

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE ALTO RIESGO ASOCIADOS A
HEMORRAGIA POSTPARTO INMEDIATO EN EL
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DURANTE EL
2009**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

PAULA ANGÉLICA ALTAMIRANO GIRANO

LIMA – PERÚ

2012

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia, Mike y Kumico, por su comprensión y apoyo en todo momento.

A mis padres, José y Beatriz, por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecerle a mi asesora de tesis, la Dra. Jeanette Marchena A. por sus conocimientos invaluableles que me brindo para llevar a cabo esta investigación, y sobretodo su gran paciencia para esperar a que este trabajo pudiera llegar a su fin.

Agradezco a cada uno de los miembros del jurado por las valiosas contribuciones que hicieron al trabajo final y por el tiempo que dedicaron para revisarlo, aún a pesar de tantas actividades que los ocupan.

Gracias a todas y cada una de las personas que participaron en la culminación de esta tesis, ya que dedicaron su tiempo y su conocimiento para ayudarme a completar mi proyecto.

RESUMEN

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%.

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

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

Palabras clave: Hemorragia postparto, factor de alto riesgo, causas de hemorragia postparto.

SUMMARY

Objective: To determine risk factors associated with immediate postpartum hemorrhage in the Mary Help of Christians Hospital in 2009.

Materials and methods: An analytical study, retrospective, cross-sectional, case-control study. The population consisted of all immediate postpartum women who met the inclusion and exclusion criteria. We found 65 cases that were studied with 65 controls who were matched by age and reference. We performed multiple logistic regression analysis, Odds ratio (OR) with confidence interval of 95%.

Results: The frequency of PPH was 1.52%. The main risk factors during pregnancy for the group of cases are highlighted in order of frequency: 23.8% primigravida, urinary tract infection 11.9%, intergenetic along with 11.1%, stunting 8.7%, yearsa 7.4 %, anemia 6.3%. The main intrapartum risk factors were found in the order of frequency: 40.3% episiotomy, premature rupture of membranes 14.7%, 12.8% precipitate labor, oxito-line 10%, prolonged labor 7.3. In applying the chi-square test for significant differences found by the P value was found 2 factors whose p values were statistically significant ($p < 0.05$), precipitate labor ($p = 0.039$) and episiotomy ($p = 0.021$).

Conclusions: Intrapartum risk factors identified are episiotomy and childbirth precipitate. The episiotomy was 2.298 times greater risk of PPH compared to those not presented the factor. Pellet delivery was 2,706 times greater risk of PPH. The main causes of postpartum hemorrhage constitute the birth canal laceration, uterine atony, retained placental remnants. The frequency of PPH at Mary Help of Christians Hospital was 1.52%.

Keywords: Postpartum hemorrhage, risk factor, causes of postpartum hemorrhage.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO.....	- 7 -
CAPITULO II : INTRODUCCIÓN.....	- 12 -
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	- 13 -
JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.....	- 15 -
OBJETIVOS DEL PROYECTO.....	- 16 -
HIPÓTESIS.....	- 17 -
CAPITULO III: ANTECEDENTES.....	- 18 -
CAPITULO IV : MATERIAL Y MÉTODO	- 23 -
CAPITULO V: RESULTADOS	- 30 -
CAPITULO VI : DISCUSIÓN	- 47 -
CAPITULO VII : CONCLUSIONES.....	- 52 -
CAPITULO VIII : RECOMENDACIONES	- 53 -
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	- 54 -
ANEXO.....	- 57 -

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO

La Hemorragia Post parto (HPP) según la OMS, se define como la pérdida de 500 ml de sangre o más a través del tracto vaginal que se produce en el período intraparto o postparto inmediato o un descenso del hematocrito del 10 % o más en las primeras dos horas posparto.^[1]

Actualmente se considera que cualquier pérdida de sangre que conlleve a una alteración hemodinámica de la paciente debe ser considerada como HPP. Algunos consideran 500 ml como punto de corte y estiman que el promedio de pérdida de sangre de partos vaginales con feto único es de 500 ml (casi 1000 para gemelar).^[6]

Es importante tener en cuenta que las estimaciones clínicas acerca de la cantidad de pérdida sanguínea tiende a subestimar el volumen real de pérdida entre un 43 a un 50%; motivo por el cual la incidencia de HPP varía en los diferentes estudios entre 2.5 a 16%.
[4,6]

En la actualidad se sugiere que cualquier pérdida sanguínea que tenga el potencial de producir inestabilidad hemodinámica, puede considerarse como una hemorragia post parto.^[4,6]

La hemorragia postparto es una causa frecuente de mortalidad materna. Usualmente se clasifica en dos tipos, Hemorragia postparto inmediata, que tiene lugar en las primeras 24 horas del puerperio; la mayoría ocurre en las primeras 2 horas. Ésta es la hemorragia más frecuente y la más importante. El segundo tipo es la hemorragia posparto tardía que se

presenta a partir del segundo día del puerperio hasta 6 semanas después del parto, la frecuencia oscila entre 5 a 15%.^[7]

Es indispensable y necesario identificar a la paciente portadora de factores de riesgo que podrían llevarla a presentar hemorragia postparto y cuando se habla de factor de riesgo nos referimos a cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que está asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológico, ambiental, de comportamiento, socio-culturales, económicos, etc.) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción. Estos factores son clasificados, el momento de la ocurrencia, anteparto e intraparto. Entre ellos tenemos la preeclampsia, el trabajo de parto prolongado, el uso de oxitocina durante el trabajo de parto, los antecedentes de hemorragia posparto, el embarazo múltiple, la macrosomía y la multiparidad, episiotomía medio lateral, entre otros. Sin embargo, la identificación de dichos factores no siempre es de utilidad porque en dos tercios de los casos la hemorragia se presenta en pacientes sin riesgo. Si bien es un evento en buena medida prevenible y tratable, en los países en desarrollo con frecuencia se convierte en fatal, dada la limitación en el acceso a servicios de salud de buena calidad y con recursos suficientes para afrontar estas emergencias, por ejemplo, la posibilidad de brindar una transfusión oportuna de sangre y hemoderivados.^[6,7]

Las causas de la hemorragia postparto pueden ser múltiples, entre ellas tenemos la atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de restos placentarios y alteración de la coagulación.^[5,7]

La atonía uterina es responsable del 80-90% de todas las hemorragias postparto.^[3] Esta complicación se presenta posterior a la salida de la placenta, por que el útero no se contrae, existiendo por lo tanto una pérdida continua de sangre. La atonía uterina y la falla de la retracción del músculo uterino pueden llevar rápidamente a hemorragia severa

y shock hipovolémico. Esta complicación está relacionada por la presencia de causas predisponentes, entre ellas tenemos la sobre distensión uterina que puede ser debida a la presencia de macrosomía fetal, polihidramnios o anormalidad fetal; pero, también puede ser por una estructura uterina anormal o falla en el alumbramiento, con sangrado posterior.^[3,6] La contracción pobre del miometrio es otra causa predisponente de atonía y esta puede ser resultado de fatiga, debido a trabajo de parto prolongado, especialmente si hay estimulación. En algunos casos también puede ser por inhibición de las contracciones uterinas por uso de drogas, como AINES, sulfato de magnesio, simpaticomiméticos beta y nifedipino. Otras causas incluyen implantación baja de placenta, toxinas bacterianas (corioamnionitis, endometritis, septicemia), hipoxia debida a útero de Couvalier y la inversión uterina.^[3,7]

La placenta retenida es definida como la no expulsión de la placenta dentro de los 30 minutos que suceden al parto del feto. La placenta se encuentra adherida o bien encarcelada en el útero, por lo que no puede ser expulsada. La cavidad uterina así ocupada por la placenta, no logra contraerse eficazmente por lo que el sangrado continúa. La presencia de restos placentarios, cotiledones o fragmentos de membrana ovulares adheridos a la pared uterina son la causa más frecuente de hemorragia tardía. Estos son los responsables del 5-10% de los casos.^[7]

Los traumatismos genitales espontáneos o iatrogénicos luego de un parto espontáneo o más frecuentemente instrumental (fórceps, espátulas) pueden ocasionar lesiones de partes blandas maternas ya sea a nivel del útero (desgarros, inversión), cuello uterino o vagina, constituyéndose en causa de hemorragia posparto. Su diagnostico se hace en el posparto inmediato, al realizar la revisión del canal del parto. La inversión uterina tiene una incidencia de 1 en 5000- 10000 partos. Corresponde a la invaginación del fondo y del cuerpo del útero dentro de la cavidad uterina. La hemorragia excesiva por episiotomía, laceraciones o ambas causan cerca del 20% de los casos de Hemorragia posparto. Pueden ser causadas por un parto precipitado o macrosomía fetal.^[15]

Los defectos de la coagulación y la inversión uterina, a pesar de que exhiben altas tasas de letalidad, son poco comunes; rara vez por sí solas causan hemorragia severa postparto. Pueden ser inducidas por la administración de fármacos o por el consumo de factores de coagulación. ^[18]

La probabilidad de morir se incrementa en forma importante cuando la mujer llega con anemia al momento del parto; una mujer en estas condiciones puede morir con pérdidas sanguíneas tan bajas como 250 a 500 cc. Las estrategias planteadas a nivel mundial para prevenir las muertes por esta causa son diversas y en algunos casos la recomendación es realizar más estudios acerca del tema. ^[7]

Existen estudios que muestran una incidencia menor de Hemorragia postparto en pacientes que reciben oxitocina en dosis bajas ya sea intravenosa o intramuscular al momento de la salida del hombro anterior y tracción controlada del cordón, en comparación con las pacientes que recibieron oxitocina intravenosa después de la salida de la placenta. ^[23]

La administración rutinaria de oxitócicos durante la tercera etapa del parto disminuye la pérdida de sangre y reduce la probabilidad de hemorragia puerperal en un 40%. Puede usarse oxitocina 10-20 unidades por litro en infusión lenta IV o 10 unidades por vía IM. No debe administrarse en bolo, ya que dosis altas pueden causar hipotensión (más de 5 unidades). ^[20]

Las complicaciones durante el parto producen anemia e infertilidad a millones de mujeres. La hemorragia intraparto y posparto puede ocasionar anemia grave, que contribuye a la morbilidad crónica. La anemia aumenta el riesgo de muerte en casos de hemorragia y, cuando es grave, puede derivar en una falla cardíaca en las mujeres.

Las consecuencias más importantes de la HPP grave incluyen shock hipovolémico, coagulación intravascular diseminada (CID), insuficiencia renal, insuficiencia hepática y síndrome de dificultad respiratoria del adulto. En los países de bajos ingresos, el estado nutricional deficiente, la imposibilidad de acceso al tratamiento, y el inadecuado cuidado intensivo y de las instalaciones de los bancos de sangre son factores adicionales que contribuyen a las altas tasas de mortalidad y morbilidad en estos países. Al no contar con una definición de HPP de aceptación general, se desconoce la incidencia exacta de las complicaciones. ^[12]

La práctica convencional para prevenir la HPP consiste en un procedimiento denominado “manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto”. Realizado inmediatamente después del parto, este procedimiento conlleva una serie de intervenciones clínicas para acelerar la expulsión de la placenta y prevenir la atonía uterina. El manejo activo incluye los siguientes componentes básicos: la administración de un medicamento uterotónico para la contracción del útero (generalmente oxitocina); la tracción controlada del cordón umbilical; y la aplicación de masajes uterinos luego de la expulsión de la placenta, según sea apropiado. ^[21]

También, pueden administrarse fluidos intravenosos o terapia con medicamentos y transfusiones sanguíneas para estabilizar a la paciente. Si con estas medidas iniciales no se logra controlar el sangrado, puede resultar necesario recurrir a intervenciones quirúrgicas de carácter avanzado. ^[19]

CAPITULO II : INTRODUCCIÓN

Cada año en todo el mundo muere más de 500.000 mujeres de edades comprendidas entre 15 y 49 años, como resultado de complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, siendo la hemorragia postparto la primera causa de muerte. ^[1]

La hemorragia postparto (HPP) es por consiguiente, una de las causas más comunes de mortalidad materna en el mundo. El 99% de ellas se presenta en países en vías de desarrollo. A nivel mundial, el 75% de las complicaciones postparto corresponde a la hemorragia postparto, además se estima que esta aparece en un 40% de todos los partos vaginales, y en un 30% de los partos por cesárea. ^[7]

En el Perú, según el Ministerio de Salud, el índice de mortalidad materna se reduce progresivamente desde hace 4 años, mayormente en las zonas andinas y selváticas. En el 2004 se registraron 628 muertes maternas y en el 2005 se reportaron 596 decesos.

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

Los resultados de la última Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes) 2009, presentados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la mortalidad materna ha disminuido en un 44% desde el sondeo del mismo tipo realizado el año 2000. Los resultados dan cuenta de que el número de muertes maternas por cada cien mil niños nacidos vivos decreció de 185 a 103 en este período de 10 años (contando al año 2000).

El 80% de las muertes maternas se debieron a causas directas del embarazo, principalmente por hemorragia (41%), preeclampsia (19%) o infecciones diversas (6%).

El índice de mortalidad materna más alto se registró entre las gestantes de 20 y 24 años reportándose más de 120 decesos.

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

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Problema General

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.

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.

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.

Por ello, planteamos el siguiente **Problema General**:

¿Cuáles son los factores de alto riesgo asociados a Hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009?

Problema Específico

La mortalidad materna debido a complicaciones en el postparto continua siendo alta en países subdesarrollados, lo que representa no solo una tragedia para la familia, sino también para la población económicamente activa.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, la atención especializada durante el parto, y la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios especializados, puesto que la conducta clínica apropiada y el tratamiento a tiempo pueden suponer la diferencia entre la vida y la muerte.

Si bien la HPP es una complicación obstétrica muy seria, es importante destacar que es altamente prevenible. La prevención a través del estudio de las causas y los factores de riesgo es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbi-mortalidad materna.

Aunque la presencia de uno o más de estos factores puedan aumentar las probabilidades de que la mujer tenga una hemorragia, las dos terceras partes de la HPP ocurren en mujeres sin factores de riesgo conocidos.

Por ello se plantea: ¿ Es posible determinar factores de riesgo en todos los casos de HPP?.

La investigación relacionada con la identificación de los factores de alto riesgo asociados a HPP nos permitirá asomar a un universo clínico, médico en las que se podrá identificar mediante un proceso de estudio, todo lo relacionado con las mujeres embarazadas que experimentan sangrado o hemorragia postparto, durante las primeras horas y excesivo puede poner en riesgo la vida de la mujer.

JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

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

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

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

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

(18.9%), infección (6.1%), complicaciones tras un aborto (6.1%) o un parto obstruido (0.9%).

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

La prevención de la hemorragia es preferible al mejor tratamiento. Todas las pacientes en trabajo de parto se les debe evaluar el riesgo de Hemorragia posparto. El manejo apropiado de la hemorragia posparto requiere una investigación exhaustiva en busca de una causa específica de la hemorragia. Se pueden cometer errores cuando el medico la maneja si no intenta determinar su etiología específica.

Con el presente trabajo se pretende contribuir en la generación de conocimiento sobre los 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.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. *Objetivo General:*

Determinar los factores de alto riesgo asociados a Hemorragia postparto inmediato en pacientes puérperas de parto vaginal que se atendieron en el servicio de obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el 2009.

2. *Objetivos Específicos:*

1. Identificar los factores de alto riesgo durante el embarazo y el trabajo de parto que puedan incrementar la morbilidad y mortalidad asociada a hemorragia postparto en pacientes con parto vaginal.

2. Determinar la incidencia de la hemorragia postparto y su tratamiento farmacológico y no farmacológico en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009.

HIPÓTESIS

- La primigesta, la gran multípara, trabajo de parto prolongado, macrosomía fetal y el Síndrome de HELLP son factores de riesgo que afectan la incidencia de la hemorragia postparto.
- La Hemorragia postparto presenta una mayor incidencia en gestantes añosas que en gestantes adolescentes.
- La atonía uterina es la causa más frecuente de hemorragia postparto y la segunda causa es la retención de restos placentarios y/o coágulos.

CAPITULO III: ANTECEDENTES

La Hemorragia postparto es una de las patologías más frecuentes e importantes, por lo cual ha sido objeto de estudios en diversos países. En la literatura internacional revisada se encontró los siguientes estudios:

En Noruega se realizó un estudio en el Medical Birth Registry durante 6 años sobre la prevalencia y los factores de riesgo de la hemorragia obstétrica grave, donde se identificó en 3.501 (1.1%) mujeres cuyas causas de hemorragia fueron atonía uterina (30%), placenta retenida (18%) y trauma (13,9%). El riesgo fue menor en mujeres pertenecientes a etnias del oriente medio, con una triplicación de los partos por cesárea y el doble por cesáreas electivas, en comparación con el parto vaginal. Las embarazadas mostraron mucha mayor frecuencia de embarazos múltiples, enfermedad de Von Willebrand y anemia (hemoglobina (9g/dl). Las internaciones en unidades de terapia intensiva, la muerte posparto, la histerectomía, la insuficiencia renal aguda y hasta muertes maternas fueron significativamente más comunes entre las mujeres con hemorragia grave.^[18]

Según un estudio australiano publicado en el 2009 en la *BMC Pregnancy and Childbirth*, cada vez más mujeres sufren graves problemas tras el parto debido a hemorragias inmediatamente tras el alumbramiento. El trabajo analizó a 500.603 mujeres que habían dado a luz en Nueva Gales del Sur. De ellas, 6.242 sufrieron graves secuelas postparto, siendo el 67 por ciento por hemorragias obstétricas, y 22 murieron en el hospital. Las secuelas postparto pueden acabar acarreando infertilidad, daños psicológicos, minusvalía e incluso la muerte. La conclusión del estudio, por tanto, fue que todas las mujeres deberían tener acceso a una gestión activa de la expulsión de la placenta y ser sometidas a una cuidadosa observación en las dos horas siguientes al alumbramiento. Eso podría reducir los índices de hemorragia postparto y, por tanto, las probabilidades de que las mujeres sufran daños graves o incluso la muerte.^[2]

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, multidisciplinario y descriptivo del parto y puerperio inmediato durante los meses de enero y febrero del año 2005 en el Hospital Ángela I de Llano en la provincia de Corrientes en Argentina, donde se observó que las causas de hemorragia postparto fueron: atonía uterina 37.5%, retención de restos 37,7% y desgarro cervical 25%. La medicación utilizada para la hemorragia fue oxitocina 75% y cefalotina 62,5%; se realizó además, masaje uterino 37,5% legrado uterino 35,5% y reparación de desgarro 25%. La frecuencia de factores de riesgo durante el embarazo fue: primigesta 32%, RPM 16%, edad extrema (menor de 18 y mayor de 35 años) 16%, gran múltipara 15% y anemia 14,7%. Se presentaron enfermedades concomitantes en 16,6%, predominando la infección urinaria en 7,3%; vulvovaginitis en 5,6%; hipertensión arterial en 2,8; obesidad en 2,9%; diabetes y asma en 0,9%. El 47,7% utilizó medicación durante el embarazo, y específicamente sulfato ferroso 34,4%. Durante el periodo intraparto, se identificaron factores de riesgo en 49% de las pacientes, predominando la inducción con oxitocina en 20,2%; episiotomía en 18,3%, rotura prematura de membrana en 5,5%; uso de sulfato de magnesio 1,8%; parto prolongado 0,9% y agotamiento por trabajo de parto prolongado 0,9%. La tasa de incidencia de hemorragia puerperal fue el 7,3% en la maternidad. No hubo una causa principal ya que la hipotonía uterina y la retención placentaria tienen el mismo porcentaje. Pero es de destacar que el principal factor de riesgo fue la anemia. La administración de oxitocina parece ser ventajoso, especialmente en mujeres con riesgo incrementado de hemorragia postparto o en mujeres con anemia severa. ^[5]

Una revisión sistemática de Cochrane identificó cinco ensayos controlados aleatorizados (ECA) que compararon el manejo activo y el expectante, que incluyó a más de 6.400 mujeres. En comparación con el manejo expectante, el manejo activo se asoció con: una tercera etapa más corta (diferencia media: -9,77 minutos), una reducción del riesgo de hemorragia posparto (número necesario a tratar [NNT] = 12) y la hemorragia posparto severa (NNT = 57), un menor riesgo de anemia (NNT = 27), una disminución de la necesidad de transfusión de sangre (NNT = 65), y una menor necesidad de medicamentos uterotónicos adicionales (NNT = 7). El manejo activo también se asoció con un mayor

riesgo de náuseas en la madre (número necesario para dañar [NND] = 15), vómitos (NND = 19), y la presión arterial elevada (NND = 99), probablemente causado por el uso de ergóticos por vía intramuscular como la medicación uterotónica en cuatro de los cinco estudios en la revisión sistemática. No hubo ventajas o desventajas para el niño con uno u otro enfoque. ^[21]

Se realizó un estudio para mejorar el cuidado perinatal en América Latina, fue un ensayo clínico aleatorizado por conglomerados, multicéntrico, realizado en 24 hospitales públicos de Argentina y Uruguay durante el 2003 y el 2005. El objetivo principal de este estudio fue incrementar el uso de dos prácticas obstétricas basadas en la evidencia: el uso de oxitocina para el manejo del alumbramiento y la episiotomía selectiva. Con este fin, el estudio evaluó una intervención conductual para facilitar el desarrollo y la implantación de guías clínicas basadas en la evidencia relacionada con la prevención de la hemorragia post parto y el uso de episiotomía, en comparación con las actividades habituales de capacitación. Como resultado en total 1221 (10,8%) partos vaginales tuvieron HPP estándar y 209 (1,86%) tuvieron HPP severa. Los factores de riesgo más fuertemente asociados a HPP fueron: placenta retenida (33,3%), embarazo múltiple (20,9%), macrosomía (18,6%), episiotomía (16,2%) y sutura perineal (15%). Por otro lado, el manejo activo del alumbramiento, la multiparidad y el bajo peso al nacer demostraron un efecto protector.

En los análisis bivariados, la HPP severa estuvo asociada a la placenta retenida (17,1%), la macrosomía (4,9%), el trabajo de parto inducido (3,5%), el desgarro perineal de primer grado (2,8%), la episiotomía (2,7%), la sutura perineal (2,5%) y la nuliparidad (2,3%). En resumen, los factores de riesgo de HPP en este estudio incluyeron placenta retenida, embarazo múltiple, macrosomía, episiotomía, sutura, y el no uso de manejo activo del alumbramiento. La mayoría de estos factores se relaciona con el parto y el alumbramiento. Por lo tanto, según refiere este estudio, es necesario hacer un esfuerzo en el momento del parto y del alumbramiento para aplicar prácticas preventivas tales como la episiotomía selectiva y el manejo activo del alumbramiento para prevenir la HPP en partos vaginales. Los resultados del presente estudio demuestran que muchos de los

factores de riesgo de hemorragia post parto en la población latinoamericana se relaciona con complicaciones del parto y el alumbramiento.^[13]

En 2009, se publicó estudio retrospectivo y descriptivo efectuado sobre 25 gestantes con edad de 35 ± 5 años que ingresaron desde marzo de 1991 hasta febrero de 2008 en la División de Cuidados Intensivos de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina por presentar hemorragias de origen obstétrico^[26]. Hubo 11 desgarros cérvico-vaginales y rupturas uterinas. El 88% de los casos presentaron shock hemorrágico. El promedio de unidades de hematíes transfundidos fue 14 ± 5 , y el hematocrito alcanzado al cabo de las siguientes 24 horas fue $20 \pm 6\%$. En 20 enfermas se recurrió a la histerectomía como última medida para controlar el sangrado masivo. Siete pacientes histerectomizadas presentaron hemorragias retro y/o intraperitoneal, debiéndose reintervenir quirúrgicamente por sangrado persistentes. Veintidós enfermas cursaron con coagulopatía por consumo, 6 de ellas con coagulación intravascular diseminada, En la mitad de las puérperas se presentaron complicaciones graves. Cinco pacientes sufrieron lesiones quirúrgicas recto-sigmoideas (2), vasculares (2) y vesical (1). Ocho cursaron con distrés pulmonar, dos de ellas con disfunción multiorgánica. Las 25 puérperas sobrevivieron sin secuelas. Se concluyo en este trabajo que los desgarros cérvico vaginales y rupturas uterinas representaron las causas más frecuentes de hemorragias exanguinantes y la histerectomía aunque necesaria, no resolvió el sangrado en el 40% de los casos.

En el IMP, se realizó una investigación descriptiva retrospectiva sobre las “Causas de Hemorragia en el Post Parto Eutócico Inmediato”, datos tomados de Enero de 1992 a Diciembre de 1996, donde se encontraron 196 casos. En esta investigación se concluyó que la frecuencia de HPP en el IMP durante el período en estudio fue de 0.29% y las causas en orden de importancia fueron: ruptura cérvico- vaginal 68.8%, hipotonía uterina 15.82%, retención de restos placentarios 10.20%, retención de placenta 4.59% e inversión uterina 0.51%. Cabe resaltar que este fue un estudio retrospectivo, por lo tanto hay un enorme sub registro.

Otro estudio realizado entre Enero 1991 a Diciembre 1999 en el Hospital “San Bartolome” cuyo título fue “Factores gestacionales de Riesgo de la Hemorragia Puerperal” realizado en 51,369 embarazos, se identificaron los siguientes factores de riesgo, talla menor de 160 cm 75,1% (Riesgo atribuible 17.3%), Nuliparidad 53,3% (Riesgo atribuible 23,2%), Anemia crónica 18,9% (Riesgo atribuible 10,3%), Parto iatrogeno 27,4% (Riesgo atribuible 14,9%), Parto instrumentado 2,7% (Riesgo atribuible 8,0%), Preeclampsia 13,2% (Riesgo atribuible 6,5%) Infección puerperal 1,4% (Riesgo atribuible 7,2%), Recién nacido enfermo 14,3% (Riesgo atribuible 6,9%), Otras infecciones 1,0% (Riesgo atribuible 1,6%).

En el Hospital S. Bernales se realizó un estudio analítico, retrospectivo, de casos y controles cuyo título fue: “Factores de riesgo de la hemorragia post parto inmediato: estudio caso-control en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Collique, durante el período de abril - octubre del 2003”, donde se encontraron 86 casos hallándose una frecuencia de HPP de 3.03%(cesáreas: 2.63%, partos vaginales: 3.21%). Los factores de riesgo encontrados fueron : retención de restos placentarios (OR=9.75 ; p=0.001) todos los casos en partos por vía vaginal y desgarros de cérvix, vagina y periné (OR= 6.09; P=0.005) igualmente todos los casos en partos por vía vaginal. Se encontraron dos factores asociados a HPP que tuvieron el valor de p significativo: la retención de coágulos y la coagulopatía por consumo, sin embargo al realizarse el análisis univariado y multivariado no se llegó a la conclusión de que fueran factores de riesgo por la proporción del número de casos en relación a la muestra total. El promedio de la diferencia de Hto pre y postparto en los casos de HPP fue del 11.59% (12% en las cesáreas y 10% en partos por vía vaginal).

CAPITULO IV : MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: Estudio analítico, retrospectivo, de corte transversal, de casos y controles.

Lugar de estudio: Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora.

Universo y Muestra: El universo estuvo constituido por todas las pacientes que presentaron parto por vía vaginal, atendidas en el servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital María Auxiliadora durante los periodos de Enero a Diciembre del 2009, alcanzando un total de 4271 partos. De entre ellas se analizó la información de 65 casos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. El grupo control fue seleccionado en forma aleatoria, considerando el parámetro de edad y referencia equivalentes a los casos, ingresando al estudio todas aquellas pacientes que cumplían con los criterios de selección.

Criterios de inclusión:

- **Casos**

- Todas las pacientes que presentaron hemorragia postparto dentro de las 24 horas post parto.
- Todas las pacientes que presentaron parto vía vaginal en el Hospital María Auxiliadora en el período en estudio.

- **Controles**

- Todas las pacientes que no presentaron hemorragia postparto dentro de las 24 horas post parto.
- Todas las pacientes que presentaron parto vía vaginal en el Hospital María Auxiliadora en el período en estudio.

Criterios de exclusión:

- **Casos**

- Pacientes que no hicieron HPP inmediato.
- Pacientes que hicieron HPP mediato o tardío.
- Todas las pacientes en las que se haya practicado cesárea programada o de emergencia en el periodo de estudio.

- **Controles**

- Pacientes que hicieron hemorragia post parto inmediato o mediato.
- Todas las pacientes en las que se haya practicado cesárea programada o de emergencia.

Las variables del estudio son:

- **Variables independientes:** Factores de alto riesgo.

Indicadores: semanas de gestación; enfermedades concomitantes con el embarazo (HTA, Diabetes, infecciones, etc.), factores de riesgo durante embarazo, factores de riesgo intraparto, manejo del tercer periodo de parto, antecedentes obstétricos.

- **Variable dependiente:** Hemorragia postparto inmediata.

Indicadores: causas frecuentes, tratamiento (tipo de tratamiento, rapidez del tratamiento).

- **Variable interviniente:** Edad, grado instrucción, estado civil, controles prenatales, referencia.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	ESCALA	UNIDADES
Edad	Período de tiempo comprendido desde el nacimiento hasta la fecha de ingreso.	Años cumplido desde el nacimiento	Ordinal	<18 años 19-34años >35 años
Referida	Si la paciente procede centro de salud o si acude directamente a este hospital.	Expediente: historia clínica	Nominal	Referida No referida
Grado de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Expediente: historia clínica	Nominal	Primaria completa, primaria incompleta, secundaria completa, secundaria incompleta, superior
Estado civil	Relación en que se hallan las personas en el agrupamiento social, respecto a los demás miembros del mismo agrupamiento.	Expediente: historia clínica	Nominal	Soltera, casada, conviviente.

Antecedentes Obstétricos	Datos relacionados con embarazos anteriores.	Expediente: historia clínica	Nominal	N° de gestaciones, CPN, abortos, cesárea, legrado, etc.
Factores de riesgo del embarazo	Se refiere a los factores de riesgos preconceptionales y del embarazo que estuvieron presentes antes del parto.	Expediente: historia clínica	Nominal	primigesta, adolescencia, CPN deficiente, ITU, Leucorrea, RPM, alteraciones en la edad del embarazo, etc.
Enfermedades concomitantes	Patología que se encuentre asociada al embarazo.	Expediente: historia clínica	Nominal	Anemia, hepatitis, asma, gastritis, Hernia, HTA, infecciones de vías urinaria, leucorrea, migraña, obesidad y alergias.
Factores de riesgo intraparto	Se refiere a los factores de riesgos que estuvieron presentes durante el parto.	Expediente: Nota Medica del servicio de Labor y Parto	Nominal	Expulsivo, hipodinamia, primigesta, adolescencias, RPM, multiparidad, alteraciones en la edad gestacional, circular de cordón etc.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Causas de la Hemorragia postparto	Condición que origina la hemorragia postparto.	Expediente: historia clínica	Nominal	Retención placentaria, hipotonía uterina, desgarro cervical, desgarro vaginal, coagulopatía, ninguna.
Tratamiento de la HPP	Sustancia con acción farmacológica que se administra por cualquier vía, para atacar o evitar una patología.	Fármacos utilizados en el manejo de la HPP.	Nominal	-Sol. salina -Dextrosa 5% + oxitocina. -Paquete Globular. -Plasma Fresco. -Ninguno
Manejo de la HPP	Medidas no farmacológicas	Medidas clínicas farmacológicas y/o quirúrgicas aplicadas para la corrección de la HPP.	Nominal	Legrado Reparación de desgarros Masaje Histerectomía

Procedimiento de Recolección de Datos

La información se obtendrá de los documentos de registro de pacientes del servicio de obstetricia. Se confeccionará el instrumento de investigación, representado por una ficha de recolección de datos.

Se revisaran los siguientes registros de datos:

- Historia clínica perinatal simplificada.
- Historia clínica de ingreso, hojas de tratamiento y hojas de enfermería.
- Epicrisis.

Fuente de Información

La fuente de información la constituyo los registros de datos del servicio de obstetricia del Hospital María Auxiliadora de pacientes que cumplían con los criterios de inclusión.

Instrumento de recolección de la información

La información se recolecto por medio de una ficha previamente elaborada, la que consta de datos generales de la historia clínica, antecedentes obstétricos, atención del parto, manejo de la HPP y categoría del que asistió el parto.

Análisis Estadístico

Recolección de datos

La recolección de datos fueron obtenidos del Libro de registros de datos del Servicio de Obstetricia y de las historias clínicas correspondientes a la Unidad de Estadísticas e Informática del Hospital María Auxiliadora

Análisis de datos

Los datos registrados obtenidos del Libro de registros de datos del Servicio de Obstetricia y de las historias clínicas correspondientes a la Unidad de Estadísticas e Informática se tabularon de manera automatizada, para lo cual se contó con el soporte informático a través del software Excel y SPSS Versión 18.

Teniendo en cuenta el tipo de variables se utilizó el análisis descriptivo, los datos fueron ordenados y tabulados en cuadros de doble entrada, utilizándose la prueba de Chi cuadrado (X^2) de independencia de criterios o el Test exacto de Fisher para dar cumplimiento a cada uno de los objetivos.

El análisis inferencial para determinar el grado de asociación de los factores de riesgo en Hemorragia Postparto se realizó sobre la base del cálculo del *Odds ratio* y de los intervalos de confianza al 95%.

CAPITULO V: RESULTADOS

Se revisaron 4271 historias clínicas de pacientes que presentaron parto por vía vaginal, hallándose 65 casos de HPP que fueron estudiadas con sus respectivos controles apareados por grupos de edad y referencia. La incidencia de HPP para el periodo de Enero – Diciembre 2009 fue del 1.52%.

En relación a las características demográficas de ambos grupos de estudio no tuvieron diferencias estadísticamente significativas. Con respecto a la edad se encontró que el grupo etáreo más frecuente fue el de 19-34 años con 78,5%, seguido por el grupo de mayores de 35 años con 13,8% (Tabla N° 1). El promedio de edad fue de 27 años, y la mediana de edad fue 26 años. El rango de edad oscilo de 16 a 44 años.

Tabla N° 1. Características sociodemográfica de las puérperas inmediatas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, durante el periodo Enero – Diciembre 2009

<i>Variable</i>	<i>Casos y controles</i>		
	<i>Casos</i>	<i>Controles</i>	
EDAD	Recuento	5	5
menor de 18 años	% dentro de Casos y controles	7,7%	7,7%
19 a 34 años	Recuento % dentro de Casos y controles	51 78,5%	51 78,5%
mayor de 35 años	Recuento % dentro de Casos y controles	9 13,8%	9 13,8%
Total		65 100,0%	65 100,0%

En relación a la variable que establece, si la paciente fue referida de posta o centro de salud, se identificó que el 64,6% de las pacientes fueron referidas y existe un 35,4% que no fueron referidas, en cuanto al estado civil el 61,5% son convivientes, 20% casadas y el 18,5% son solteras. Referente al grado de instrucción el 53,8% tiene secundaria completa, el 20% secundaria incompleta, el 9,2% primaria completa y superior y el 7,7% primaria incompleta (Tabla N° 2).

Con respecto a los antecedentes obstétricos en relación a la gestación se encontró que la mayoría de las pacientes atendidas fueron multigestas para ambos grupos de estudios, 53,8% para el grupo de casos y 60% para el grupo control, seguidas por las primigestas con un 46,2% para casos y 33,8% para el grupo control, no encontrándose ningún caso de gran multigesta para el grupo de casos y en el grupo de control un 6,2%. Según la variable paridad, demostró que el mayor grupo de mujeres atendidas eran multíparas para ambos grupos, 53,8% para el grupo de casos y 61,5% para el grupo control, seguido por las primíparas con 46,2% para casos y 32,2% para el grupo control. Solo un 6,2% del grupo control fueron gran multípara. En cuanto a la variable de edad gestacional ambos grupos de estudio no tuvieron diferencias estadísticamente significativas, el 10,8% eran pretérmino, 83,1% a término y el 6,2% eran postérmino. (Tabla N° 3)

Tabla N° 2. Características socio-demográficas de las puérperas inmediatas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, durante el periodo Enero – Diciembre 2009

<i>Variable</i>	<i>Casos y controles</i>		<i>Total</i>	
	<i>Casos</i>	<i>Controles</i>		
<i>REFERIDA</i>	Si	42	42	84
		64,6%	64,6%	64,6%
	No	23	23	46
		35,4%	35,4%	35,4%
TOTAL	100%	100%	100%	

<i>EST. CIVIL</i>	Soltera	13 20,0%	12 18,5%	25 19,2%
	Casada	12 18,5%	10 15,4%	22 16,9%
	Conviviente	40 61,5%	43 66,2%	83 63,8%
TOTAL		100%	100%	100%
<i>INSTRUCCION</i>	Primaria completa	6 9,2%	3 4,6%	9 6,9%
	Primaria incompl	5 7,7%	10 15,4%	15 11,5%
	Sec. Compl	35 53,8%	34 52,3%	69 53,1%
	Sec. Incompl	13 20,0%	16 24,6%	29 22,3%
	Superior	6 9,2%	2 3,1%	8 6,2%

Tabla N° 3. Antecedentes Gineco-obstétricos de las puérperas inmediatas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, durante el periodo Enero – Diciembre 2009

<i>Variable</i>		<i>Casos y controles</i>	
		<i>Casos</i>	<i>Controles</i>
<i>GESTA</i>	Primigesta	30 46.2%	22 33.8%
	Multigesta	35 53.8%	39 60%
	Gran multigesta	0 0%	4 6.2%
	Total	100%	100%

PARIDAD	Primipara	30 46.2%	21 32.3%
	Multipara	35 53.8%	40 61.5%
	Gran multipara	0 0%	4 6.2%
Total		100%	100%
EDAD GESTACIONAL	Pretermino	6 9%	8 12%
	A termino	55 85%	53 82%
	Post termino	4 6%	4 6%
Total		100%	100%

En cuanto a la presencia de antecedentes de cesárea se observó que 91,5% de las pacientes no presentaba dicho antecedente y el 8,5% si. Referente al aborto se observó que el 75,4% no presentaban antecedente de aborto, 21,5% presentaba un aborto y 3,1% dos o más abortos. En relación al número de controles prenatales, se encontró que el 18,5% el control fue inadecuado y el 81,5% tenían adecuado control. Con respecto al periodo intergenésico se encontró que fue adecuado en 31,5%, largo en 21,5%, 10,8% tuvieron un periodo corto y en un 36,2% no se registran datos por ser las pacientes primigestas. (Tabla N°4)

Tabla N° 4. Antecedentes Gineco-obstétricos de las puérperas inmediatas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, durante el periodo Enero – Diciembre 2009

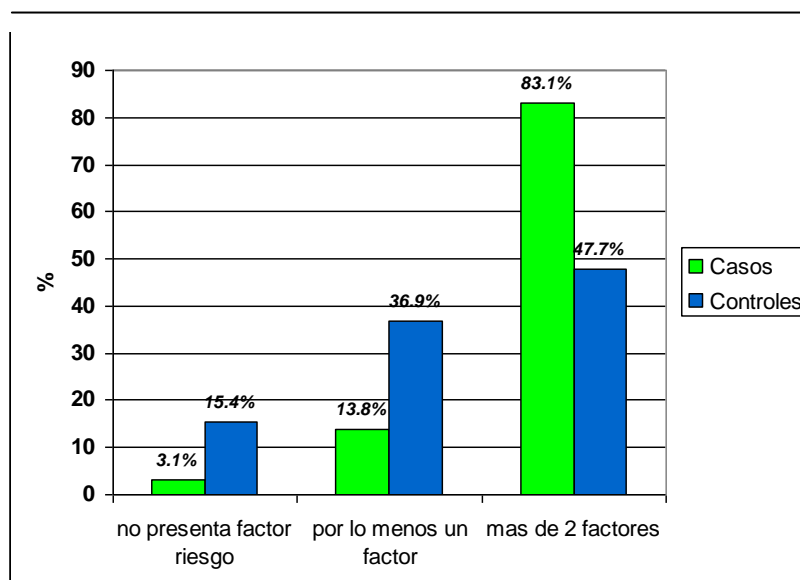
Variable	Casos y controles		Total	p	
	Casos	Controles			
CESÁREA	Si	6 (9,2 %)	5 (7,7%)	11 (8,5%)	0,753
	No	59 (90,8%)	60 (92,3%)	119 (91,5%)	
Total		100%	100%	100%	
ABORTO	0	52 (80,0%)	46 (70,8%)	98 (75,4%)	0,161
	1	10 (15,4%)	18 (27,7%)	28 (21,5%)	
	≥2	3 (4,6%)	1 (1,5%)	4 (3,1%)	
Total		100%	100%	100%	
CONTROL PRENATAL	adecuado	53 (81,5%)	50 (76,9%)	103 (79,2%)	0,517
	inadecuado	12 (18,5%)	15 (23,1%)	27 (20,8%)	
Total		100%	100%	100%	
P. INTERG	Corto (< 2 años)	5 (7,7%)	9 (13,8%)	14 (10,8%)	0,178
	Adecuado (2-4 años)	17 (26,2%)	24 (36,9%)	41 (31,5%)	
	Largo(> 4 años)	14 (21,5%)	14 (21,5%)	28 (21,5%)	
	*NRD	29 (44,6%)	18 (27,7%)	47 (36,2%)	
Total		100%	100%	100%	

Con relación a presencia de factores de riesgo durante el embarazo se encontró que el 3,1% de pacientes casos no presentaba factor de riesgo, 13,8% un factor de riesgo y en el 83,1% más de 2 factores. En el grupo control el 15,4% no presento factor de riesgo, 36,9% un factor de riesgo y 47,7% más de 2 factores. (Tabla N°5)(Gráfico N°1)

Tabla N° 5 Factores de riesgo durante el embarazo en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, durante el período de Enero – Diciembre 2009

Variable	Casos y controles		Total
	Casos	Controles	
Factor riesgo no presenta factor riesgo	2 3,1%	10 15,4%	12 9,2%
por lo menos un factor	9 13,8%	24 36,9%	33 25,4%
más de 2 factores de riesgo	54 83,1%	31 47,7%	85 65,4%

Gráfico N° 1 Factores de riesgo durante el embarazo

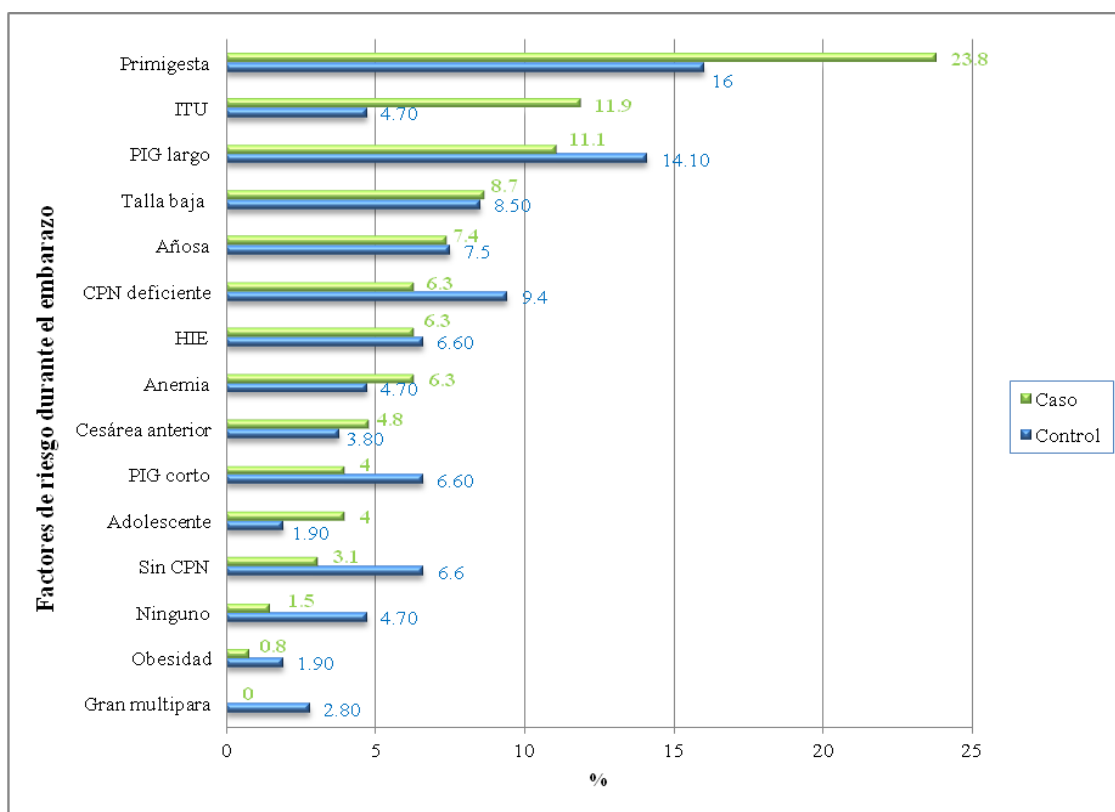


Los principales factores de riesgo durante el embarazo para el grupo de casos se destacan en orden de frecuencia: primigesta 23.8%, infección de vías urinarias 11,9%, periodo intergenésico largo con 11.1%, talla baja 8,7%, añosa 7.4%, anemia 6.3%, control prenatal deficiente e hipertensión con 6,3% cada una. Otros factores menos frecuentes se presentan en la Tabla N° 6. El 1.5 % de casos no presentaron factor de riesgo durante el embarazo. (Gráfico N° 2) (Ver Anexo N°2).

Tabla N° 6. Factores de riesgo durante el embarazo en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, durante el periodo de Enero – Diciembre 2009

<i>Factor de riesgo</i>	<i>Caso</i>	<i>%</i>	<i>Control</i>	<i>%</i>
Primigesta	30	23.8%	17	16%
Añosa	9	7.4%	8	7.5%
CPN deficiente	8	6.3%	10	9.4%
Sin CPN	4	3.1%	7	6.6%
ITU	15	11.9%	5	4.7%
Anemia	8	6.3%	5	4.7%
HIE	8	6.3%	7	6.6%
Cesárea anterior	6	4.8%	4	3.8%
Obesidad	1	0.8%	2	1.9%
Adolescente	5	4%	2	1.9%
PIG corto	5	4%	7	6.6%
PIG largo	14	11.1%	15	14.1%
Talla baja	11	8.7%	9	8.5%
Gran múltipara	0	0%	3	2.8%
No factor de riesgo	2	1.5%	5	4.7%

Gráfico N° 2. Factores de riesgo durante el embarazo en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, durante el 2009

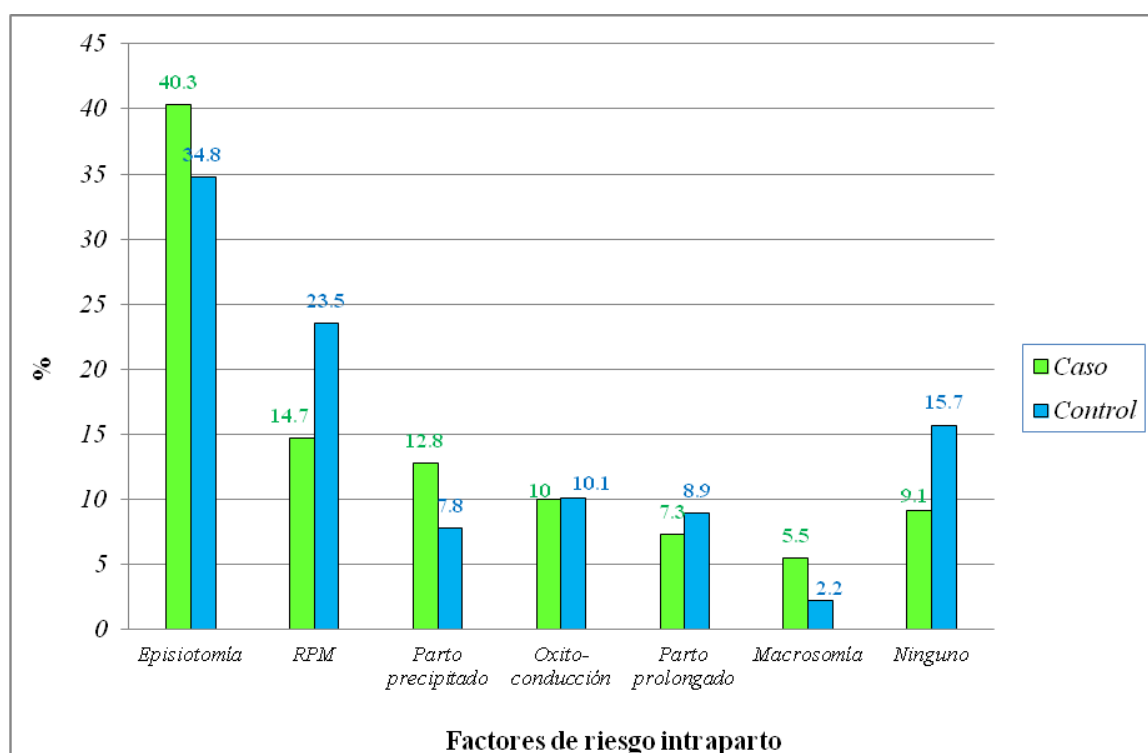


Por otro lado, al evaluar los factores de riesgo intraparto se encontró que el 81.5% de las pacientes presento algún tipo de riesgo durante el trabajo de parto y el 18,5% no presento riesgo (Tabla N° 7). Entre los principales factores de riesgo intraparto se encontraron de acuerdo al orden de frecuencia: episiotomía 40.3 %, ruptura prematura de membrana 14,7%, parto precipitado 12,8%, oxito-conducción 10%, parto prolongado 7,3. Otros factores menos frecuentes se presentan en el Gráfico N° 3. El 9.1% de las pacientes no presentaron factor de riesgo intraparto.

Tabla N° 7. Factor de riesgo intraparto en púérperas inmediatas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, durante el periodo de Enero – Diciembre 2009

<i>Factor de riesgo intraparto</i>	<i>Casos y controles</i>		<i>Total</i>
	<i>Caso</i>	<i>Control</i>	
Si	55	51	106
	84,6%	78,5%	81,5%
No	10	14	24
	15,4%	21,5%	18,5%
Total	65	65	130
	100,0%	100,0%	100,0%

Gráfico N° 3. Factores de riesgo intraparto en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, durante el periodo de Enero – Diciembre 2009



Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontraron 2 factores cuyos valores de p fueron estadísticamente significativa ($p < 0.05$), el parto precipitado ($p = 0.039$) y la episiotomía ($p = 0.021$). Cuadro N° 1.

Cuadro N° 1. Factores de riesgo intraparto asociados a Hemorragia Postparto.

	<i>X²</i>	<i>P</i>	<i>OR</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Parto precipitado	4.279	0.039	2.706	1.030	7.110
Parto prolongado	0.769	0.380	1.684	0.52	5.425
Oxito-conducción	0.236	0.627	1.267	0.487	3.3
RPM	0.944	0.331	0.684	0.318	1.474
Episiotomía	5.326	0.021	2.298	1.127	4.684
Macrosomía	2.131	0.141	3.203	0.622	16.501

En la Tabla N° 8 se observa que de 65 pacientes que presentaron Hemorragia post parto, 16 pacientes presentaron parto precipitado que podría llevar a producir ruptura uterina, desgarros cervicales, vaginales o vulvares y por ende a una HPP. En comparación con el grupo control donde 7 pacientes presentaron el factor pero no hicieron hemorragia, sin embargo luego del análisis el valor de p resulto ser estadísticamente significativo ($p=0.039$), por lo cual puede ser considerado como factor de riesgo.

Tabla N° 8 Factor condicionante de la Hemorragia Postparto según duración trabajo de parto en el Hospital María Auxiliadora durante Enero y Diciembre 2009.

Parto precipitado	Casos		Controles	
	n	%	n	%
Si	16	26,4	7	10,8
No	49	75,4	58	89,2
Total	65	100	65	100
$x^2= 4,279$				$p=0.039$

Ocho de 65 pacientes que hicieron HPP, presentaron el factor de parto prolongado que lleva a un agotamiento de la musculatura uterina y por ende a un mayor riesgo de producir HPP. En comparación al grupo control donde cinco pacientes presentaron el factor pero no hicieron HPP. Sin embargo luego del análisis el valor de p no resulto ser estadísticamente significativo, por lo cual no puede considerarse como significativo. Ver Tabla N° 9.

Tabla N° 9 Factor condicionante de la Hemorragia Postparto según duración trabajo de parto en el Hospital María Auxiliadora durante Enero y Diciembre 2009.

Parto prolongado	Casos		Controles	
	n	%	n	%
Si	8	12,3	5	7,7
No	57	87,7	60	92,3
Total	65	100	65	100
$\chi^2= 0.769$				p=0.380

En la tabla N° 10 se observa que de 65 pacientes que hicieron HPP, 11 presentaron el factor de inducción del trabajo de parto, en comparación a 9 pacientes del grupo control que presentaron el control mas no hicieron HPP. Sin embargo luego del análisis el valor de p no resulto estadísticamente significado (p=0.627), por lo tanto no se le puede considerar factor de riesgo.

Tabla N ° 10 Factor condicionante de la Hemorragia Postparto según inducción del parto en el Hospital María Auxiliadora durante Enero y Diciembre 2009.

Inducción parto	Casos		Controles	
	n	%	n	%
Si	11	16.9	9	13.8
No	54	83.1	56	86.2
Total	65	100	65	100
$\chi^2=0.236$				$p=0.627$

Seis pacientes presentaron el factor de RPM prolongado que es asociado según la teoría a una hemorragia post parto por infección intraamniótica. En comparación a 3 pacientes del grupo control, que presentaron el factor pero no hicieron hemorragia postparto. Sin embargo luego del análisis estadístico el valor de p no resulto significativo ($p=0.542$), por lo tanto para nuestro estudio no puede ser considerado el RPM prolongado como un factor de riesgo para una HPP. (Tabla N° 11)

Tabla N ° 11 Factor condicionante de la Hemorragia Postparto según integridad de membranas ovulares en el Hospital María Auxiliadora durante Enero y Diciembre 2009.

Membranas ovulares	Casos		Controles	
	n	%	n	%
Integras	21	32.3	20	30.8
Rotas <24hs	38	58.5	42	61.5
Rotas >24hs	6	9.2	3	6.9
$\chi^2=1.224$				$p=0.542$

En el grupo de casos, 6 pacientes presentaron el factor asociado a HPP por sobre distensión uterina debido al feto macrosómico. En comparación con el grupo control en donde se presentaron 5 pacientes con el factor pero no hicieron HPP. Sin embargo el valor de p no resulto estadísticamente significativo ($p=0.682$), por lo tanto no se le puede considerar como factor de riesgo. (Tabla N° 12)

Tabla N ° 12 Factor condicionante de la Hemorragia Postparto según peso del recién nacido en el Hospital María Auxiliadora durante Enero y Diciembre 2009

Peso recién nacido	Casos		Controles	
	n	%	n	%
Adecuado	57	87.7	56	86.2
Macrosómico	6	9.2	5	7.7
Bajo Peso	2	3.1	4	6.2
$\chi^2=0.766$				$p=0.682$

De 65 pacientes que hicieron Hemorragia postparto, 44 presentaron el factor de episiotomía que se asocia con una mayor ocurrencia de laceraciones de tercer y cuarto grado y causa un mayor dolor que los desgarros espontáneos y por ende a una HPP. En comparación al grupo control donde 31 pacientes se les realizo la episiotomía pero no hicieron hemorragia. Sin embargo luego del análisis el valor de p resulto ser estadísticamente significativo, por lo cual se considera como factor de riesgo. (Tabla N° 13)

Tabla N ° 13 Factor condicionante de la Hemorragia Postparto según episiotomía en el Hospital María Auxiliadora durante Enero y Diciembre 2009.

Episiotomía	Casos		Controles	
	n	%	n	%
Si	44	67,7	31	47,7
No	21	32,3	34	52,3
Total	65	100	65	100
$\chi^2=5.326$				p=0.021

Se puede concluir que una paciente que estuvo expuesta al factor de parto precipitado tuvo 2,7 veces más probabilidad de sufrir una Hemorragia Postparto en comparación con las que no estuvieron expuestas al factor. Por otro lado las pacientes que presentaron el factor de episiotomía tuvieron 2.29 veces más probabilidades de sufrir una HPP en comparación con las que no presentaron el factor.

En relación a las causas de Hemorragia postparto se encontró que un 75,4% de los casos presentó una causa de HPP y el 24,6% presentaron dos causas asociadas.

En la tabla N° 14 se observa que la atonía se presenta en 6 pacientes (9,2%), desgarro vaginal/cervical en 39 pacientes (60%), coagulopatía en 2 pacientes (3,1%). En 5 pacientes (7,7%) presentaron asociación de atonía uterina y desgarro cervical, 11 pacientes (16,9%) desgarro vaginal/cervical y retención placentaria y en 2 pacientes (3,1%) se presentó asociación de desgarro vaginal y hematoma vulvar.

Tabla N ° 14. Causas de Hemorragia postparto en puérperas inmediatas episiotomía en el Hospital María Auxiliadora durante Enero y Diciembre 2009.

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje válido</i>
Desgarro vaginal	28	43,1%
Desgarro cervical	11	16,9%
Desgarro/retención	11	16,9%
Atonía	6	9,2%
Atonía/desgarro cervical	5	7,7%
Coagulopatía	2	3,1%
Desgarro/hematoma	2	3,1%

En relación a los fármacos utilizados en el tratamiento de la hemorragia postparto se identificaron: solución salina con oxitocina en 6.2%, Misoprostol TR 3.1%, Transfusión de paquete globular 4,6 %, uso simultaneo de Misoprostol y transfusión de paquete globular 6,2%, Misoprostol con oxitocina 7,7%, Ergometrina/Misoprostol/ Haemacel/PG 6,2%, Ergotrate IM 3,1% y Misoprostol con Ergometrina 1,5%. La mayoría no tuvo tratamiento farmacológico debido a que se utilizó la medida no farmacológica, pues una de las mayores causas de hemorragia fueron desgarros. Como se observa hay una gran variedad de alternativas para detener el sangrado. (Tabla N° 15)

Tabla N° 15. Fármacos utilizados para el tratamiento de HPP

Fármacos para TTO	Frecuencia	Porcentaje
Misoprostol + oxitocina	5	7.7%
Solución salina + oxitocina	4	6.2%
Misoprostol + transfusión PG	4	6.2%
Ergomt /misop / haemac/ paq glob	4	6.2%
Transfusión Paquete globular	3	4.6%
Misoprostol Transrectal	2	3.1%
Ergotrate IM	2	3.1%
Misoprost sublingual + ergot IM	1	1.5%
Ninguno	40	61.1%
Total	65	100%

Con respecto al manejo de la hemorragia postparto se observa que se realizó de acuerdo a la causa de la hemorragia, siendo estas en orden de frecuencia: sutura de desgarro 53.8%, legrado/sutura 13,8%, masaje uterino 10,8%, masaje/legrado/sutura 7,7%, sutura/masaje 6,2%. Otros manejos en menos porcentajes se presentan en la Tabla N° 16.

Tabla N° 16. Manejo de la Hemorragia Postparto.

Tipo de manejo	Frecuencia	Porcentaje
LUP	2	3.1%
Sutura Desgarro	35	53.8%
Masaje Uterino	7	10.8%
Sutura + Masaje	4	6.2%
LUP+ Sutura	9	13.8%
Debridacion + hemost + sutura	1	1.5%
masaje+LUP + sutura	5	7.7%
masaje+ LUP	2	3.1%
Total	65	100.0%

CAPITULO VI : DISCUSIÓN

La hemorragia posparto es una de las tres principales causas de morbilidad y mortalidad materna, principalmente en países en vías de desarrollo y en nuestro país de acuerdo a la ENDES 2009, la Mortalidad Materna disminuyó en 44% al pasar de 185 a 103 el número de muertes materna por cada cien mil nacidos vivos.

El propósito de esta investigación fue analizar los factores de riesgo de hemorragia postparto en el área de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora.

La investigación fue realizada con una muestra de 65 casos de paciente que presentaron Hemorragia postparto con sus respectivos controles apareados por edad y referencia con un intervalo de confianza del 95% en el periodo de Enero a diciembre del 2009.

La frecuencia de HPP en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo de estudio, según el presente estudio fue del 1.52%, cifra menor que la encontrada en el trabajo de investigación realizado en el Hospital Sergio E. Bernales durante el periodo de Abril a octubre del 2003, donde se estimó la frecuencia de HPP en un 3.03%. Por otro lado, el estudio realizado en un Hospital de Nicaragua durante el periodo del 2005 – 2007 cuyo título fue “Manejo del tercer período del parto para prevenir la Hemorragia postparto en la sala de labor y parto” se encontró que la frecuencia estimada fue del 1.7%⁽²⁰⁾ similar al obtenido en este trabajo. Según la Organización Mundial de la Salud estima que la frecuencia de hemorragia post parto es de 3-4%.⁽⁷⁾ En la investigación realizada en el Medical Birth Registry de Noruega entre 1999 y 2005 cuyo título fue “Prevalencia y factores de riesgo de la hemorragia obstétrica grave” se obtuvo una frecuencia de 1,1%.

Como se indica en la teoría, la mayoría de los estudios reportados previamente incluían la medición de la pérdida de sangre a través de la estimación visual sin una medición objetiva. Por ello el grado de inexactitud de este método varía en gran medida la incidencia de HPP entre 2.5 y 16%. Nuestra frecuencia hallada fue de 1.52%.

En relación a las características socio demográficas de las pacientes en estudio con respecto a la edad se encontró que la mayoría de las pacientes que mayormente presentaron HPP fueron las que se encontraban entre las edades de 19 a 35 años en un 78,5%, lo que se correlaciona con los hallazgos en el estudio realizado en el Instituto Materno Perinatal durante 1999 y el 2000. Otro estudio que también correlaciona el rango de edad es la realizada en el Hospital Ángela Llano de Argentina durante el 2005 donde la edad media de la población fue 25 ± 7 años. Un trabajo de investigación que no concuerda con los resultados es el que se realizó en el Hospital Oscar Danilo Rosales Arguello de León de Nicaragua durante el 2002 y 2003 donde el grupo etéreo que predominó fue el de las adolescentes.

En su mayoría las pacientes fueron referidas en un 63,8% cifra que concuerda con otro estudio realizado en Hospital de Nicaragua donde el 59% de las pacientes habían sido referidas. Existe otro estudio que difiere con los resultados, este fue realizado en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello de León en Nicaragua durante el 2002-2003 donde el 71,4% no fueron referidas.

En cuanto al estado civil la convivencia predominó en un 63%, el 53,8% tienen grado de instrucción de secundaria completa lo que concuerda con los datos que se obtuvieron en el estudio del Hospital Sergio E. Bernales durante el 2003, donde se encontró que

El 72,6% conviven y el 50.5% tiene secundaria completa.

En relación a los antecedentes obstétricos el número de gestas más frecuentes fueron las multigestas 53.8% y primigesta 46.2%. Estos resultados difieren con los estudios realizados en el Hospital de Nicaragua donde el 46,4 % son primigestas, el 42,6%

multigesta y el 11% son gran multigesta. Otro estudio realizado en el Instituto Materno Perinatal durante 1999 y el 2000 donde el 91,66% correspondió a multigesta y solo el 8,33% a primigesta.

En cuanto al antecedente de cesárea se presentó en 9,2% de las pacientes, el control prenatal de pacientes que presentaron HPP fue inadecuado en 18,5% y el periodo intergenésico que predominó fue de 2 a 4 años en un 26,2%. En el estudio realizado por Martínez C.⁽²⁰⁾ solo el 1,4% tenían el antecedente de cesárea, 12,5% no tenían control prenatal, pero no presenta el antecedente de periodo intergenésico para poder comparar los resultados.

En nuestra investigación se encontró que un 3,1 % tuvieron Hemorragia Postparto sin factor de riesgo conocido durante el embarazo y un 15,4% durante el trabajo de parto, en comparación a lo señalado en un artículo publicado ⁽⁷⁾, donde indican que las dos terceras partes de la HPP ocurren en mujeres sin factor conocido.

En relación a los factores de riesgo encontrados durante el embarazo las mujeres atendidas el 83,1% tenían más de algún riesgo presentándose más frecuente: primigestas, infección de vías urinarias, periodo intergenésico largo, talla baja, añosa, anemia, control prenatal deficiente e hipertensión, macrosomía, entre otras, lo que concuerda con lo descrito en los datos epidemiológicos de morbilidad materna en América Latina y del trabajo realizado en el Hospital Oscar Danilo Rosales Argüello de Nicaragua.

De todos los análisis de regresión logística solo se encontraron dos factores de riesgo intraparto con significancia estadística asociados a HPP, los cuales fueron parto precipitado con un OR de 2.706 y $p=0.039$ y episiotomía con un OR de 2.298 y $p=0.021$. Este resultado difiere con el estudio realizado en el Hospital Sergio E. Bernales durante el periodo Abril – Octubre del 2003 donde también se obtuvieron dos factores de riesgo, los cuales fueron retención de restos placentarios y los desgarros de cérvix, vagina y periné; pero para nuestro trabajo se consideran como causas de Hemorragia postparto.

En otro estudio publicado en el 2005 cuyo título fue “Hemorragia postparto: incidencia, factores de riesgo y tratamiento” realizado en el Hospital Ángela del Llano se identificaron como factores de riesgo la inducción con oxitocina, episiotomía, RPM, uso de sulfato de magnesio, parto prolongado.

Es de notar que los factores de riesgo que se presentan como los más importantes para la ocurrencia de los episodios hemorrágicos en el postparto son el parto precipitado y la episiotomía.

Estas hemorragias son de esperarse como consecuencia en el caso del parto precipitado a una actividad uterina exagerada, bien coordinada y con una duración del trabajo de parto de menos de 3 horas produciendo un descenso precipitado y por ende podría producir ruptura uterina, desgarros cervicales, vaginales o vulvares que pueden producir hemorragias puerperales. En el caso de las episiotomías junto con la evidencia masiva de que rara vez produce algún beneficio, la literatura al respecto ofrece datos sólidos sobre la relación de la episiotomía con una severa morbilidad materna. Dado que en muchos casos la episiotomía aumenta significativamente la pérdida de sangre y aumenta la aparición de hemorragias post parto, se asocia con una mayor ocurrencia de laceraciones de tercer y cuarto grado y causa un mayor dolor que los desgarros espontáneos; el retorno a la actividad sexual ocurre más temprano cuando se produce un desgarro espontáneo y no se encontró ninguna evidencia de que las episiotomías se reparan más fácilmente que los desgarros espontáneos pero sí de que necesitan más tiempo de sutura, más material e incurren en costos más elevados.

En relación a las causas de hemorragia postparto se encontró que un 75,4% de los casos presento una sola causa de HPP y el 24,6% presentaron 2 causas. La causa más frecuente es el desgarro vaginal/cervical con 60% de los casos, seguido de atonía con 9,2%, coagulopatía con 3,1%. 5 pacientes presentaron atonía uterina y desgarro cervical, 11 pacientes presentaron algún grado de desgarro y retención de restos placentarios y 2 pacientes presentaron hematoma vulvar y desgarro cervical.

Estos resultados difieren con la teoría expuesta ^(4, 7,8) y del Minsa donde se refiere que la causa más frecuente de HPP es la atonía uterina, seguido de traumas o laceraciones del canal genital en tercer lugar retención de restos placentarios. No existen datos de asociación de dos a mas causas de HPP con el que se pueda hacer la comparación de los resultados.

Con respecto al manejo de la HPP el 61,1% no requirió de tratamiento farmacológico puesto que el mayor número de casos se debió a desgarros, a las que se realizo suturas de las mismas, en pacientes con atonía uterina se manejaron con masaje uterino, solución de oxitocina o misoprostol, en 11 pacientes se requirió transfundir paquetes globulares. En pacientes con retención de placenta se les realizo legrado uterino.

En el cumplimiento del manejo activo se dio en un 100% de las pacientes en estudio; no se reportaron muerte materna ni histerectomía.

CAPITULO VII : CONCLUSIONES

- El perfil de las pacientes estudiadas tenían entre 19 – 34 años y el 63,8% fueron referidas de un centro o puesto de salud, la mayoría era conviviente, con secundaria completa y con adecuado control prenatal. La frecuencia de Hemorragia Postparto en el Hospital María Auxiliadora fue de 1.52%
- La mayoría de los pacientes eran multigestas, con edad gestacional a término, sin antecedente de cesárea ni aborto y con un periodo intergenésico adecuado.
- La frecuencia de factores de alto riesgo durante el embarazo e intraparto fue de 96,1% y 84,6% respectivamente. En los primeros predominaron las primigestas, periodo intergenésico largo, ITU, talla baja, añosa, anemia. En el segundo, episiotomía, RPM, oxito- conducción, parto precipitado, parto prolongado, macrosomía, etc.
- Los dos factores de alto riesgo intraparto identificados luego de realizar la regresión logística son la episiotomía con un riesgo de 2,298 veces de hacer una HPP en comparación a las que no presentaron el factor. Mientras que otra paciente que presentó el factor de 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. Se realizaron en la mayoría de los casos manejo no farmacológico. No se presento ninguna histerectomía, ni muerte materna por hemorragia postparto en el periodo de estudio.
- En 100% de las pacientes se cumplió el manejo activo del tercer periodo del parto.

CAPITULO VIII : RECOMENDACIONES

- Se debe considerar los factores de riesgo y las principales causas de hemorragia postparto presentada durante este estudio para de esta manera disminuir las complicaciones y la incidencia de esta patología en el Hospital María Auxiliadora.
- La realización de la episiotomía debe ser selectiva y solo en casos que resulten justificados y no en forma rutinaria. Además, si fuese necesaria, esta debería ser realizada justo en el momento de la salida coronamiento de la presentación fetal y no varios minutos previos, pues ello incrementa el volumen sanguíneo perdido.
- Reforzar programas de educación para la salud y orientación a las futuras madres y gestantes sobre la eventualidad de una emergencia durante el parto y sus posibles complicaciones. Se les debe aconsejar para que se atiendan en algún establecimiento de salud que pueda ofrecerles cuidados para prevenir una HPP. Tanto los miembros de la familia como los de la comunidad deben estar informados sobre los principales signos de peligro, entre los que se incluye todo sangrado que se presente durante el embarazo.
- Es recomendable que el personal de salud lleve los registros de la historia clínica y en especial la epicrisis, consignando las patologías ocurridas durante la atención del parto de la paciente para tener posibilidad que sea buena fuente de información para la recolección de datos de futuros trabajos de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank. Geneva: World Health Organization; 2007
2. Knight M, Callaghan W, Berg C, Alexander S, Bouvier-Colle M, Ford J, Joseph K, Lewis G. "Trends in postpartum hemorrhage in high resource countries: a review and recommendations from the International Postpartum Hemorrhage Collaborative Group". BMC Pregnancy and Childbirth 2009, 9:55
3. Deficiencias fatales. Las barreras a la salud materna en Perú. Amnistía Internacional, Julio de 2009:7-19.
4. Cunningham F, Levano K, Bloom S, Hauth J, Wenstrom K. " Obstetrícia de Williams" Vigésimo segunda Edición 2006, 35:809-854
5. Rivero, Mabel I. - Avanza, María J. - Alegre, María C. - Feu, María C. - Valsecia, Mabel - Schaab, Andrea - Figueras, Albert. "Hemorragia Postparto" Universidad Nacional del Nordeste - Argentina 2005. M – 106.
6. Calle A, Barrera M, Guerrero A. "Diagnóstico y manejo de la hemorragia postparto". Rev. Per Ginecol. Obstet. 2008; 54:233-243
7. Canchila C, Laguna H, Paternina A, Arango A, De la Barrera A. "Prevención de la hemorragia post parto". Universidad de Cartagena, Facultad de Medicina Departamento de Ginecología & Obstetricia, Colombia. Noviembre de 2009.
8. Miralles R, Albaigès G, Rodriguez M, Torres S. "Atonía uterina como causa más frecuente de hysterectomías postparto". Ginecología y obstetricia clínica. ISSN 1695-3827, Vol. 7, N°. 1, 2006 , pag. 10-15.
9. Salud materna y neonatal. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Diciembre de 2008.
10. Smith J, Brennan B. Postpartum Hemorrhage. Medicine Obstetrics and Gynecology Sep. 2009.

11. Sobieszczyk S, Bręborowicz G. Management recommendations for postpartum hemorrhage. Department of Perinatology and Gynecology, Medical University, Poznań, Poland. *Archive of perinatal medicine* 2004; 10(4)
12. Mousa HA, Alfirevic Z. Tratamiento para la hemorragia postparto primaria (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2.
13. Sosa C, *Althabe F, Belizán J*. “Factores de riesgo de hemorragia post-parto en partos vaginales en una población de América Latina”. *Obstetrics & Gynecology* 1313 - 1319; Vol. 113;6. June 2009.
14. Rodríguez E. “Atonía uterina: estudio descriptivo y factores asociados”. Tesis UNMSM 2003.
15. Cervantes-Begazo R. “Hemorragias del puerperio inmediato”. *Acta Medica Peruana* 2005. Vol XXII N° 2: 65-70
16. Morgan F, Cruz M, González A, Quevedo E, Reyes J, Báez J, Cuetos C. “Misoprostol y Oxitocina para prevención de la Hemorragia Posparto”. *Bol Med UAS* 2004; 1(2): 3-8
17. Moraga L, Irias J. “Hemorragia post parto en pacientes atendidas en Hospital Materno Infantil por médicos internos y residentes”. *Revista Médica de los Postgrados de Medicina UNAH* Vol.10 No.1 Enero-Abril 2007
18. Al-Zirqi I, Vangen S, Forsen L, Stray-Pedersen B. “Hemorragia obstétrica grave: prevalencia y factores de riesgo de la hemorragia obstétrica grave”. *BJOG* 2008; 115:1265–1272.
19. Guía De Prevención Y Manejo De La Hemorragia Postparto. Instituto Materno Perinatal – Maternidad de Lima 2004.
20. Martinez C. “Manejo del tercer período del parto para prevenir la hemorragia postparto en la sala de labor y parto del hospital escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello, 2005-2007. Tesis. Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua. Pag. 21
21. FIGO ICM Declaración Conjunta “Manejo de la tercera etapa del parto para evitar una hemorragia postparto”.2003.

22. Mousa HA, Alfirevic Z. “Tratamiento para la hemorragia postparto primaria”. Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: <http://www.update-software.com>
23. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. “Conducta activa vs. conducta expectante en el alumbramiento”. Copyright © John Wiley & Sons Ltd. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2
24. Karlsson H, Pérez Sanz C, “*Postpartum haemorrhage*”. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2009; 32 (Supl. 1): 159-167
25. Amanzi P, Anhel S, Dono J, Eisele G, Galli E, Malvino E, Mezzabotta E, Pappalardo C, Sarto A, Simonelli D, Zlatkes R. Protocolo Para Tratamiento Y Prevención De Las Hemorragias Obstétricas Graves. Buenos Aires – ® Noviembre de 2007.
26. Malvino E, Eisele G, Martinez M, Lowenstein R. Hemorragias obstétricas exanguinantes. *Clínica e Investigación en Obstetricia y Ginecología (Barcelona)*, 2009; 36(1):2-8.

ANEXO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Factores de alto riesgo asociados de Hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009”

I. Datos Generales					
N° de HC:	Edad:	Referida: SI NO		Procedencia:	
Estado Civil:		Grado instrucción:			
Fecha ingreso:					
II. Antecedentes Gineco-obstétricos					
EG:	Gesta:	Para:	Aborto	Cesáreas:	Legrados:
N° de CPN:		Lugar de realización:			
Factores de riesgo durante embarazo:					
Hemoglobina:		antes del parto:			
		después del parto:			
III. Atención del Parto					
Fecha y hora del parto:		Factores de riesgo intraparto:			
<i>Manejo activo del labor del parto</i>					
Pinzamiento: SI NO		Masaje uterino: SI NO		Tracción: SI NO	
<i>Medicamentos durante el período del parto</i>					
Medicamento	Vía	Dosis e intervalo	Duración	Momento	

Manejo expectante: SI NO		Presento HPP: SI NO		Causa de HPP:
IV. Manejo de la HPP				
Tratamiento	Vía	Dosis e intervalo		Duración

