son consideradas causas significativas.
- A veces no se determinar la asociación desencadenante.

2. Fisiopatología

Se describe varios mecanismos

- Los síndromes hipertensivos del embarazo y otras complicaciones que producen injuria del endotelio vascular, como la diabetes mellitus o las

enfermedades renales crónicas, pueden romper los vasos de la decidua basal y producir la extravasación sanguínea y el consiguiente hematoma.

- Al desprenderse la placenta, se produce un hematoma y necrosis en la decidua basal, que separa la placenta del sistema vascular materno, lo que produce recurrencia del desprendimiento.
- Dependiendo de la magnitud del cuadro, se desencadena la cascada de la coagulación, que lleva a la paciente a cuadros de coagulación intravascular diseminada.
- El hematoma formado puede quedar oculto (retenido) detrás de la placenta o de las membranas, adherido infiltrando la pared uterina, con disección hacia la superficie peritoneal, o puede pasar a través de ellas hacia el líquido amniótico (líquido amniótico color vino oporto). También, la sangre retenida puede separar la placenta y las membranas y salir al exterior por la vagina.
- La escuela uruguaya responsabiliza a la hipertonía uterina de todos los procesos de desprendimiento. Existe un aumento primario del tono y de la presión miometrial. La causa de la hipertonía uterina no está bien determinada; una teoría se refiere a la disminución de la progesterona por el súbito desprendimiento placentario y la otra de un agudo incremento de la liberación de prostaglandinas a partir de la decidua.

El miometrio comprime los vasos que lo atraviesan: colapsan las venas, más no las arterias; por tanto, la sangre sigue entrando al útero, pero halla dificultad para salir. Aumenta la presión en los capilares, venas y lagos sanguíneos del útero, produciendo rotura de los capilares y de los lagos sanguíneos, que originan el hematoma y desprendimiento placentario.

3. Patología

El hematoma retroplacentario es el signo que diagnostica el DPM. El hematoma puede ocupar parte o toda la superficie materna de la placenta. Debajo del hematoma suele haber infarto del parénquima placentario.

La hemorragia puede salir al exterior, como ya se mencionó, o solo parte de ella (hemorragia mixta). Cuando la hemorragia es de gran magnitud, puede infiltrar la pared uterina, disociar los haces musculares y llegar a la serosa, las trompas, ovarios, ligamentos anchos y retroperitoneo. Estos tejidos adquieren una coloración azul difusa o moteada (útero de Couvelaire o apoplejía uterina) y pueden perder su capacidad contráctil, dando lugar a hemorragias posparto graves que, con frecuencia, llevan a una histerectomía de urgencia por atonía uterina.

4. Clasificación

Según la gravedad clínica

- Grado I: Este grado de desprendimiento no afecta al feto. El diagnóstico se hace después del alumbramiento.
- Grado II: Separación placentaria de 25%. La mayoría de estas pacientes presenta alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, lo cual con frecuencia hace difícil escucharlos. La mortalidad perinatal es elevada, en especial si el parto es vaginal. La rigidez uterina palpable es un factor de riesgo alto para el feto.
- Hay contracciones uterinas que llegan a ser tetánicas, con ausencia de relajación entre ellas, y el dolor es permanente.
- Grado III: Separación placentaria en 75%. El hematoma es muy grande y es frecuente el choque hipovolémico, la coagulopatía de consumo y la muerte fetal. El dolor es intolerable, el útero tiene consistencia leñosa y el sangrado externo no suele ser excesivo. Para asegurar la supervivencia materna es necesario un control minucioso del funcionamiento renal y cardiovascular.

5. Según la función miométrial

Cobo y Col. y, luego, Quinteros y col. clasifican los casos de DPP en dos tipos:

- Tipo I: Se caracteriza por un tono uterino normal o hipertensión leve o moderada, menor de 30 mmHg, una actividad uterina normal y una respuesta normal a la oxitocina exógena.
- Tipo II: Presenta una hipertensión grave de 30 mmHg o más, que puede llevar a la contractura uterina y que no responde a la oxitocina exógena.

6. Diagnóstico

El diagnóstico del DPP se basa en la presencia de dolor abdominal o abdominolumbar, de la hipertensión uterina y de la presencia de sangrado vaginal con choque o sin él, que aparece súbitamente. No siempre se objetivan todos los signos clásicos del desprendimiento. Estos se hacen evidentes dependiendo del grado de gravedad del cuadro y, en ocasiones, puede no haber signo alguno.

Todos los signos clínicos están relacionados con la cantidad de sangre extravasada y la presencia o no de coagulopatía intravascular diseminada (13%). La sangre vaginal que se objetiva no es un indicador del grado de desprendimiento. Se estima que la muerte fetal ocurre si hay un sangrado de 2500 ml o desprendimiento mayor a 50% de la superficie placentaria.

En el desprendimiento de grado I, el diagnóstico casi siempre es por hallazgo de coágulos retroplacentarios. En el grado II, los signos son más evidentes: sangrado de inicio brusco, dolor y, en la mitad de los casos, hipertensión uterina. La ecografía ayuda a descartar la existencia de PP y a mostrar un hematoma retroplacentario de densidad variable.

Para otros autores, la ecografía rara vez es útil para el diagnóstico de DPP, pero sí el método ideal para evaluar la vitalidad fetal. Una ecografía normal no excluye la presencia de un DPP. La auscultación clínica y/o uso

del tococardiógrafo no ayudan, debido al hematoma retroplacentario y la hipertonia uterina.

En el grado III de desprendimiento, está confirmada la muerte fetal y puede haber choque hipovolémico y coagulación intravascular diseminada. La hemorragia puede ser visible o no y llegar a tener un volumen de 3 000 ml dentro del útero, haciéndolo crecer, cuando es oculta o enclaustrada.

7. Diagnóstico Diferencial

En los DPP grados I y II es difícil el diagnóstico diferencial con la PP. En cambio, las causas no gestacionales son descartadas con un cuidadoso examen con espéculo. El diagnóstico diferencial del DPP grado III se hará con la rotura uterina, en el cual se encuentra atonía uterina.

8. Complicaciones

Casi todas las complicaciones del DPP se deben a la hemorragia:

- Choque hipovolémico: producido por la hemorragia masiva, que puede no ser visible exteriormente.
- Coagulación intravascular diseminada: se observa en 13% de mujeres con desprendimiento grave y muerte fetal.
- Hemorragia posparto por atonía uterina. Muy frecuente en pacientes con DPP; muchas veces, la histerectomía es el tratamiento definitivo.
- Insuficiencia renal aguda, por necrosis tubular o cortical bilateral. Clínicamente, se manifiesta por oliguria o anuria.
- Útero de Couvelaire.
- Embolia de líquido amniótico. Complicación catastrófica e impredecible que agrava el cuadro y es también causa de muerte materna.

- Isoinmunización masiva. Se puede presentar en madres Rh negativo con desprendimiento, las cuales requieren una dosis mayor de lo habitual de inmunoglobulina (Ig Rho).
- Síndrome de Sheehan. Complicación infrecuente del desprendimiento. Se debe a una necrosis total o parcial de la hipófisis. El signo inicial en la agalactia, que se evidencia en el puerperio inmediato.

3.- Hemorragia por hipoactividad uterina (Atonía uterina)

a) Atonía uterina³³

Si la placenta aún no se ha expulsado y la pérdida de sangre es abundante, la primera opción debe ser el alumbramiento, y si no se logra en un tiempo prudencial, habrá que recurrir a la extracción manual de la misma y al mismo tiempo se debe revisar la cavidad para descartar lesiones o restos. Una vez evacuado el útero, si la hemorragia y la atonía persisten, el tratamiento inicial es el masaje uterino, la compresión bimanual y la administración de fármacos uterotónicos. La oxitocina se considera el fármaco de primera elección. La administración de metilergometrina por vía intramuscular es a menudo el siguiente paso, excepto en mujeres con hipertensión, en que se optara directamente por el siguiente paso, que consiste en la administración de carboprost, análogo sintético de la prostaglandina F29, que puede administrarse por vía intramuscular o intramiometrial cada 15 minutos hasta que ceda la atonía y la hemorragia con un máximo de 8 dosis, excepto en pacientes asmáticas, ya que podrían desencadenar una crisis. El uso de misoprostol rectal puede ser una alternativa muy eficaz en casos de falta de acceso venoso, pero no de forma electiva, ya que los estudios comparativos muestran menor eficacia y más efectos secundarios.

³³ J. Gonzales Merlo, JM Lailla Vicens, E. Fabre Gonzalez, E. Gonzales Bosquet. Editorial Elsevier, 6° Edicion. 2013. Pag. 694-695

- **Hipoactividad uterina**

Según Benson (2012):

La hipoactividad uterina conduce a la subinvolución del útero y a cuadros hemorrágicos consiguientes por falta de oclusión de los vasos. Cuando la actividad uterina contráctil del puerperio es muy escasa o nula, se establecen cuadros hemorrágicos muy copiosos que se presentan casi inmediatamente después del alumbramiento complicando gravemente la culminación del parto o el puerperio sanguíneo.

La etiología de esta falta de actividad contráctil uterina en el puerperio, se encuentra en numerosas entidades obstétricas, complicaciones y maniobras operatorias, sobre las cuales se destacan las siguientes: sobredistensión uterina por el feto grande, embarazo múltiple, situación transversa y polihidramnios; desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, mala indicación o mal manejo de la inducción del parto, expulsivo acelerado, parto prolongado, intervenciones operatorias vaginales y anestesia profunda.

El diagnóstico se hace por palpación abdominal al comprobarse la falta de contracción uterina así como la persistencia de útero grande y blando en estado hipotónico.

El tratamiento se hace por masaje uterino a través del abdomen, con lo que se consigue a veces su contracción, mientras se aplican otras medidas, objetivándose al endurecimiento y acortamiento de la masa uterina. Se debe administrar oxitócicos por vía endovenosa y continuar su aplicación por vía intramuscular para mantener la acción contráctil. Si el cuadro hemorrágico es intenso y no responde a los fármacos, no debe dudarse en entrar por vía abdominal y terminar en histerectomía, con las

medidas necesarias simultaneas para evitar otras complicaciones factibles en los cuadros hemorrágicos.

No debe usarse taponamientos o medidas compresivas que solo sirven para demorar el tratamiento eficaz, mientras el cuadro se agrava y desmejora a la paciente llevándola a veces a condiciones irreversibles.

4.- Hemorragia puerperal tardía

Según Benson (2012):

Se considera como hemorragia puerperal tardía, la que se presenta después de 24 horas del parto. Sus características en cuanto a cantidad pueden ser variables y sus factores etiológicos también son diversos.

Pueden originarse después de esfuerzos físicos que lesionen las oclusiones vasculares; por congestión pélvica, por restos placentarios, por hemorragias recurrentes en lesiones traumáticas, por subinvolución uterina, por infecciones uterinas que actúan demorando la regeneración de la mucosa y perturban la actividad contráctil, etc.

5.-Hemorragia puerperal por otras causas

Algunos procesos generales y alteraciones patológicas a nivel genital pueden también ser causa de hemorragia en el puerperio. Debe considerarse la posibilidad de coagulopatías, tumores malignos de útero, miomas, alteraciones vasculares de tipo vulcoso o escleroso, aneurismas uterinos, anomalías del musculo uterino, etc., con los cuales debe establecerse diagnóstico diferencial para establecer el tratamiento conveniente.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMIOS BÁSICOS

- a) Atonía e hipotonía uterina: pérdida o disminución de la tonicidad del útero luego del periodo expulsivo del parto, que origina hemorragia.
- b) Causa: Dícese de aquello que se considera como fundamento u origen de algo.
- c) Desgarros vulvo-perineales: accidente del parto, que se distingue en 4 grados según su extensión. Entre sus tipos se encuentran: Desgarro de primer grado, que afecta únicamente a la piel; desgarro de segundo grado que llega a afectar la musculatura perineal; desgarro de tercer grado que incluye al esfínter externo del ano y desgarro de cuarto grado que llega a coger la pared del recto.
- d) Factores de riesgo: Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.
- e) Gestante atendida: referida a la primera atención pre natal que recibe la gestante durante el embarazo actual.³⁴
- f) Hipoactividad uterina: Se caracteriza por contracciones débiles, de poca intensidad (hiposistolia), de corta duración (hipocronosía), y con frecuencia alejada (bradisistolía), que en conjunto hacen inefectiva la dinámica contráctil del útero.
- g) Hemorragia postparto (HPP): se define como la pérdida sanguínea calculada mayor de 500 ml después de un parto; o cuando se constata la caída del hematocrito en 10 puntos luego del tercer estadio del parto o cuando existe la necesidad de transfusión sanguínea.

³⁴ Norma técnica de Salud. Atención integral de salud materna. 105. 2013.

- h) Placenta acreta: La placenta se adhiere con demasiada profundidad y muy firmemente al útero.
- i) Placenta increta: La placenta se adhiere aun con más profundidad en la pared muscular del útero.
- j) Placenta percreta: La placenta se adhiere y crece a través del útero, extendiéndose en ocasiones a los órganos cercanos, como la vejiga.
- k) Postparto: es el período de empieza después del parto y se termina cuando aparece de nuevo la menstruación.
- l) Retención placentaria por debilidad de las contracciones uterinas o adherencia patológica de la placenta (acretismo placentario). En esta última situación patológica, la placenta se adhiere directamente al miometrio sin una capa de decidua basal interpuesta.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010). La presente investigación es de tipo observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal.³⁵

Es observacional, porque se realizó el estudio mediante los datos de las Historias Clínicas de las puérperas con diagnóstico de hemorragia postparto.³⁵

Es descriptivo, porque en este nivel se realizó un ordenamiento de los resultados de las observaciones sobre fenómenos o situaciones dadas.³⁵

Es transversal, porque se evaluaron las variables simultáneamente, haciendo un corte en el tiempo. En la muestra extraída de la población se encuentra tanto los predictores con los desenlaces.³⁵

Es retrospectivo, porque en esta parte de lo investigado se indaga sobre los hechos ocurridos antes del estudio, puesto que se revisaron las historias clínicas de las puérperas con diagnóstico de Hemorragia postparto.³⁵

³⁵ Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar, METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION. 5ta edición. México. 2010. Pág. 76-194

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

El diseño o tipo de investigación elegido fue descriptivo, donde una variable no depende de la otra por ello fue descriptivo transversal, lo cual nos dio valiosa información diagnóstica de la hemorragia postparto.³⁵

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población:

Estuvo conformada por 79 puérperas con diagnóstico de hemorragia postparto en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Barranca Cajatambo durante el mes de enero a diciembre del 2015.

3.3.2. Muestra:

La muestra estuvo conformada por 79 puérperas con diagnóstico de hemorragia postparto, que cumplieron los criterios de inclusión, y que fueron obtenidas mediante la Historias Clínicas, durante el período de enero a diciembre del año 2015 en el servicio de Gineco- obstetricia del Hospital de Barranca.

3.3.2.1 Muestreo:

No probabilístico intencionado.

A. CRITERIOS DE SELECCIÓN

a. INCLUSIÓN:

- Puérperas de hemorragia post parto eutócico.
- Historias clínicas de puérperas sin problemas médicos legales.

- Puérperas con complicaciones de hemorragia en el puerperio.

3.4. VARIABLES

Causas de riesgo asociados a la hemorragia post parto en puerperio inmediato

3.4.1. Variable x1

- Causas de hemorragias por traumatismos en el canal del parto

3.4.2. Variable x2

- Causa por hemorragia por efecto placentario.

3.4.3. Variable x3

- Causa de hemorragia por hipo actividad uterina.

3.4.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
(Variable x) Causas de riesgo asociados a la hemorragia post parto en puerperio inmediato	Variable x1 Causas de hemorragias por traumatismos en el canal del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Desgarro cervical • Desgarro Vaginal • Rotura Uterina

	Variable x2 Causa de hemorragia por efecto placentario.	<ul style="list-style-type: none"> • Placenta acreta • Retención placentaria
	Variable x3 Causa de hemorragia por hipoactividad uterina	<ul style="list-style-type: none"> • Atonía uterina.

Nota: Elaboración propia

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. TÉCNICAS

- Se realizó la coordinación con las autoridades del Hospital de Barranca para el retiro de información.
- La información se recolectó directamente de las historias clínicas.
- Para la recolección de datos se elaboró un instrumento: cuestionario estructurado con preguntas cerradas, el cual consta de las siguientes partes.
 - Causas de riesgo asociados a la hemorragia post parto.

3.6. PROCEDIMIENTOS

Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS 23.0 Para confeccionar tablas de contingencia, se ordenó la información y se expresó en gráficas.

Para analizar los datos se tuvo que realizar lo siguiente.

- Ordenamiento de los datos

- Tabulación de los datos
- Presentación de cuadros y gráficos de acuerdo al nivel de medición.

La interpretación de los datos se procedió a hacer una vez que éstos son codificados, transferidos a una matriz y guardados en un archivo.

Se efectuó sobre la matriz de datos, utilizando un programa de computadora. Así, se realizó, en primer término, la interpretación de la estadística descriptiva de los datos para posteriormente efectuar relaciones entre algunas variables.

Para el análisis se procesó distribución de frecuencias, cuadros y gráficos; específicamente los histogramas y las gráficas barras.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4. RESULTADOS

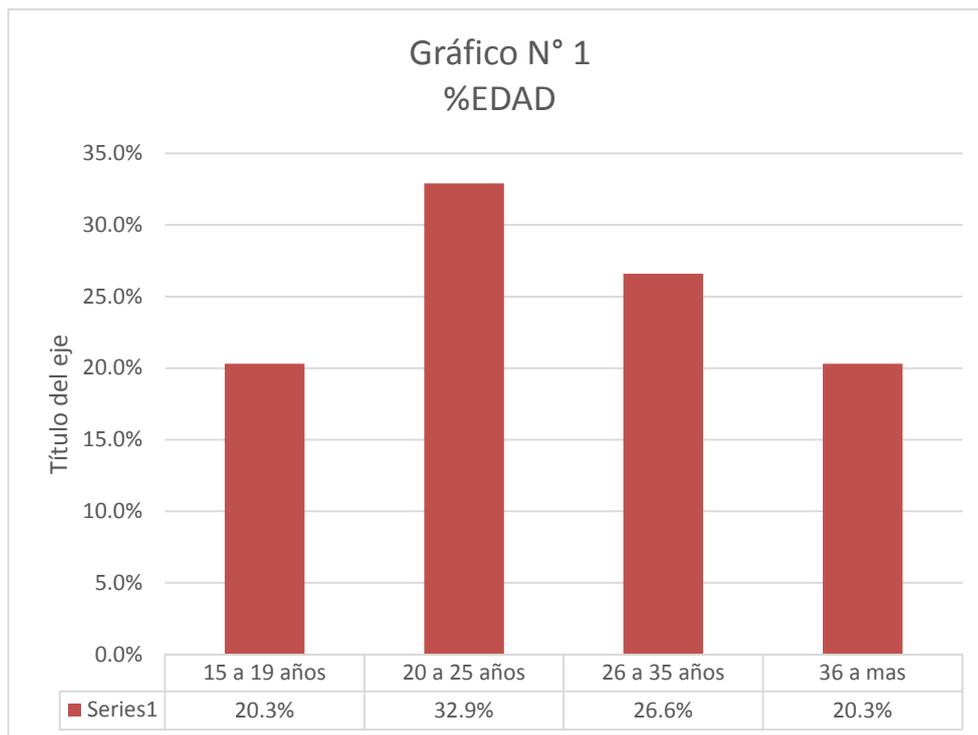
Los resultados se expondrán a continuación mediante tablas con datos estadísticos descriptivos en lo que se refiere a la prevalencia, características demográficas y obstétricas del grupo de estudio y para observar las causas de riesgo asociados a la hemorragia post parto de datos estadísticos inferenciales.

4.1. Datos Generales

TABLA N° 1

**EDADES DE LAS PACIENTES EN PUERPERIO INMEDIATO CON CAUSAS
DE RIESGO ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA POST PARTO**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15 a 19 años	16	20,3%
20 a 25 años	26	32,9%
26 a 35 años	21	26,6%
36 a mas	16	20,3%
Total	79	100%



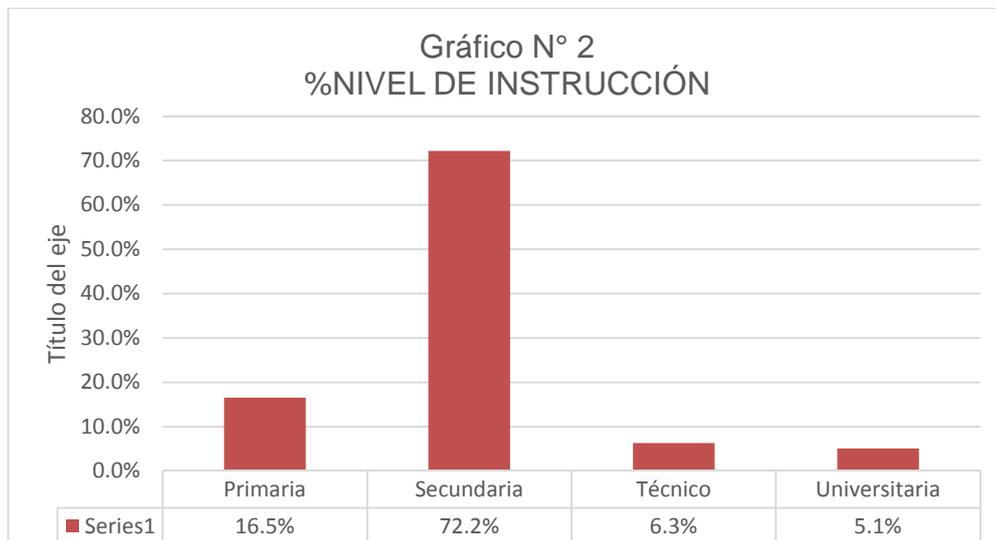
Fuente: Historias Clínicas de puérperas con diagnóstico de hemorragia post parto durante el período de enero a diciembre del año 2015 en el servicio de Gineco- obstetricia del Hospital de Barranca.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con causas de riesgo asociados a hemorragia post parto en puerperio inmediato del Hospital de Barranca – Cajatambo, según la edad de 15 a 19 con un porcentaje de 20.3%; de 20 a 25 con un porcentaje de 32.9%, de 26 a 35 con un porcentaje de 26.6%, y 36 a más con un porcentaje de 20.3%.

TABLA N° 2

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES EN PUERPERIO INMEDIATO CON CAUSAS DE RIESGO ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA POST PARTO

Nivel de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	13	16,5%
Secundaria	57	72,2%
Técnico	5	6,3%
Universitaria	4	5,1%
Total	79	100%



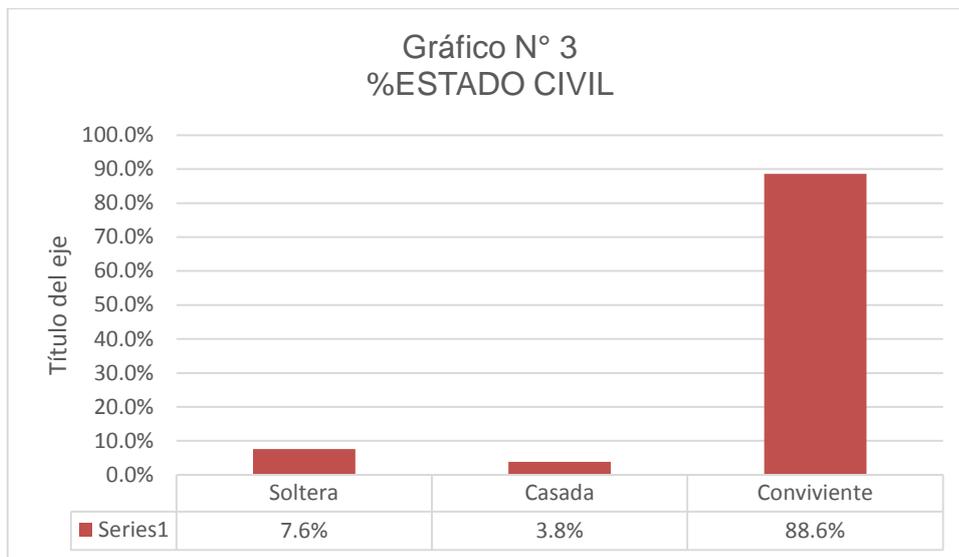
Fuente: Historias Clínicas de puérperas con diagnóstico de hemorragia post parto durante el período de enero a diciembre del año 2015 en el servicio de Gineco- obstetricia del Hospital de Barranca.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con causas de riesgo asociados a hemorragia post parto en puerperio inmediato del Hospital de Barranca – Cajatambo, según nivel de instrucción son primaria con un porcentaje 16.5%; Secundaria con un porcentaje de 72.2%, técnico con un porcentaje 6.3%, y finalmente Universitaria con un porcentaje de 5.1%.

TABLA Nº 3

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES EN PUERPERIO INMEDIATO CON CAUSAS DE RIESGO ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA POST PARTO

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	6	7.6%
Casada	3	3.8%
Conviviente	70	88.6%
Total	79	100.0%



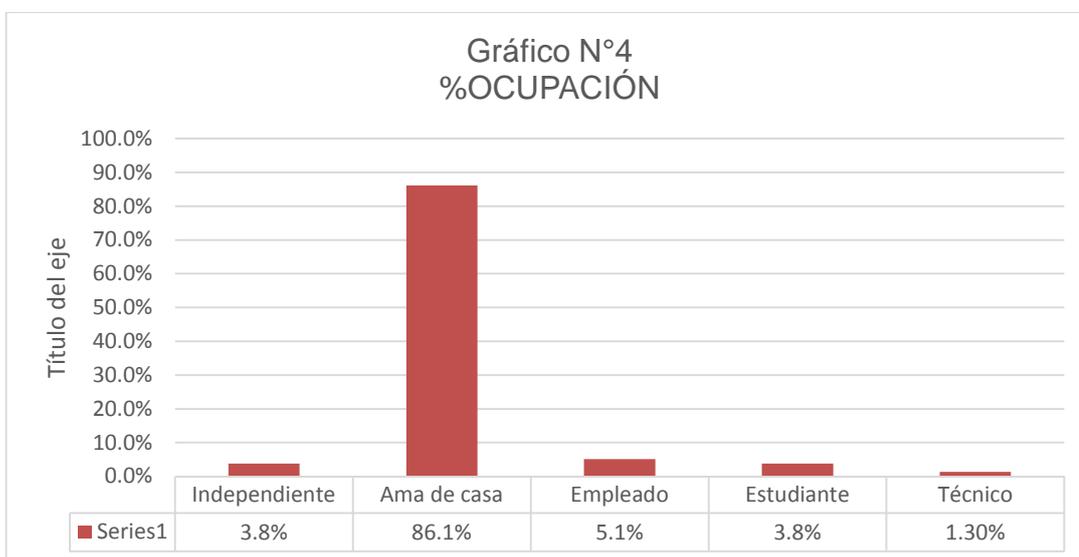
Fuente: Historias Clínicas de púerperas con diagnóstico de hemorragia post parto durante el período de enero a diciembre del año 2015 en el servicio de Gineco- obstetricia del Hospital de Barranca.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con causas de riesgo asociados a hemorragia post parto en puerperio inmediato del Hospital de Barranca – Cajatambo, según su estado civil, las solteras con un porcentaje 7.6%; las casadas con un porcentaje de 3.8%, y las convivientes con un porcentaje de 88.6%.

TABLA N° 4

OCUPACION DE LAS PACIENTES EN PUERPERIO INMEDIATO CON CAUSAS DE RIESGO ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA POST PARTO

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	3	3.8%
Ama de casa	68	86.1%
Empleado	4	5.1%
Estudiante	3	3.8%
Técnico	1	1.3%
Total	79	100%



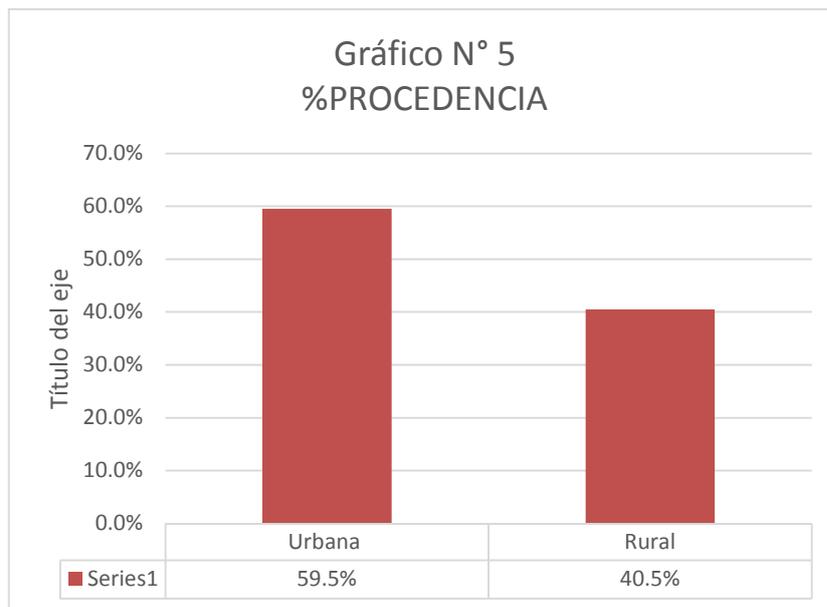
Fuente: Historias Clínicas de puérperas con diagnóstico de hemorragia post parto durante el período de enero a diciembre del año 2015 en el servicio de Gineco- obstetricia del Hospital de Barranca.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con causas de riesgo asociados a hemorragia post parto en puerperio inmediato del Hospital de Barranca – Cajatambo, según ocupación; son independiente con un porcentaje 3.8%; siendo ama de casa representado en un 86.1%; seguidos de los empleados en un 5.1%; a los estudiantes con un 3.8%, habiéndose encontrado en un 1.3% a las independiente.

TABLA N° 5

PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES EN PUERPERIO INMEDIATO CON CAUSAS DE RIESGO ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA POST PARTO

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	47	59.5%
Rural	32	40.5%
Total	79	100.0%



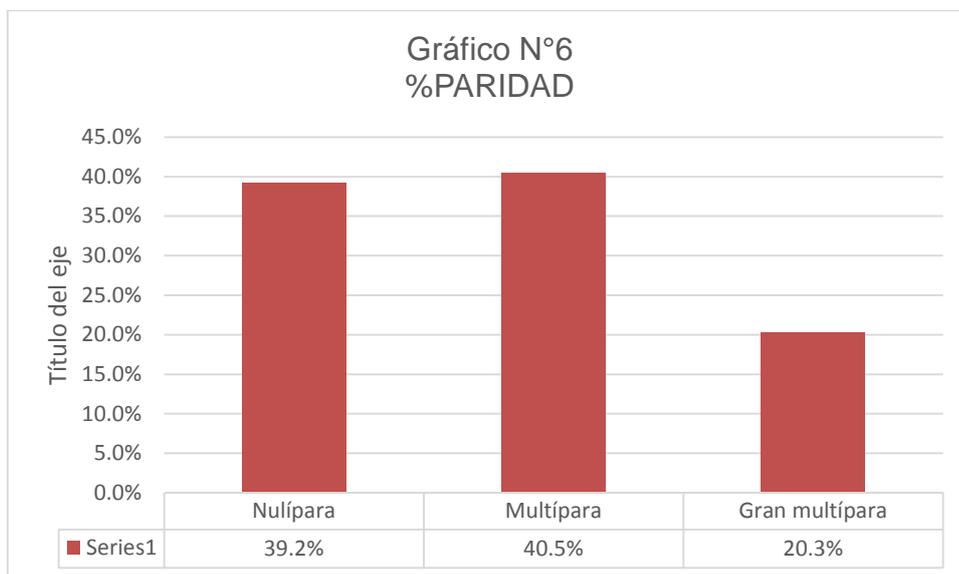
Fuente: Historias Clínicas de puérperas con diagnóstico de hemorragia post parto durante el período de enero a diciembre del año 2015 en el servicio de Gineco- obstetricia del Hospital de Barranca.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con causas de riesgo asociados a hemorragia post parto en puerperio inmediato del Hospital de Barranca – Cajatambo, según procedencia son de zona Rural representado el mayor porcentaje en un 59.5%; siendo el área Urbano representado porcentaje en un 40.5%.

TABLA N° 6

PARIDAD DE LAS PACIENTES EN PUERPERIO INMEDIATO CON CAUSAS DE RIESGO ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA POST PARTO

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	31	39.2%
Múltipara	32	40.5%
Gran Múltipara	16	20.3%
Total	79	100%



Fuente: Historias Clínicas de puérperas con diagnóstico de hemorragia post parto durante el período de enero a diciembre del año 2015 en el servicio de Gineco- obstetricia del Hospital de Barranca.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con causas de riesgo asociados a hemorragia post parto en puerperio inmediato del Hospital de Barranca – Cajatambo, según paridad son nulíparas un 39.2%; siendo múltiparas un 40.5%, representado con el 20.3% las Gran Múltipara.

CAUSAS DE HEMORRAGIAS POR TRAUMATISMOS EN EL CANAL DEL PARTO

TABLA N° 7

LESIONES DE VIA DEL PARTO DE LAS PACIENTES EN PUERPERIO INMEDIATO CON CAUSAS DE RIESGO ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA POST PARTO

Lesiones de vía de parto	Frecuencia	Porcentaje
Desgarros perineales	3	3.8%
Desgarros cervicales	4	5.1%
Ninguna	72	91.1%
Total	79	100.0%



Fuente: Historias Clínicas de puérperas con diagnóstico de hemorragia post parto durante el período de enero a diciembre del año 2015 en el servicio de Gineco- obstetricia del Hospital de Barranca.

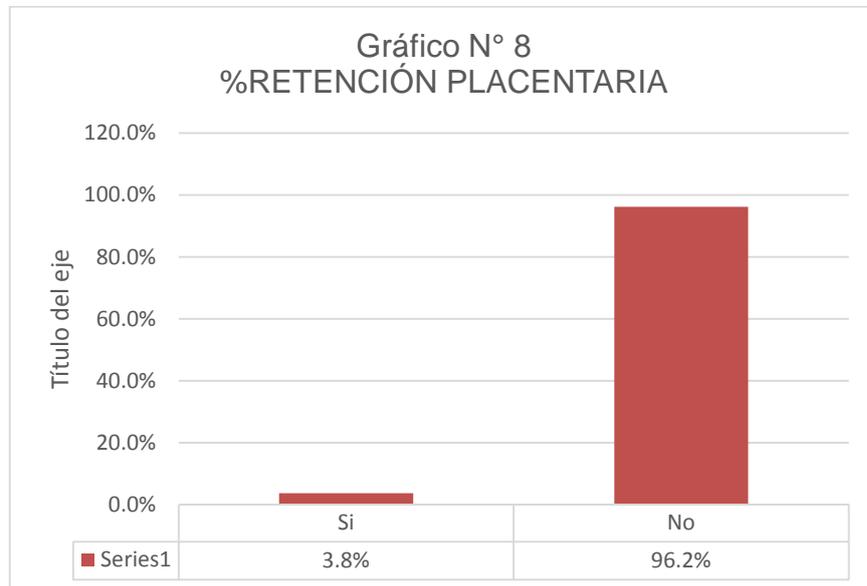
Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con causas de riesgo asociados a hemorragia post parto en puerperio inmediato del Hospital de Barranca – Cajatambo; según lesiones de la vía del parto, con desgarros perineales 3.8%, desgarros cervicales un 5.1%, y ninguno de los anteriores tenemos un 91.1%.

CAUSA POR HEMORRAGIA DE EFECTO PLACENTARIOS.

TABLA N° 8

RETENCIÓN DE PLACENTA DE LAS PACIENTES EN PUERPERIO INMEDIATO CON CAUSAS DE RIESGO ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA POST PARTO

Retención Placentaria	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	3.8%
No	76	96.2%
Total	79	100.0%



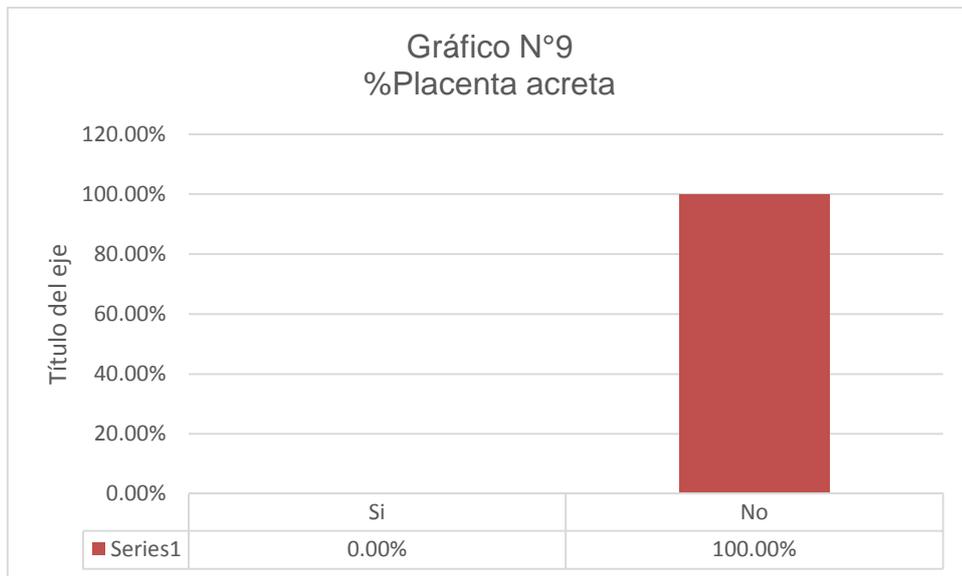
Fuente: Historias Clínicas de puérperas con diagnóstico de hemorragia post parto durante el período de enero a diciembre del año 2015 en el servicio de Gineco- obstetricia del Hospital de Barranca.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con causas de riesgo asociados a hemorragia post parto en puerperio inmediato del Hospital de Barranca – Cajatambo; si tuvieron retención placentaria fue un 3.8%; mientras las que no tuvieron retención placentaria fueron el 96.2%.

TABLA N° 9

**PLACENTA ACRETA DE LAS PACIENTES EN PUERPERIO INMEDIATO
CON CAUSAS DE RIESGO ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA POST
PARTO**

Placenta acreta	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0.00%
No	79	100.00%
Total	79	100.00%



Fuente: Historias Clínicas de puérperas con diagnóstico de hemorragia post parto durante el período de enero a diciembre del año 2015 en el servicio de Gineco- obstetricia del Hospital de Barranca.

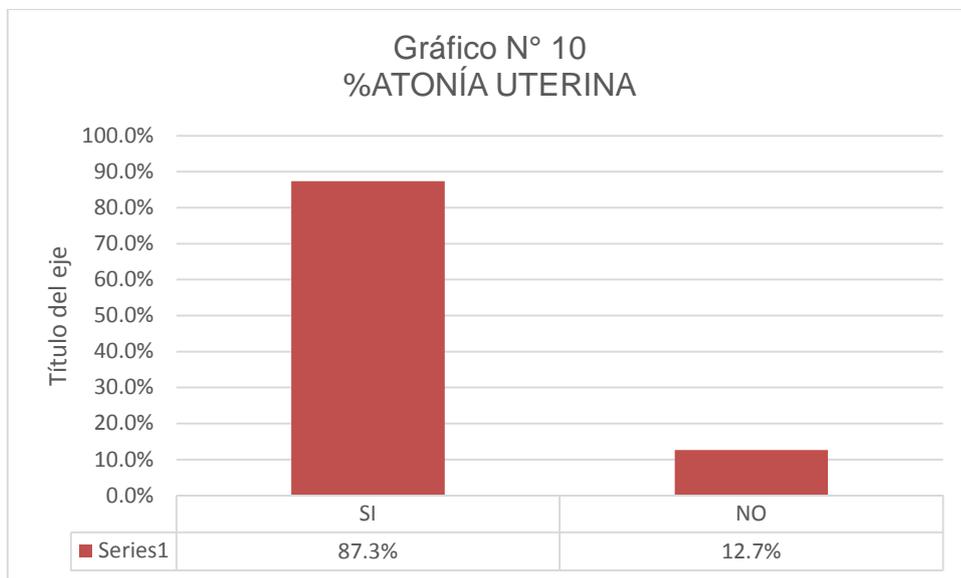
Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con causas de riesgo asociados a hemorragia post parto en puerperio inmediato del Hospital de Barranca – Cajatambo; no se observa placenta acreta.

CAUSA DE HEMORRAGIA POR HIPOACTIVIDAD UTERINA

TABLA N° 10

ATONÍA UTERINA DE LAS PACIENTES EN PUERPERIO INMEDIATO CON CAUSAS DE RIESGO ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA POST PARTO

Atonía Uterina	Frecuencia	Porcentaje
SI	69	87.3%
NO	10	12.7%
Total	79	100.0%

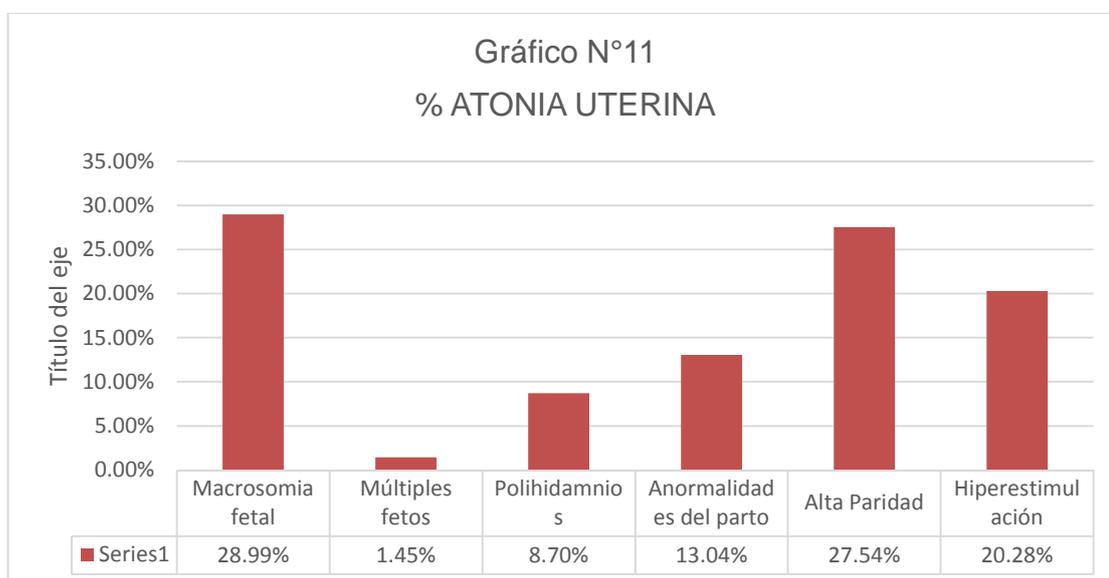


Fuente: Historias Clínicas de puérperas con diagnóstico de hemorragia post parto durante el período de enero a diciembre del año 2015 en el servicio de Gineco- obstetricia del Hospital de Barranca.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con causas de riesgo asociados a hemorragia post parto en puerperio inmediato del Hospital de Barranca – Cajatambo, según el ítem atonía uterina, se presentó atonía uterina en un 87.3%, mientras que no se observó en un 12.7%.

TABLA N° 10.1

Atonia uterina	Frecuencia	Porcentaje
Macrosomia fetal	20	28.99%
Múltiples fetos	1	1.45%
Polihidamnios	6	8.70%
Anormalidades del parto	9	13.04%
Alta Paridad	19	27.54%
Hiperestimulación	14	20.28%
Total	69	100.0%

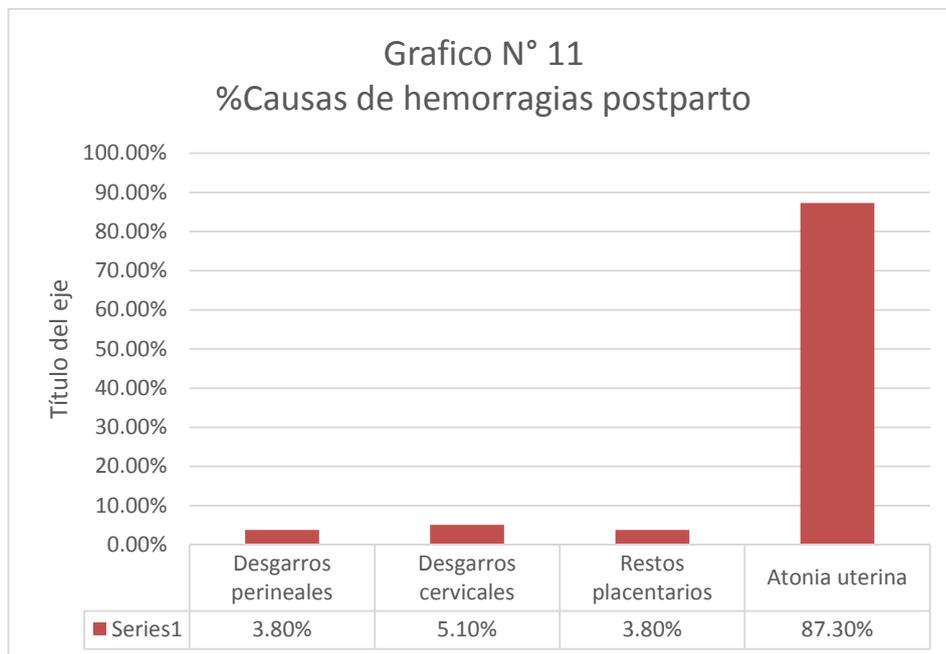


Fuente: Historias Clínicas de púerperas con diagnóstico de hemorragia post parto durante el período de enero a diciembre del año 2015 en el servicio de Gineco- obstetricia del Hospital de Barranca.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con causas de riesgo asociados a hemorragia post parto en puerperio inmediato del Hospital de Barranca – Cajatambo, según el ítem macrosomia fetal se presenta en un 28.99%, múltiples fetos en un 1.45%, polihidramnios en un 8.70%, anomalías del parto en un 13.04%, alta paridad en un 27.54%, hiper-estimulación 20.28%.

TABLA N° 11

Causas de hemorragia postparto	Frecuencia	Porcentaje
Desgarros perineales	3	3.80%
Desgarros cervicales	4	5.10%
Restos placentarios	3	3.80%
Atonía uterina	69	87.30%
Total	79	100.00%



Fuente: Historias Clínicas de puérperas con diagnóstico de hemorragia post parto durante el período de enero a diciembre del año 2015 en el servicio de Gineco- obstetricia del Hospital de Barranca.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con causas de riesgo asociados a hemorragia post parto en puerperio inmediato del Hospital de Barranca – Cajatambo, según las causas de hemorragia, se presentó desgarros perineales en un 3.8%, desgarros cervical en un 5.10%, restos placentarios en un 3.8%, se observa en un mayor porcentaje a la atonía uterina en un 87.3%.

4.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

1. Según paridad se observa en mayor porcentaje a las multíparas en un 40.5%, a semejanza de la investigación de Lugo Sánchez se observa que la mayoría de las pacientes son multíparas (53%), sin embargo a diferencia de la investigación de Chica Mendoza, se observó que las nulíparas en su mayor porcentaje (60%), también se observa que en la investigación de Mendoza Juarez se da a conocer en mínimo porcentaje la multiparidad (16%), sin embargo se observa que existe semejanza con la investigación de Calle Siguenza, J siendo su mayor porcentaje la multiparidad (52,9%).
2. Según el ítem de lesiones de la vía del parto no se presenta hemorragias en un 91.1%, sin embargo se presenta en un 5.1% la hemorragia por desgarro cervical; a diferencia del trabajo de investigación Bonifaz Guerrero, J. donde encontró en la mayoría de las pacientes con desgarro vaginal (42%), al igual que la investigación de Chriboga Dorado concluye que en la mayoría fue de lesión del canal blando del parto, sin embargo se observa en la investigación de Pazan Garces, S. que sus pacientes presentaron desgarro cervical pero en mínimo porcentaje (6%).
3. En relación a la hemorragia por efecto placentario se presentó por la retención placentaria en un 3.8%, a diferencia de la investigación de Pazan Garces, S. se presentó alumbramiento incompleto en un 49%
4. La atonía uterina es la causa más frecuente de la hemorragia postparto se presentó en las pacientes en un 87.3%; sin embargo se encuentra a su semejanza la investigación de Calle Siguenza donde se observa la atonía uterina en un 70.2%, a diferencia de la investigación de Pazan Garces donde se encuentra en un 3%.

CONCLUSIONES

- Las causas de hemorragias por traumatismos en el canal del parto no se presentan en un 91.1%, sin embargo si se reconoce el desgarro cervical que se presenta en un 5.1%, en consecuente el desgarro perineal se presenta en un 3.8%; lo cual no deja de ser importante.
- Las causas por hemorragia de efecto placentario, se da a conocer como principal la retención placentaria en un 3.8%, sin embargo no se presenta la placenta acreta como causa de hemorragia.
- Las causas de hemorragia por hipoactividad uterina postparto, es la más frecuente que se presenta en la investigación es la atonía uterina siendo la principal en un porcentaje de 87.3%.

RECOMENDACIONES

1. Realizar una completa y correcta Historia Clínica de cada paciente, para de esta forma contar con datos más precisos y confiables, los cuales nos den una idea si estamos o no frente a una paciente que tenga factores de riesgo para presentar una hemorragia post parto.
2. Se recomienda capacitar al profesional obstetra que realiza la atención del parto en la detección oportuna de la hemorragia, al igual que el manejo eficaz de la clave roja.
3. Realizar y no dudar en efectuar el manejo activo del alumbramiento; pues está plenamente demostrada su eficacia para disminuir la hemorragia post parto.
4. Realizar el control y vigilancia adecuada, a las puérperas inmediatas para evitar la hemorragia postparto, entrelazada a la hipoactividad uterina.
5. Como el factor de riesgo resultante en nuestra investigación fue la retención de restos placentarios, se recomienda hacer una revisión minuciosa de la placenta y sus membranas.
6. Vigilar la correcta administración de uterotónicos como la oxitocina durante la conducción del parto ya que un porcentaje importante de pacientes que presentaron hemorragia post parto fueron conducidas.
7. Realizar un mejor diagnóstico del ponderado fetal para así evitar una hemorragia post parto por macrosomía fetal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Combs CA, Murphy EL, Laros RK Jr. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. *Obstet Gynecol* 1991; 77:69.
2. Bateman, Brian T., Berman Mitchell. The epidemiology of postpartum hemorrhage in a large, nation sample of deliveries. *Anesthesia and analgesia*. 2010; 110(5): 1368-1373.
3. Abou-Zahr C. The global burden of maternal death and disability. *British medical bulletin* 2003; 67: 1-11.
4. Cabrera S. Hemorragia Posparto. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2010; 56: 24-32.
5. Dirección Regional de Salud de Lima. Estadística. Epidemiología
6. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico. Volumen 24, Semana epidemiológica N° 36. Lima, Perú.
7. Hospital de Barraca. Estadística. Estadística de Obstetricia.
8. Maguiña Guzmán, Miranda Monzón. La mortalidad materna en el Perú, 2002-2011. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, Mayo 2013.
9. Pazan Garces, Santiago. Factores de riesgo de patologías puerperales. Hospital José María Velasco Ibarra, 2010. Riobamba. Ecuador
10. Bonifaz Guerrero, J. (2010). Hemorragias Post-Parto en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba 2010. Ecuador

11. Ana María Lugo Sánchez. Caracterización de las pacientes con hemorragia uterina puerperal en las que se utilizó misoprostol. Habana, Cuba. 2011.
12. Chica Mendoza, K. (2013) Frecuencia de la hemorragia postparto y post cesárea en pacientes del Hospital "Rafael Rodríguez Zambrano" de la ciudad de Manta durante el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013.
13. Chiriboga Dorado, A. (2013). Causas y factores de riesgo que conllevan a presentar hemorragias postparto en pacientes atendidas en el Hospital Enrique C. Sotomayor de septiembre 2012 a febrero 2013.
14. Mendoza Juárez, M., Hurtado Estrada, G. (2013). Morbilidad y mortalidad en hemorragia obstétrica en el hospital de Ginecología y Obstetricia, Instituto Materno Infantil del estado de México, IMIEM, en el periodo comprendido del 01 de julio del 2011 al 01 de agosto del 2012.
15. Calle Siguenza, J., Espinoza Barrera, D. (2015). Prevalencia, causas y factores de riesgo asociados a la hemorragia postparto (HPP) en las pacientes del Departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo enero-diciembre 2014.
16. Altamirano Girano, P. (2012) Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009.
17. Correa Martínez, G. (2014). Gran multiparidad y macrosomía fetal como factores de riesgo para hemorragia postparto Hospital distrital Santa Isabel, El Porvenir 2007 -2013.

18. Medina Palpa, Katherine Melissa. Hallazgos ultrasonográficos por vía transvaginal en pacientes con hemorragia uterina anormal. clínica santa luzmila. agosto-octubre 2014. Lima. Perú. 2014
19. Fernández Robles, J. (2015). Hemorragia Postparto Por Retención De Restos Placentarios En El Hospital San José De Chincha – Minsa.
20. Vela Coronado, S. (2016). Trabajo de parto disfuncional como factor de riesgo para atonía uterina y hemorragia postparto en puérperas del H.N.H.U periodo enero-noviembre 2015.
21. Gil Cusirramos, M. (2016). Factores asociados a hemorragia post parto inmediato por atonía uterina en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo enero - septiembre del 2015.
22. Flor de Maria Orejon Paucarpura. Factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primiparas en el Instituto Nacional Materno Perinatal septiembre - noviembre 2015. Lima- Perú. 2016.
23. Jordan Jeffrey Parodi Quito. Complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en gestantes con anemia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, año 2015. Lima – Peru. 2016
24. Tuesta Vera, Tony Lirving. Obesidad pregestacional como factor asociado a hemorragia postparto temprana en el Hospital Regional Docente de Trujillo. 2008 – 2014. Trujillo – Peru. 2016.
25. BENSON PERNOLL. Manual De Obstetricia Y Ginecología. México DF: Mc Graw-Hill Interamericana 2012; 10: 365-366

26. Schwartz, Ricardo Leopoldo. Obstetricia. 6ta edición. Buenos aires: El Ateneo, 2006.p 451.
27. Hernández G. Graciano L Buen suseso J Mendoza J. Hemorragia obstétrica postparto: reanimación guiada por metas. Rev Hosp Jua. Mex 2013; 80(3): 183-191.
28. Smith J, Brennan B. Postpartum haemorrhage. E Medicine. 2006; 13: 1-9. 23.
29. Bertucci S. Manejo anestésico de la hemorragia obstétrica postparto. Anest Analg Reanim. Junio, 2014
30. Calle A, Barrera M, Guerrero A. Diagnóstico y manejo de la hemorragia postparto. Rev. Per Ginecol. Obstet.; 54:233-243.
31. José Pacheco Romero. Ginecología Obstetricia Y Reproducción 2da edición. Lima Repsac, 2007, p 1234- 1237.
32. Richa Saxena (2014). Manual en obstetricia y ginecología. Pág. 236 – 244
33. J. Gonzales Merlo, JM Laila Vicens, E. Fabre Gonzalez, E. Gonzales Bosquet. Editorial Elsevier, 6° Edicion. 2013. Pag. 694-695.
34. Norma técnica de Salud. Atención integral de salud materna. 105. 2013.
35. Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar, METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION. 5ta edición. México. 2010. Pág. 76-194

ANEXO N° 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA
“CAUSAS DE RIESGO ASOCIADOS A LA HEMORRAGIAS POST PARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL DE BARRANCA –CAJATAMBO, 2015”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
<p>¿Cuáles son las causas de riesgo asociados a la hemorragia post parto en puérperas inmediatas del Hospital de Barranca – Cajatambo, 2015?</p> <p><u>Problemas específicos</u></p> <p>✓ ¿Cuáles son las causas de hemorragias por traumatismos en el canal del parto en puérperas inmediatas del Hospital de Barranca –Cajatambo, 2015?</p> <p>✓ ¿Cuál es la causa por hemorragia por retención de restos placentarios en puérperas inmediatas del Hospital de Barranca –Cajatambo, 2015?</p> <p>✓ ¿Cuál es la causa de hemorragia por atonía uterina en puérperas inmediatas del Hospital de Barranca – Cajatambo, 2015?</p>	<p>Identificar las causas de riesgo asociados a la hemorragia post parto en puérperas inmediatas del Hospital de Barranca – Cajatambo, 2015.</p> <p><u>Objetivos específicos</u></p> <p>✓ Identificar las causas de hemorragias por traumatismos en el canal del parto en puérperas inmediatas del Hospital de Barranca –Cajatambo, 2015.</p> <p>✓ Identificar la causa por hemorragia por retención de restos placentarios en puérperas inmediatas del Hospital de Barranca –Cajatambo, 2015.</p> <p>✓ Identificar la causa de hemorragia por atonía uterina en puérperas inmediatas del Hospital de Barranca – Cajatambo, 2015.</p>	<p><u>Hipótesis general</u></p> <p>Por ser un trabajo descriptivo no necesita hipótesis</p>	<p>(Variable x)</p> <p>Causas de riesgo asociados a la hemorragia post parto en puerperio inmediato</p>	<p>Variable x1 Causas de hemorragias por traumatismos en el canal del parto</p> <p>Variable x2 Causa de hemorragia por efecto placentario.</p> <p>Variable x3 Causa de hemorragia por hipoactividad uterina</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desgarro cervical • Desgarro Vaginal • Placenta acreta • Restos placentarios • Atonía uterina 	<p>La población y la muestra estuvieron conformada por 79 puérperas inmediatas con diagnóstico de hemorragia post parto en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Barranca durante el mes de enero a diciembre del 2015.</p> <p>Tipo de Investigación: No experimental transversal, descriptivo</p> <p>Método de investigación Cualitativo</p> <p>Diseño: No experimental descriptivo.</p> <p>Estadístico de prueba: SPSS 23.0</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección de datos</p>



ANEXO Nº 2 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“CAUSAS DE RIESGO ASOCIADOS A LA HEMORRAGIAS POST PARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL DE BARRANCA – CAJATAMBO, 2015”

FECHA:

HC:

➤ **Datos generales:**

1. Edad

- 10-14 ()
- 15-19 ()
- 20-25 ()
- 26-35 ()
- 36 a mas ()

2. Nivel de instrucción

- Analfabeta ()
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Técnico ()
- Universitaria ()

3. Estado Civil

- Soltera ()
- Casado ()
- Conviviente ()
- Divorciada ()

4. Ocupación

- Independiente ()
- Ama de casa ()
- Empleado ()
- Estudiante ()
- Técnico ()

5. Procedencia

- Rural ()
- Urbano ()

6. Paridad

- Nulípara ()
- Multipara ()
- Gran Multipara ()

➤ **Causas de hemorragias por traumatismos en el canal del parto**

Lesiones

- Desgarro perineales ()
- Desgarro cervical ()
- Rotura uterina ()

- Ninguno ()

➤ **Causa de hemorragia por efecto placentario.**

- Placenta acreta
 - Si
 - No
- Retención de restos
 - Si
 - No

➤ **Causa de hemorragia por hipoactividad uterina**

- ATONIA
 - i. Si ()
 - ii. No ()