

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN  
LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL  
ALCIDES CARRIÓN NIVEL III - TACNA EN EL AÑO 2016

TESIS

Presentada por:

Bach. Kenny Ale Pablo

Para optar el Título Profesional de:

**MÉDICO CIRUJANO**

TACNA - PERÚ

2017

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA**

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN  
LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL  
ALCIDES CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

TESIS

Presentada por:

**BACH. KENNY ALE PABLO**

Para optar el Título Profesional de:

**MÉDICO CIRUJANO**

Aprobado por; UNANIMIDAD ante el siguiente jurado

Med. Cristina Llosa Rodríguez  
PRESIDENTA

Mgr. Alberto Flor Chávez  
MIEMBRO

Dr. Jaime Miranda Benavente  
MIEMBRO

Med. Leticia Vizcarra Rojas  
ASESORA

## *DEDICATORIA*

*Dedico este proyecto de tesis a Dios y a mis Padres y Hermano.*

*A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.*

*A mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en que lograría alcanzar esta meta. Es por ellos que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.*

## *AGRADECIMIENTOS*

*A mi asesora de tesis: Dra. Leticia Vizcarra Rojas por su asesoramiento científico y estímulo para seguir creciendo intelectualmente.*

*A mis docentes, por los consejos y enseñanzas brindadas en los años universitarios.*

*A mis Maestros del Internado Médico, que sin esperar nada a cambio compartieron pláticas, conocimientos y experiencias conmigo.*

## CONTENIDO

<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>i</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	<b>ii</b>
<b>CONTENIDO</b> .....	<b>iii</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vi</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I</b> .....	<b>3</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>3</b>
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	5
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO .....	5
1.4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	7
1.4.1. Objetivo General .....	7
1.4.2. Objetivos Específicos.....	7
1.5. HIPÓTESIS.....	8
1.5.1. Hipótesis General .....	8
1.5.2. Hipótesis Específicas .....	9
<b>CAPÍTULO II</b> .....	<b>10</b>
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>10</b>
2.1. FUNDAMENTACIÓN .....	10
2.1.1. DEFINICIÓN .....	10
2.1.2. FACTORES DE RIESGO.....	13
2.1.3. ETIOLOGÍA.....	15
2.1.4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	19
2.1.5. DIAGNÓSTICO.....	20
2.1.6. TRATAMIENTO .....	21
2.2. ANTECEDENTES .....	25
2.2.1. INTERNACIONALES .....	25

2.2.2.	NACIONALES.....	30
2.2.3.	REGIONALES.....	33
<b>CAPÍTULO III .....</b>		<b>35</b>
<b>MODELO METODOLÓGICO.....</b>		<b>35</b>
3.1.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	35
3.2.	UNIVERSO POBLACIONAL.....	35
3.3.	MUESTRA .....	35
3.4.	CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA .....	36
3.5.	DEFINICIONES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES .....	37
3.5.1.	VARIABLE DEPENDIENTE: HEMORRAGIA POSTPARTO.....	38
3.5.2.	VARIABLES INDEPENDIENTES: FACTORES DE RIESGO.....	38
3.6.	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	41
3.7.	TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	43
3.8.	ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	44
<b>CAPÍTULO IV.....</b>		<b>46</b>
<b>DE LOS RESULTADOS .....</b>		<b>46</b>
4.1.	RESULTADOS .....	46
4.2.	DISCUSIÓN Y ANÁLISIS .....	79
<b>CONCLUSIONES .....</b>		<b>88</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>		<b>90</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>		<b>91</b>
<b>ANEXOS .....</b>		<b>96</b>
	ANEXO Nº 1.....	97

## RESUMEN

**Introducción:** La hemorragia postparto (HPP) es de las principales causas de muerte materna en el mundo; la cual es inaceptablemente alta, y se observa reflejado en nuestro País. **Objetivos:** Identificar los factores que incrementan significativamente el riesgo de hemorragia post parto en las puérperas atendidas en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna en el año 2016. **Método:** tipo retrospectivo, transversal, de caso y control y con enfoque en el campo de la Salud Pública. **Resultados:** frecuencia de HPP, 6,6% de un total de 1091 partos atendidos. Las características obstétricas más frecuentes: edad materna entre 19-35 años (80,4%), primíparas (39,3%), con cesárea previa (33,9%) anemia durante el embarazo (42,9%); estadísticamente la cesárea previa (OR=4,23) y la anemia (OR=4,54) aumentan el riesgo de HPP. La inducción del trabajo de parto (26,8%; OR=5,91), el parto prolongado (39,3%; OR=10,45), cesárea de emergencia (28,6%; OR=47,6), desgarro vaginal de I y II grado (28,6% y 12,5%% con OR=9,20 y OR=17 respectivamente), retención de placenta (67,9%; OR=251,22) y atonía uterina (19,6%; OR= 29,09) aumentan el riesgo de HPP. Los factores del neonato que incrementan el riesgo de HPP son edad gestacional pre termino (OR=11,3) y sexo femenino (OR=2,39%).

**Palabras clave:** Factores de riesgo, Hemorragia Post Parto

## ABSTRACT

**Introduction:** Postpartum haemorrhage (PPH) is one of the leading causes of maternal death in the world; Which is unacceptably high, and is reflected in our country. **Objectives:** To identify factors that significantly increase the risk of postpartum hemorrhage in postpartum women treated at the Daniel Alcides Carrión Hospital in Tacna in 2016. **Method:** retrospective, transverse, case and control type, focusing on the field of Public health. **Results:** frequency of PPH, 6.6% out of a total of 1091 deliveries attended. The most frequent obstetric characteristics: maternal age between 19-35 years (80.4%), primiparous (39.3%), previous cesarean section (33.9%) anemia during pregnancy (42.9%); Statistically previous cesarean section (OR = 4.23) and anemia (OR = 4.54) increased the risk of PPH. Induction of labor (26.8%, OR = 5.91), prolonged delivery (39.3%, OR = 10.45), emergency cesarean section (28.6%, OR = 47.6) , Vaginal tear of I and II grade (28.6% and 12.5% with OR = 9.20 and OR = 17 respectively), retained placenta (67.9%, OR = 251.22), and uterine atony (19.6%, OR = 29.09) increased the risk of PPH. Neonate factors that increase the risk of PPH are preterm gestational age (OR = 11.3) and female gender (OR = 2.39%).

**Key words:** Risk factors, Postpartum haemorrhage

## INTRODUCCIÓN

En países en desarrollo y en países económicamente desarrollados, la hemorragia postparto (HPP) es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna severa. Aproximadamente 14 millones de mujeres sufren hemorragia posparto anualmente. A nivel mundial, ocurren cada año 529,000 muertes relacionadas con el embarazo (1). La hemorragia post parto es la principal causa de muerte materna en el mundo (17-40%), principalmente en países en vías de desarrollo o subdesarrollados. Según la Organización Mundial de la Salud la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto (2). La hemorragia posparto contribuye con 25-30% de estas muertes en los países en desarrollo. En consecuencia, la hemorragia severa es la causa principal de mortalidad materna en el mundo (3). En el Perú, si bien existe una reducción considerable respecto a muerte materna, la causa obstétrica sigue siendo considerablemente alta; durante el año 2015, alcanzando una razón de mortalidad materna de 68 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos, de los cuales la causa básica de muerte materna continúa siendo la hemorragia con un 36,5% de los casos, seguido de las enfermedades hipertensivas del embarazo con el 31,5%. La hemorragia posparto primaria

se presenta en el 4-6 % de los partos. La hemorragia posparto secundaria se presenta en 1-3% de los partos (4).

Los factores de riesgo para Hemorragia posparto han sido estudiados para identificar a las mujeres embarazadas con riesgo aumentado. Se han descrito diversos factores predisponentes, sin indicar su importancia o frecuencia relativa (5). De acuerdo con varios estudios, la hemorragia posparto es más común en nulíparas, multíparas, trabajo de parto prolongado o conducido, pre-eclampsia, realización de episiotomía, embarazo múltiple, parto con fórceps o vaccum y placenta retenida (6). Sin embargo, los estudios regionales son escasos y no se conoce con certeza la realidad de esta patología. El objetivo del presente trabajo de investigación realizado en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna, en el año 2016 es dar a conocer datos fehacientes sobre la frecuencia de casos de hemorragia postparto, evidenciando los factores de riesgo que conllevan a dicha patología y de esta manera implementar estrategias que ayuden a prevenir la morbi-mortalidad de las usuarias.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

Alrededor de medio millón de mujeres en todo el mundo mueren anualmente por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Cerca de un cuarto de estas muertes son secundarias a hemorragia postparto severa, constituyéndose así en la causa más significativa de muertes maternas en todo el mundo. Se estima que ocurren 140 000 muertes por esta causa en todo el mundo cada año (Una cada 4 minutos) (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.

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 (8).

En el Perú, si bien existe una reducción considerable respecto a muerte materna, la causa obstétrica sigue siendo considerablemente alta; durante el año 2015, alcanzando una razón de mortalidad materna de 68 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos, de los cuales la causa básica de muerte materna continúa siendo la hemorragia con un 36,5% de los casos, seguido de las enfermedades hipertensivas del embarazo con el 31,5% (4).

La prevalencia de la hemorragia postparto en América latina es 13%, es descrita como la segunda causa de muerte obstétrica después de los trastornos hipertensivos; En Perú, se presenta hasta en el 10% de los partos, y es la primera causa de muerte materna (40%) (8). Además de la muerte puede producir morbilidad materna grave y secuelas que incluyen coagulopatía, shock, pérdida de la fertilidad y necrosis hipofisaria (9).

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 morbimortalidad 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.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los factores que incrementan significativamente el riesgo de hemorragia postparto en las puérperas atendidas en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna en el año 2016?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO**

La OMS en su reporte "Global burden of maternal death and disability" publicado en el 2011, afirma que la hemorragia postparto es una de las patologías más frecuentes en las gestantes, presentándose en un promedio global del 10,5%, siendo menor en países desarrollados y mayor en países en vías de desarrollo como el nuestro.

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.

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%). La hemorragia postparto severa es la principal causa de mortalidad, por estas razones está considerada dentro de las principales líneas de investigación en nuestra región.

No existe un trabajo sobre los factores de riesgo en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna; pero si hay estudio en nuestra Región. Esto le da soporte cognitivo ya que posee un marco conceptual teórico establecido y primeros datos, que pueden ser comparativos con los estudios de otros hospitales. Tiene relevancia científica, pues permitirá tener los primeros datos que demuestren la realidad sobre

esta patología en el hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna. El presente trabajo pretende dar a conocer los factores de riesgo para hemorragia postparto en las puérperas del Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna y medir la importancia de los mismos, para así poder llegar a conclusiones que contribuyan al mejor conocimiento de estos factores en nuestro medio, lo cual a su vez ayudara a mejorar el manejo y cuidados a la gestante con riesgo aumentado y así contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materna.

#### **1.4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

##### **1.4.1. Objetivo General**

- Identificar los factores de riesgo para hemorragia postparto, en puérperas atendidas en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna en el año 2016.

##### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Conocer la frecuencia de hemorragia postparto, en puérperas atendidas en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna en el año 2016.

- Describir las características gineco-obstétricas más frecuentes en las puérperas con hemorragia postparto.
- Determinar los factores del embarazo que incrementan el riesgo de hemorragia postparto en las puérperas.
- Determinar los factores del parto que incrementan el riesgo de hemorragia postparto en las puérperas.
- Determinar los factores neonatales que incrementan el riesgo de hemorragia postparto en las puérperas.

## **1.5. HIPÓTESIS**

### **1.5.1. Hipótesis General**

La distensión uterina por macrosomía fetal, embarazo múltiple, polihidramnios y trabajo de parto disfuncional; Retención de placenta; Retención de restos placentarios y Traumas del canal del parto incrementan significativamente el riesgo de hemorragia postparto en puérperas atendidas en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna en el año 2016.

### 1.5.2. Hipótesis Específicas

- **H1:** La tasa de hemorragia postparto en puérperas atendidas en el Hospital Daniel Alcides Carrión es menor a 10 casos por cada mil partos atendidos durante el año 2016
- **H2:** Las características gineco-obstétricas más frecuentes en las puérperas con hemorragia postparto son: edad mayor de 35 años, multíparas, sometidas a episiotomía, con recién nacido macrosómico.
- **H3:** Los factores maternos que aumentan el riesgo de hemorragia post parto en las puérperas es: edad materna >35 años, multiparidad, antecedente aborto, placenta previa y acretismo placentario.
- **H4:** Los factores del parto que aumentan el riesgo de hemorragia post parto en las puérperas es: inducción del trabajo de parto, parto prolongado, retención de placenta, retención de restos placentarios, atonía uterina y desgarro perineal.
- **H5:** Los factores neonatales que aumentan el riesgo de hemorragia post parto en las puérperas es: macrosomía fetal y recién nacido grande para edad gestacional.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. FUNDAMENTACIÓN**

##### **2.1.1. DEFINICIÓN**

Se ha definido la hemorragia postparto como una pérdida sanguínea mayor de 500 cc después de un parto vaginal y mayor de 1 000 cc después de una operación cesárea (10). También se acepta como definición la caída en 10% en los niveles de hematocrito. Sin embargo, el cálculo certero de estos volúmenes es difícil y tienden a subestimarse. Por esto se ha sugerido considerar hemorragia postparto al sangrado excesivo que hace a la paciente sintomática (mareo, síncope) o que resulta en signos de hipovolemia (taquicardia, hipotensión, oliguria) (11). Los síntomas y signos ayudan a calcular las pérdidas hemáticas estimadas.

Se puede dividir a la hemorragia postparto en HPP precoz y tardía, la primera es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto; la HPP tardía es la acontece después de las 24 horas tras el parto y hasta 6 semanas luego del mismo (12).

La hemorragia postparto inmediata es la más frecuente e importante, ocurre con mayor frecuencia en las dos primeras horas del puerperio y representa alrededor del 6 al 7%, es a su vez la causa más frecuente de muerte por hemorragia postparto. La hemorragia postparto tardía oscila entre el 1 al 3% de los casos (13).

La HPP sigue siendo una de las complicaciones más temidas que pueden surgir en el puerperio. Actualmente, la mejor atención obstétrica y la mayor disponibilidad y mejor uso de fármacos oxitócicos, han hecho que esta patología se controle, pero de todos modos sigue siendo una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo, siendo en la mayoría de los casos potencialmente evitable. (13)

#### **A. FISIOLÓGÍA DE IMPORTANCIA**

La pérdida de sangre por el útero grávido a término oscila entre 800 y 1 000 ml/min, pudiendo perderse enormes cantidades de sangre con rapidez. Sin los mecanismos dirigidos a minimizar la hemorragia, se produciría la exanguinación materna con rapidez. Después del alumbramiento, el útero se contrae. Dado que las fibras miométricas discurren en diferentes direcciones, la contracción de estas fibras ocluye los vasos sanguíneos,

previniendo la hemorragia (14). Esta contracción, más que la formación de coágulos o la agregación de plaquetas, es el mecanismo principal de la hemostasia después del parto. Así, si el útero se contrae de manera inmediata después del parto y se desarrolla la hemorragia, es más probable que el origen del sangrado se encuentre en una laceración o lesión del tracto genital. Las estrategias para tratar la hemorragia postparto primaria, en primer lugar, deben asegurar la contracción uterina, y luego identificar y reparar cualquier lesión del tracto genital. (15)

## **B. ADAPTACIÓN MATERNA DURANTE EL EMBARAZO**

El volumen sanguíneo materno se expande entre el 40 y el 50% durante el embarazo, siendo el resultado de un incremento tanto del volumen plasmático como de la masa globular. Este volumen sanguíneo incrementado protege a la madre hasta cierto punto de las consecuencias de la hemorragia durante y después del parto. Por ello, después del parto una mujer puede perder hasta el 20% de su volumen sanguíneo antes de que se hagan aparentes los signos clínicos. (14)

## 2.1.2. FACTORES DE RIESGO

Dentro de los factores de riesgo para producir una hemorragia se puede considerar:(16)

### ➤ **Primigesta**

- Gran multípara (mayor de 5).
- Embarazo múltiple.
- Anemia.
- Várices.
- Fibromatosis uterina.
- Púrpura trombocitopénica.
- Enfermedad de Von Willebrand.

### ➤ **Perinatales:**

- Embarazo múltiple.
- Placenta previa.
- Cesárea previa.
- Polihidramnios

- Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta.
  - Óbito fetal.
  - Eclampsia.
  - Hepatitis.
- **Durante el trabajo de parto:**
- Parto prolongado.
  - Inducción con oxitocina.
  - Parto precipitado.
  - Aplicación de fórceps.
  - Agotamiento y deshidratación materna por trabajo de parto prolongado.
  - Corioamnionitis
  - Coagulación intravascular
- **Durante el periodo cercano al parto:**
- Parto domiciliar
  - Placenta previa

- Placenta previa con cesárea previa.
- Útero sobre distendido
- Polihidramnios
- Embarazo gemelar
- Macrosomía fetal
- Preeclampsia y eclampsia
- Hepatitis

Debe tenerse en cuenta que dos tercios de las pacientes con hemorragia postparto no tienen factores de riesgo identificables, por lo que en la atención del parto debe mantenerse una actitud de alerta y contar con las medidas necesarias para afrontar esta entidad (17).

### **2.1.3. ETIOLOGÍA**

El Clinical Practice Obstetrics Committee Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage, definió en abril del 2000 que la hemorragia del embarazo, parto o puerperio puede ocurrir por la alteración de uno más de estos procesos; se pueden denominar como las 4 T's: (16)

- Tono (pobre contracción uterina después del parto),

- Tejidos (retención de productos de la concepción o coágulos)
- Trauma (en el tracto genital).
- Trombina (defectos en la coagulación)

#### **A. TONO**

La Atonía Uterina es la pérdida del tono de la musculatura del útero y un consecuente retraso en la involución del útero. Por lo general, las contracciones del miometrio comprimen los vasos sanguíneos desgarrados durante el parto, reduciendo el flujo sanguíneo en la pared uterina, una carencia de contracciones uterinas post parto pueden causar una hemorragia obstétrica. Algunos de los factores que predisponen a una pérdida del tono de la musculatura uterina incluyen, sobre distensión uterina por embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal, placenta previa, parto prolongado, multiparidad, preeclampsia, corioamnionitis y miomas (16).

#### **B. TEJIDO**

La Retención Placentaria o de Restos Placentarios, es definida como la no expulsión completa de la placenta dentro

de los 30 minutos que suceden a la expulsión del producto. La cavidad uterina ocupada por la placenta no logra contraerse eficazmente por lo que el sangrado continúa. Con poca frecuencia el desprendimiento placentario se retrasa porque la placenta puede presentar una adherencia extraordinaria al sitio de implantación con deciduas escasas o nulas, de modo que la falta de la línea fisiológica de división a través de la capa esponjosa decidual da como consecuencia presentaciones anormales así (16):

- **Placenta acreta:** Casi todas las vellosidades corionicas penetran a través de la decidua (invaden miometrio).
- **Placenta increta:** Penetración a través del miometrio.
- **Placenta percreta:** Puede incluir todos los cotiledones (placenta percreta total), algunos cotiledones (placenta percreta parcial), un solo cotiledón (placenta percreta focal).

### **C. TRAUMATISMO**

Se producen generalmente luego de un parto precipitado o por maniobras incorrectas en la atención del mismo, en especial

en algunas operaciones obstétricas (fórceps, versión interna). Estas lesiones se pueden presentar en todo el canal (periné, vulva, vagina, cuello y cuerpo del útero). (16)

El traumatismo del tracto genital alto es, con mayor frecuencia el resultado de una rotura uterina, que puede resultar de la dehiscencia quirúrgica de una cesárea o de miomectomía previa. También puede haber hemorragia por una lesión uterina directa en el momento de la cesárea o por una lesión de estructuras vasculares como la arteria uterina o varicosidades del ligamento ancho. El traumatismo del tracto genital bajo incluye laceraciones perineales, cervicales o vaginales, que pueden producirse espontáneamente o como resultado de una episiotomía, de maniobras obstétrica o de partos instrumentados quirúrgicos. (18)

#### **D. TROMBINA**

Indicadores del déficit de trombina son:

- La falta de respuesta al tratamiento usual de la hemorragia post parto.
- Ausencia de formación de coágulos.

Sus causas son: hemofilia, hipo fibrinogenemia, enfermedad de Von Willebrand, púrpura trombocitopénica idiopática, preclampsia con Síndrome HELLP, CID, embolismo de líquido amniótico, muerte intrauterina, abrupción placentaria, sepsis, coagulopatía dilucional, anticoagulación. Los accidentes hemorrágicos por estas causas se presentan como culminación de una serie de procesos obstétricos sumamente variados, que tienen en común un período final de sangre que no coagula y que, al no ser tratada de forma conveniente, la mayoría de las veces tiene evolución fatal. (16)

#### **2.1.4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

La hemorragia postparto puede aparecer de forma precoz (en las primeras 24 horas después del parto) o de forma tardía (desde el primer día, hasta la sexta semana del puerperio), y según el volumen de sangre perdida, estaremos de distintos grados de shock. La hemorragia puede dividirse en cuatro grupos dependiendo del volumen de la pérdida (16). La determinación de la clase de hemorragia, refleja el déficit del volumen, lo cual no necesariamente corresponde a la cantidad de sangre perdida. (19)

### **2.1.5. DIAGNÓSTICO**

Va de la mano del enfoque etiológico y del manejo según el mismo, una vez se detecten pérdidas sanguíneas posparto que superen los límites establecidos de normalidad. Es muy útil realizar un enfoque teniendo en cuenta si la placenta fue o no expulsada y la nemotecnia de las 4T, así como tener presente las causas más frecuentes de hemorragia posparto. (10,16) Salvo posiblemente cuando no se reconoce la acumulación de sangre intrauterina o intravaginal, o en algunos casos de rotura uterina con hemorragia intraperitoneal, el diagnóstico de la hemorragia posparto debe ser obvio. La hemorragia por atonía uterina y por desgarros se diferencia de manera tentativa, con base a los factores de riesgo y al estado del útero. Si la hemorragia persiste a pesar de que el útero este firme y bien contraído, más probable es que dependa de desgarros, la sangre de color rojo brillante también sugiere desgarros. Para averiguar la participación de los desgarros es necesaria la inspección cuidadosa de la vagina, el cuello del útero y el útero. (10,16) Como medida preventiva se debe realizar después de cada alumbramiento un buen examen del canal del parto,

cordón umbilical y placenta en busca de identificar la etiología e iniciar tratamiento precoz (16).

#### **2.1.6. TRATAMIENTO**

Debe ser en lo posible etiológico, para ello hay que llegar con rapidez al diagnóstico de la patología responsable de la hemorragia. Ante una hemorragia postparto, la conducta inmediata, incluye medidas generales: avisar a personal adecuado, canalizar vía, sonda vesical, analítica urgente, que incluya hemograma, hemostasia, así como pruebas cruzadas.

Inmediatamente veremos si la hemorragia es antes o luego el alumbramiento placentario. Si no ha tenido lugar el alumbramiento, se procederá al alumbramiento manual (16).

Puede ocurrir que encontremos o no el plano de clivaje. En el primer caso realizaremos el alumbramiento, a continuación, revisión de la placenta y la cavidad uterina pasando una legra de Pinard, si lo consideramos oportuno y administraremos oxitócicos por vía endovenosa, con lo que generalmente habremos solucionado el problema. De no ser así pasaremos a la siguiente actuación. (16)

Postalumbramiento puede ocurrir que no hallemos plano de clivaje, encontrándonos con un grado de adherencia placentaria (acretismo). Puede ser parcial, en cuyo caso con un legrado uterino y administración de oxitócicos se solucionará, o ser total, cuyo tratamiento es la histerectomía (16).

Lo primero que se realiza, es la administración de oxitócicos con lo que si cesa la hemorragia se tendrá una conducta expectante. Si el útero está contraído, en la revisión del canal del parto, podrá existir un desgarro, por lo que se procederá a sutura del mismo, identificando si lo hay, dentro de lo posible las boquillas vasculares. Si no hay desgarro, hay que proceder a una revisión uterina. Si hay retención de restos se procede a legrado y oxitócicos. (16)

Podemos también encontrarnos un cuadro mucho más grave, es el de la inversión uterina. El tratamiento es fácil y efectivo en la mayoría de los casos, pero su éxito depende de la rapidez con que se diagnostique el cuadro y se inicie el tratamiento (20).

Este se basa en tres pilares fundamentales (21):

- Mantener la estabilidad hemodinámica.
- Lograr la reposición del útero.

- Mantener la reposición uterina.

Establecidas las medidas de sostén, desprendemos la placenta, y conseguimos una buena anestesia y relajación uterina. La reducción manual por vía vaginal, es el método ideal, y casi siempre es posible si la actuación es inmediata:

- **Maniobra de Harris.**
- **Maniobra de Johnson.** Es el método de reposición manual más utilizado y con mayores posibilidades de éxito. Se empuja el útero, por encima del pubis, y una vez corregida la inversión, se mantiene la mano durante 5 minutos. Para alcanzar el éxito se coloca en vagina toda la mano y dos tercios del antebrazo.
- **Maniobra de O'sullivan.** Instilación intravaginal de solución salina templada, impidiendo su salida por vagina.
- **Operación de Spinelli.** Por vía vaginal.
- **Operación de Huntington.** Corrección de la inversión por vía abdominal. Se identifican y traccionan los ligamentos redondos hasta conseguir la desinvaginación. Se puede coger tejido del fondo para facilitar la maniobra. Al mismo tiempo un ayudante empuja desde la vagina para ayudar a

la reposición. Si el anillo de constricción cervical, es grande, se realiza una sección mediante una histerotomía posterior

- **Maniobra de Haultani-**. Si luego de la expulsión de la placenta, el útero no se contrae, diagnosticaremos una atonía uterina. Se administrará en primer lugar oxitócicos y ergóticos. Nos aseguraremos de que no quedan restos en el útero o desgarros del canal blando.

El uso de taponamiento intrauterino es controvertido, mientras que unos dicen que es poco eficaz, oculta la hemorragia sin cohibirla y aumenta el riesgo de infección, otros, preconizan su uso de forma sistemática, manteniéndolo 48 horas antes de retirarlo (22).

La administración de medicación uterotónica, reducen el riesgo de hemorragia postparto, relacionado con la atonía uterina, sin aumentar la incidencia de retención placentaria u otras complicaciones. Se prefiere la oxitocina a la syntometrina. El misoprostol, puede ser utilizado en ocasiones en que la medicación parenteral, no es posible (23). Si persiste la hemorragia, se recomienda el uso de prostaglandinas PGE2, PGF2a y misoprostol (PGE1), considerándose un tratamiento

de segunda línea antes de recurrir a técnicas quirúrgicas (ligadura de hipogástricas, histerectomía) (24).

## **2.2. ANTECEDENTES**

### **2.2.1. INTERNACIONALES**

**Sandra Chávez, Causas Obstétricas de Choque Hemorrágico en la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital General de Tlalnepantla (México, 2013) (25)**

Realizo un trabajo donde el objetivo principal fue conocer las causas de choque hemorrágico obstétrico en pacientes que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital General de Tlalnepantla, realizando un estudio retrospectivo longitudinal durante el período de enero del 2008 a diciembre del 2012 de pacientes que acuden al servicio de Ginecoobstetricia, del hospital general de Tlalnepantla con el diagnóstico de choque hemorrágico obstétrico que ingresan a la unidad de cuidados intensivos con un total de 71 expedientes, obteniendo como resultados que la media de edad fue de 25 años, la principal causa de hemorragia obstétrica es la atonía uterina.

**Chica Mendoza, 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. (Ecuador, 2014) (26)**

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. Los 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. Las edades de las pacientes fluctuaron entre los 15 a 40 años, presentándose con mayor frecuencia en las pacientes de 15 a 20 años; que representan el 37% de los casos estudiados. El universo fue constituido por 1 149 pacientes, de las cuales se sustrajo una muestra de 30 que reunían los criterios de inclusión de este estudio. De acuerdo a la paridad el mayor porcentaje se concentró en las nulíparas con 60% de los casos, es importante

señalar que la atonía uterina fue una de las causas que mayormente desencadenaron cuadros de hemorragia postparto y post cesárea que se presentó en el 43% de los casos.

**Corcuera Urbina M, Ruiz Pérez A, Falcón Vergaray L.  
Hemorragia Postparto: ¿Existen Factores Predictivos?  
SEGO. 2009 (España 2009) (27)**

Mario Corcuera y cols (2009) estudiaron 273 pacientes con HPP. La edad de las pacientes era entre 15 y 45 años, con mayor frecuencia entre los 31 y 35 años (30,4%). El 67,4% fueron primíparas; 31,1% multíparas y 1,47% grandes multíparas. 31,1% llegaron al momento del parto con Anemia. El 6,96% cursaron con gestosis. El 87,18% fueron embarazos a término; 41,76% de partos fueron inducidos y 7,69% precisaron estimulación con oxitocina. Sólo hubo 2 partos precipitados en el grupo de primíparas, que representaron 1,09%. El 69,6% fueron partos eutócicos, y el resto distócicos (30,4%), predominando los fórceps en un 24,91%. Se realizaron 5 cesáreas de urgencia (1,8%). 47,2% de HPP

fueron hemorragias leves; 34,4% hemorragias moderadas y 18,3% hemorragias graves. En los partos eutócicos el porcentaje de hemorragias graves fue del 13,68%, incrementándose hasta el 60% en las cesáreas. 5 pacientes requirieron laparotomía de urgencia y en 4 se les practicó histerectomía. 1 de ellas falleció.

**Rivero M, Avanza M. Hemorragia postparto: incidencia, factores de riesgo y tratamiento. Revista de comunicaciones científicas y tecnológicas de la Universidad Nacional del Nordeste. (Argentina 2005) (28)**

Rivero M, y cols (2005) publicó un estudio observacional, prospectivo, multidisciplinario y descriptivo sobre el manejo del parto y puerperio inmediato. Se incluyeron 109 pacientes que conformaron dos grupos: Grupo 1: Todas las mujeres atendidas en el hospital por parto; Grupo 2: Todas las mujeres ingresadas en la sala de parto ginecología con hemorragia puerperal, definida como pérdida hemática igual o superior a 500 ml en el transcurso de las dos horas seguidas al parto. Se encontró que la edad media de la población fue  $25\pm 7$  años, gestas  $3,3\pm 3,9$ ,

con  $4,6 \pm 1,9$  controles prenatales. La frecuencia de factores de riesgo durante el embarazo fue: primigestas 32%, RPM 16%, edad extrema  $<18$  o  $>35$  años 16%, gran múltipara 15% y anemia 14,7%. Durante el período intraparto, se identificaron factores de riesgo en 49% 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%; cesárea previa 0,9% y agotamiento por trabajo de parto prolongado 0,9%. En el Puerperio se encontró una frecuencia de 7,3% de HPP y las causas fueron: hipotonía uterina 37,5%, retención de restos 37,5% y desgarro cervical 25%. La medicación utilizada para HPP fue oxitocina 75% y cefalotina 62,5%; se realizó, además, masaje uterino 37,5%, legrado. 37,5% y reparación del desgarro 25%. A pesar de una elevada frecuencia de factores de riesgo, sólo la anemia se asoció a HPP ( $p=0,016$ ). La estadía hospitalaria fue mayor en casos con hemorragia postparto ( $1,6 \pm 0,6$  vs  $2,12 \pm 0,6$ ,  $p=0,027$ ).

### **2.2.2. NACIONALES**

#### **Altamirano Girano. Factores de Alto Riesgo asociados a Hemorragia Postparto Inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009. (Lima, 2012) (29)**

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. Obteniendo como resultados que a 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%. 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 significativos ( $p < 0,05$ ), el parto precipitado ( $p = 0,039$ ) y la episiotomía ( $p = 0,021$ ).

**Gil Cusirramos. Factores Asociados a Hemorragia Post Parto Inmediato por Atonía Uterina en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo Enero – Septiembre del 2015. (30)**

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. Los resultados de los factores de riesgo estadísticamente significativos para desarrollar hemorragia post parto por atonía uterina en este estudio fueron la edad mayor a 30 años ( $p = 0,000$ ; OR = 3,64, IC 95% 1,8 - 7,0), pacientes multigestas ( $p = 0,021$ ; OR 2,15 con IC 95% 1,11 - 4,17), multiparidad ( $p = 0,017$ ; OR = 2,17; IC 95% 1,14 - 4,10), parto por cesárea ( $p = 0,000$ ; OR = 6,64; IC 95% 2,56 - 17,1), antecedente de cesárea previa ( $p = 0,001$  y OR = 2,95; IC 95% 1,5 - 5,6) y antecedentes obstétricos relacionados con atonía uterina ( $p = 0,01$ ; OR = 3,24; IC 95%

1,28 - 8,24). El antecedente obstétrico más frecuente fue el embarazo múltiple representando 65,4%.

**Pariguana López JM, Santos Yauricaza Y. 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. (Lima 2003) (31)**

Jenny Pariguana L y cols (2003) estudiaron puérperas inmediatas con pérdida sanguínea >500 ml en partos por vía vaginal y > 1000 ml en partos por cesárea dentro de las 24 primeras horas post parto. Se incluyeron 86 casos y 86 controles apareados por grupos de edad y tipo de parto. La frecuencia de HPP en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el período de estudio fue del 3,03% de partos (cesáreas: 2,63%, partos vaginales: 3,21 %). Los factores de riesgo encontrados en los partos con vía vaginal fueron: retención de restos placentarios (OR=9,75; p=0,001), desgarros de cérvix, vagina y periné (OR= 6.09; P=0,005). El promedio de la diferencia de Hto pre y postparto en los casos

de HPP fue del 11,6% (12% en cesáreas y 10% en partos vaginales). No se encontraron factores de riesgo en partos por cesárea

### **2.2.3. REGIONALES**

**Acusi Quispe. Factores de Riesgo para Hemorragia Post parto en las puérperas de Parto Vaginal atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo de 2006-2010 (Tacna, 2012) (32)**

Realiza un estudio retrospectivo, transversal de casos y controles. Se tomó la totalidad de la población con HPP para el grupo de casos y para el grupo de controles la muestra está conformada por 135 puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Obteniendo como resultados: La hemorragia post parto en puérperas de parto vaginal representó el 0,55% del total (5,5 por cada 1 000 partos vaginales). Las características gineco-obstétricas más frecuentes en las puérperas con hemorragia posparto son: edad entre 15 y 24 años (43,8%), primíparas (42,2%), sometidas a episiotomía (53, 1%). El estudio concluye con que

los factores que aumentan significativamente el riesgo de hemorragia post partos son: edad materna >35 años (OR=2,2), multiparidad (OR=3,4), inducción del trabajo de parto (OR=14,0), parto prolongado (OR=12,3), placenta retenida y/o Retención de Restos placentarios (OR=56,6), atonía uterina (OR=11 ,36), desgarro perineal de I grado (OR=28,9), desgarro perineal de II grado (OR=11,4), sin episiotomía (OR=3,2), macrosomía fetal (OR=2,9) y recién nacido grande para edad gestacional (OR=2,9).

## **CAPÍTULO III**

### **MODELO METODOLÓGICO**

#### **3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio es transversal, caso-control y con enfoque en el campo de la Salud Pública.

#### **3.2. UNIVERSO POBLACIONAL**

La población para el grupo de casos estuvo conformada por la totalidad de las pacientes con diagnóstico de HPP.

La población para el grupo de controles del estudio estuvo conformada por todas las puérperas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna durante el año 2016.

#### **3.3. MUESTRA**

Las pacientes fueron divididas en dos grupos de estudio: un grupo de casos conformado por 58 puérperas y otro grupo de control conformado por 120 puérperas. La muestra para el grupo de casos estuvo conformada por la totalidad de pacientes con diagnóstico de

HPP. La muestra, para el grupo de controles, se conformó este estudio por 120 puérperas que cumplieron los criterios de selección.

Se incluyó a todas las pacientes identificadas con hemorragia postparto, quienes conformaron el grupo de casos y para la selección del grupo control se realizó muestreo aleatorio simple.

Como marco de muestra se utilizó el libro de registro de altas del Servicio de Obstetricia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna. La unidad de análisis fueron las historias clínicas de cada caso o control seleccionado.

### **3.4. CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA**

#### **A. Criterios de Inclusión**

- Puérpera atendida en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna en el año 2016.
- **Casos:** puérpera con hemorragia post parto. El presente estudio incluirá el 100% de los casos identificados. La puérpera deberá tener al menos uno de los siguientes criterios diagnósticos.

- Sangrado registrado mayor a 500cc en las primeras 24 horas posteriores al parto y parto intrahospitalario
- **Controles:** puérpera sin hemorragia post parto y con parto intrahospitalario. Se considerarán dos controles por cada caso y serán elegidos de forma aleatoria simple.

#### **B. Criterios de Exclusión**

- **Casos:**
  - Puérpera sin hemorragia post parto.
  - Historia clínica extraviada o con información incompleta durante la recolección de datos.
- **Controles:**
  - Puérpera con hemorragia post parto.
  - Historia clínica extraviada o con información incompleta durante la recolección de datos.

### **3.5. DEFINICIONES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

La determinación de las variables se hizo realizando una revisión profunda de la literatura en lo que corresponde a hemorragia post parto, detallando para el estudio las siguientes variables.

### **3.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE: HEMORRAGIA POSTPARTO**

Se define como pérdida sanguínea mayor de 500cc luego del parto vaginal y 1000 cc luego de la cesárea. También se define como la disminución del hematocrito en 10% o más en comparación con el valor inicial.

### **3.5.2. VARIABLES INDEPENDIENTES: FACTORES DE RIESGO**

#### **a. PARA HEMORRAGIA POSTPARTO**

Son las características de la gestante, parturienta o puérpera que podrían incrementar directa e indirectamente la probabilidad de hemorragia postparto. Para el mejor estudio de estos factores, los clasificamos de la siguiente manera:

#### **CARACTERÍSTICAS MATERNAS**

- Edad Materna.
- Antecedentes obstétricos: Nuliparidad, multiparidad, cesárea anterior, macrosomía, embarazo gemelar, hemorragia post parto.
- Antecedentes personales patológico
- Número de controles prenatales (CPN)

### **CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO:**

- Anemia materna.
- Pre eclampsia-eclampsia.
- Macrosomía fetal.
- Embarazo Múltiple.
- Polihidramnios.
- Otras complicaciones del embarazo.

### **CARACTERÍSTICAS DEL PARTO:**

- Inicio de parto: inicio espontáneo, inducido.
- Vía de terminación: parto vaginal, parto vía abdominal.
- Duración del parto: parto precipitado o prolongado.
- Episiotomía: medial o lateral
- Lesiones del canal del parto: cervicales, vaginales, perineales.
- Complicaciones uterinas: atonía uterina, ruptura uterina, histerectomía.
- Retención de restos placentarios

### **CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO:**

- Peso al nacer: macrosomía
- Sexo
- Edad gestacional
- Peso para la edad gestacional (PEG, AEG, GEG).
- Morbilidad fetal y neonatal.

### 3.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

	VARIABLE	TIPO	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS
<b>DEPENDIENTE: HEMORRAGIA PORT PARTO</b>	Hemorragia post parto	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
<b>INDEPENDIENTE: FACTORES DE RIESGO</b>	Edad materna	Cuantitativo	Discontinuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directo</li> </ul>
	Paridad			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> <li>• 1</li> <li>• 2</li> <li>• 3 o mas</li> </ul>
	Antecedentes obstétricos			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cesárea anterior</li> <li>• Macrosomía fetal</li> <li>• Embarazo gemelar</li> <li>• Hemorragia post parto</li> </ul>
	Antecedentes patológicos			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión arterial</li> <li>• Diabetes mellitus</li> <li>• Miomatosis uterina</li> <li>• Cirugía pélvica</li> <li>• Otro</li> </ul>
	Características del embarazo	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemia materna</li> <li>• Preclampsia-ecla</li> <li>• Macrosomía fetal</li> <li>• Embarazo gemelar</li> <li>• Polihidramnios</li> <li>• Otro</li> </ul>
	Paridad	Cuantitativo	Discontinuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1</li> <li>• 2</li> <li>• &gt;2</li> </ul>
	Controles prenatales	Cualitativo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> <li>• 1-3</li> <li>• 4 ó más</li> </ul>
	Inicio del parto			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espontaneo</li> <li>• Inducido</li> <li>• Cesárea electiva</li> </ul>
	Terminación del parto			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parto vaginal</li> <li>• Cesárea emergencia</li> <li>• Cesárea electiva</li> </ul>
	Duración del parto	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal</li> <li>• Precipitado</li> <li>• Prolongado</li> </ul>
	Episiotomía	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medial</li> <li>• Lateral</li> <li>• Sin episiotomía</li> </ul>
	Desgarro o laceraciones			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> <li>• Cervical</li> <li>• Vaginal</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perineal</li> </ul>
	Complicaciones uterinas			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruptura uterina</li> <li>• Histerectomía</li> </ul>
	Presentación fetal	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefálica</li> <li>• Podálica</li> <li>• Transversa</li> </ul>
	Peso al nacer	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;2500</li> <li>• 2500-4000</li> <li>• &gt;4000</li> </ul>
	Sexo del RN	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul>
	Edad Gestacional	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pre término</li> <li>• A Término</li> <li>• Post término</li> </ul>
	Peso para la edad gestacional	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PEG</li> <li>• AEG</li> <li>• GEG</li> </ul>
	Morbilidad neonatal	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
	Mortalidad Perinatal	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad fetal</li> <li>• Mortalidad Neonatal</li> </ul>

### **3.7. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la realización del presente estudio se utilizaron varios instrumentos, descritos a continuación:

- Ficha de recolección de la información, elaborada por el investigador. Para la evaluación de los factores de riesgo asociados a la hemorragia post parto en puérperas atendidas en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna en el año 2016.
- Para el manejo de los datos creamos una base de datos en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2016 que sirvió para la tabulación de los datos recolectados.

Previo a la etapa de recolección de datos, se coordinó la autorización respectiva con la dirección del Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna, para poder acceder a la información de las historias clínicas de pacientes de Obstetricia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna.

Las pacientes consideradas para el estudio fueron todas las puérperas que cumplieron los criterios de selección. Se revisó el libro de altas del servicio de obstetricia, considerándose el 100% de los casos con diagnóstico de hemorragia postparto.

La información requerida se obtuvo de la revisión documentaria de las historias clínicas seleccionadas de las pacientes atendidas en el

Servicio de Obstetricia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna en el año 2016. En dichas historias seleccionadas inicialmente para el grupo de casos, se comprobó un sangrado estimado superior a 500cc con alteraciones hemodinámicas según recomendación diagnóstica de la OMS, una vez revisada dicha historia y comprobado el diagnóstico de hemorragia postparto se procedió a documentar la información necesaria en una ficha de recolección de datos diseñada para el presente estudio (Ver Anexo 1). Posterior a la recolección de los datos para el grupo de casos, se excluyeron los mismos de la totalidad de partos ocurridos desde enero hasta diciembre del año 2016, quedando solo los casos en los que no hubo hemorragia postparto, de estas se realizó un muestreo aleatorio simple, se seleccionaron 135 puérperas que conformaron el grupo control (sin hemorragia postparto), se revisaron sus respectivas historias clínicas y se documentaron los datos necesarios, en la misma ficha de recolección de datos usada para el grupo de casos.

Con la información recolectada se conformó una base de datos en una hoja de Excel.

### **3.8. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN**

La información de la hoja de Excel se trasladó a una base de datos en el programa SPSS v17.0 donde se realizó el análisis estadístico. Para

identificar los factores asociados a la hemorragia postparto y cuantificar el grado de asociación que representa cada factor se calculó el Odds Ratio. Para todas las pruebas se usó un IC del 95%.

Posteriormente, se elaboraron gráficos para representar los principales resultados. Los resultados se presentarán en tablas de frecuencia y gráficos descriptivos, donde se presentarán las frecuencias absolutas y relativas. Se elaborarán tablas de contingencia para contrastar las variables de estudio y gráfico de barras.

## **CAPÍTULO IV**

### **DE LOS RESULTADOS**

#### **4.1. RESULTADOS**

Una vez concluido la recolección de datos, de las pacientes que ingresaron al servicio de gineco-obstetricia en el año 2016, se encontró un total de 56 pacientes que cumplen con los criterios de inclusión del estudio, quienes conforman los casos de este estudio; contrastada con 120 pacientes escogidas al azar, quienes serán los controles.

A continuación, se presentan los resultados de los datos obtenidos de este estudio.

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**TABLA N° 01  
FRECUENCIA DE HEMORRAGIA POST PARTO**

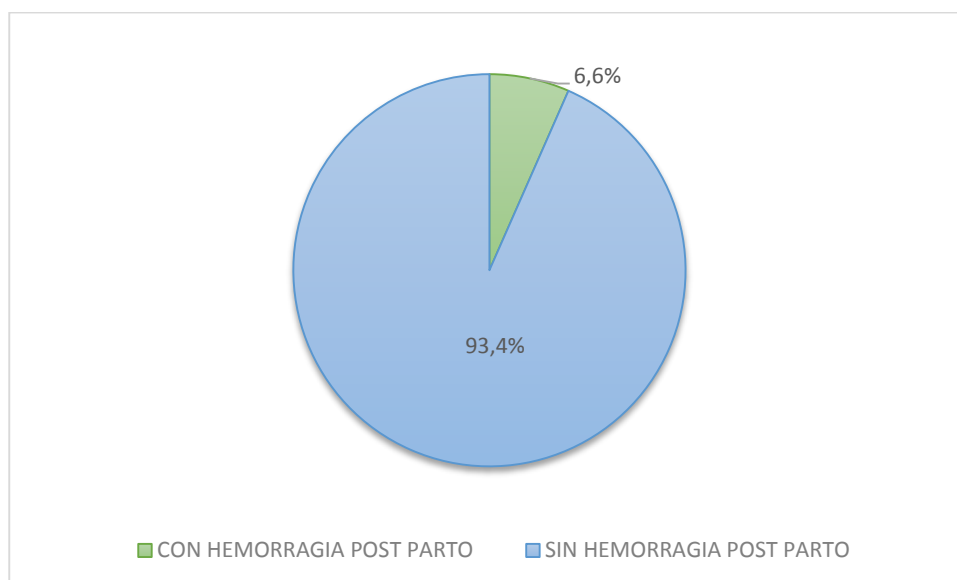
PUÉRPERAS	FRECUENCIA	
	N	%
CON HEMORRAGIA POST PARTO	72	6,6%
SIN HEMORRAGIA POST PARTO	1019	93,4%
<b>TOTAL</b>	<b>1091</b>	<b>100%</b>

FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

En el Hospital Daniela Alcides Carrión se atendieron 1091 partos vaginales durante el año 2016, de los cuales 72 presentaron hemorragia postparto, representando 6,6% del total de partos atendidos.

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**GRÁFICO N° 01  
FRECUENCIA DE HEMORRAGIA POST PARTO**



FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**TABLA N° 02**

**EDAD MATERNA COMO FACTOR DE RIESGO PARA HEMORRAGIA  
POST PARTO**

GRUPO ETARIO	CASOS		CONTROLES		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
<19 AÑOS	1	1,8%	8	6,7%	0,25	0,03	2,09
19 a 35 AÑOS	45	80,4%	102	85,0%	0,72	0,32	1,65
>35 AÑOS	10	17,9%	10	8,3%	2,39	0,93	6,13
TOTAL	56	100%	120	100%			

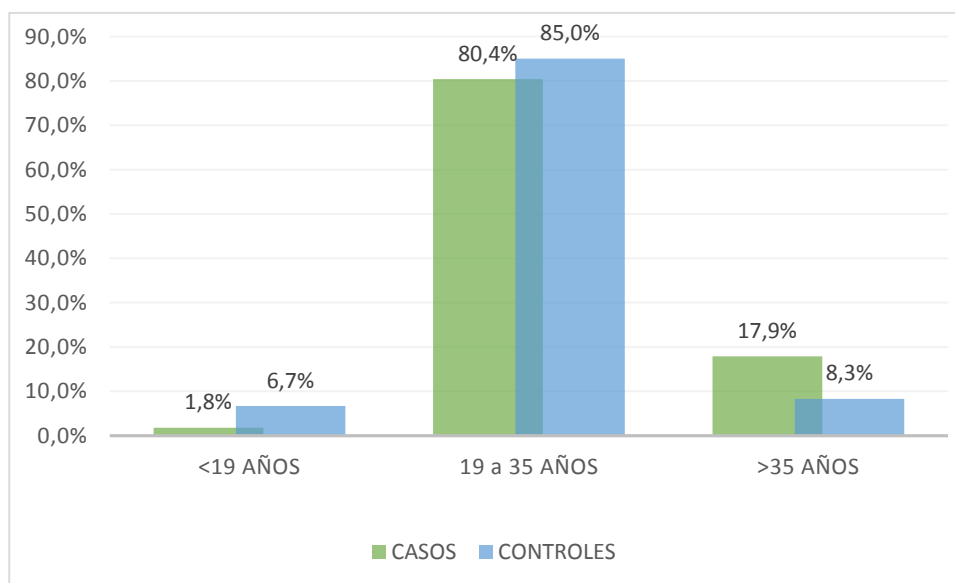
FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

En la tabla observamos que los casos de hemorragia post parto se observa mayoritariamente en un grupo etario, el cual se presenta entre los 19-35 años, siendo 80,4% de los casos y 85,0% de los controles; seguido de las >35 años con 17,8% de casos y 8,3% de controles. Sin embargo, el análisis estadístico evidencia que la edad materna no incrementa significativamente el riesgo de hemorragia post parto.

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**GRÁFICO N° 02**

**EDAD MATERNA COMO FACTOR DE RIESGO PARA HEMORRAGIA  
POST PARTO**



FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**TABLA N° 03  
PARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA HEMORRAGIA  
POST PARTO**

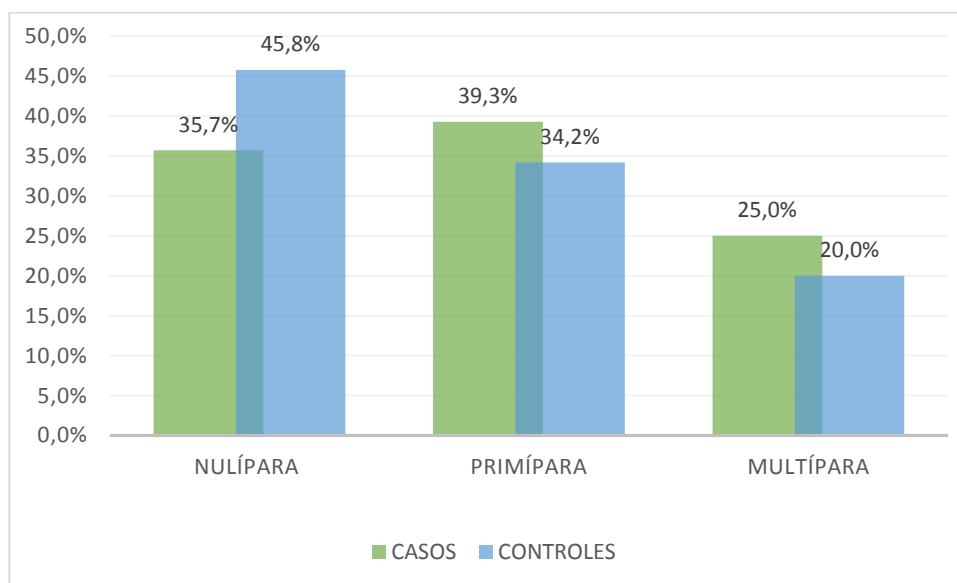
PARIDAD	CASOS		CONTROLES		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
NULÍPARA	20	35,7%	55	45,8%	0,66	0,34	1,26
PRIMÍPARA	22	39,3%	41	34,2%	1,25	0,65	2,40
MULTÍPARA	14	25,0%	24	20,0%	1,33	0,63	2,83
TOTAL	56	100%	120	100%			

FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

En la tabla observamos que los casos de hemorragia post parto el 39,3% eran primíparas, 35,7% nulíparas y 25,0% multíparas. Mientras que en el grupo control: 45,8% eran nulíparas, 34,2% eran primíparas y 20,0% eran multíparas. El análisis estadístico evidencia que la paridad materna no incrementa significativamente el riesgo de hemorragia post parto.

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**GRÁFICO N° 03  
PARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA HEMORRAGIA  
POST PARTO**



FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**TABLA N° 04  
CONTROLES PRENATALES COMO FACTOR DE RIESGO PARA  
HEMORRAGIA POST PARTO**

CONTROL PRE NATAL	CASOS		CONTROLES		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
SIN CONTROLES	0	0,0%	3	2,5%			
1 – 6 CONTROLES	10	17,9%	25	20,8%	0,83	0,37	1,86
>6 CONTROLES	46	82,1%	92	76,7%	1,40	0,63	3,13
TOTAL	56	100%	120	100%			

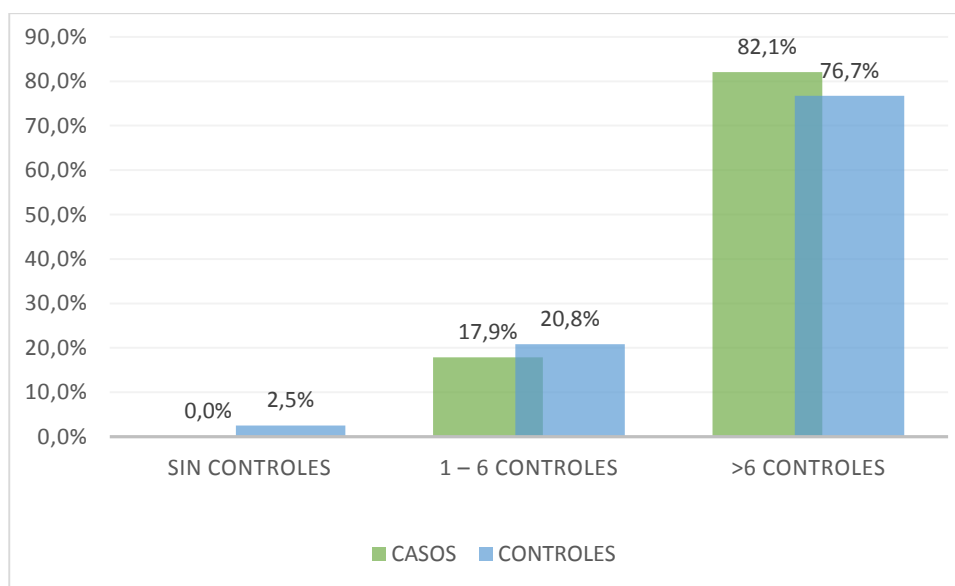
FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

En la tabla observamos que la mayoría de puérperas tenían >6 controles prenatales (82,1% de casos y 76,7% de controles), seguido de las puérperas con 1-6 controles prenatales (17,9% de casos y 20,8% de controles). El análisis del Odds Ratio evidencia que el número de controles prenatales no incrementa significativamente el riesgo de HPP.

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**GRÁFICO N° 04**

**CONTROLES PRENATALES COMO FACTOR DE RIESGO PARA  
HEMORRAGIA POST PARTO**



FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**TABLA N° 05  
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS COMO FACTOR DE RIESGO  
PARA HEMORRAGIA POST PARTO**

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	CASOS		CONTROLES		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
CESÁREA PREVIA	19	33,9%	13	10,8%	4,23	1,90	9,39
MACROSOMÍA FETAL	9	16,1%	5	4,2%	4,40	1,40	13,84
CIRUGÍA PÉLVICA	1	1,8%	2	1,7%	1,07	0,10	12,08
EMBARAZO GEMELAR	0	0,0%	1	0,8%			
HEMORRAGIA POST PARTO	0	0,0%	2	1,7%			
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	0	0,0%	2	1,7%			
MIOMATOSIS	2	3,6%	0	0,0%			
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100%</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>			

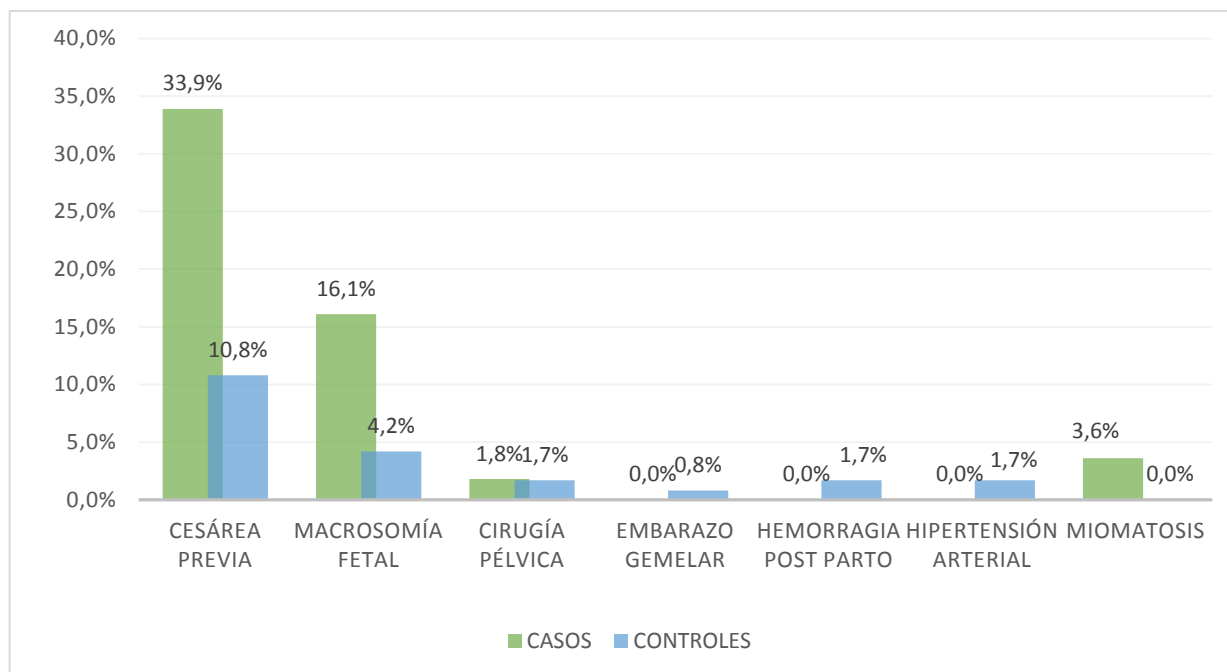
FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

En la tabla observamos que los antecedentes obstétricos más frecuentes fueron la cesárea previa (33,9% de casos y 10,8% de controles) y la macrosomía fetal (16,1% de casos y 4,2% de controles). Evidenciando que

la cesárea previa incrementa significativamente el riesgo de HPP en más de cuatro veces (OR=4,23 con IC: 1,90 a 9,39). Asimismo, la macrosomía fetal incrementa significativamente el riesgo de HPP en más de cuatro veces (OR=4,40 con IC: 1,40 a 13,84). Otros antecedentes obstétricos como cirugía pélvica, embarazo gemelar, y HPP fueron menos frecuentes.

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**GRÁFICO N° 05  
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS COMO FACTOR DE RIESGO  
PARA HEMORRAGIA POST PARTO**



FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**TABLA N° 06  
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO COMO FACTOR DE RIESGO  
PARA HEMORRAGIA POST PARTO**

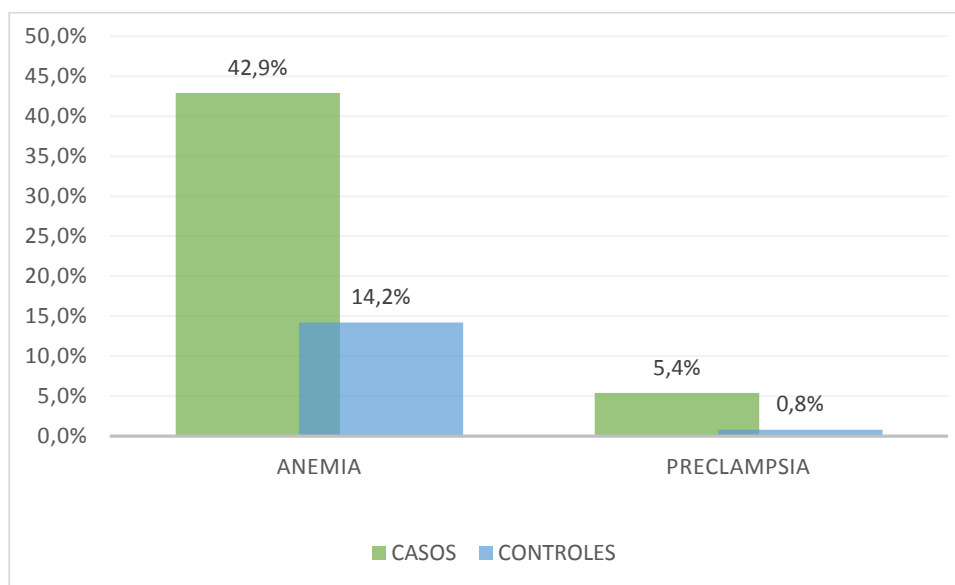
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	CASOS		CONTROLES		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
ANEMIA	24	42,9%	17	14,2%	4,54	2,17	9,50
PRECLAMPSIA	3	5,4%	1	0,8%	6,74	0,68	66,27
COAGULOPATIA	0		0				
EMBARAZO MÚLTIPLE	0		0				
POLIHIDRAMNIOS	0		0				
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100%</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>			

FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

En la tabla observamos que las complicaciones del embarazo más frecuentes fueron la anemia (42,9% de casos y 14,2% de controles) y la preclampsia (5,4% de casos y 0,8% de controles). Se observa que las puérperas con anemia incrementan significativamente el riesgo de HPP (OR=4,54 con IC: 2,17 a 9,50). Mientras que la preclampsia no evidencia que incremente significativamente el riesgo de HPP (OR=6,74 con IC: 0,68 a 66,27). Otros antecedentes obstétricos como coagulopatía, embarazo gemelar, y polihidramnios no se encontraron en este estudio.

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**GRÁFICO N° 06  
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO COMO FACTOR DE RIESGO  
PARA HEMORRAGIA POST PARTO**



FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**TABLA N° 07  
INICIO DE PARTO COMO FACTOR DE RIESGO PARA  
HEMORRAGIA POST PARTO**

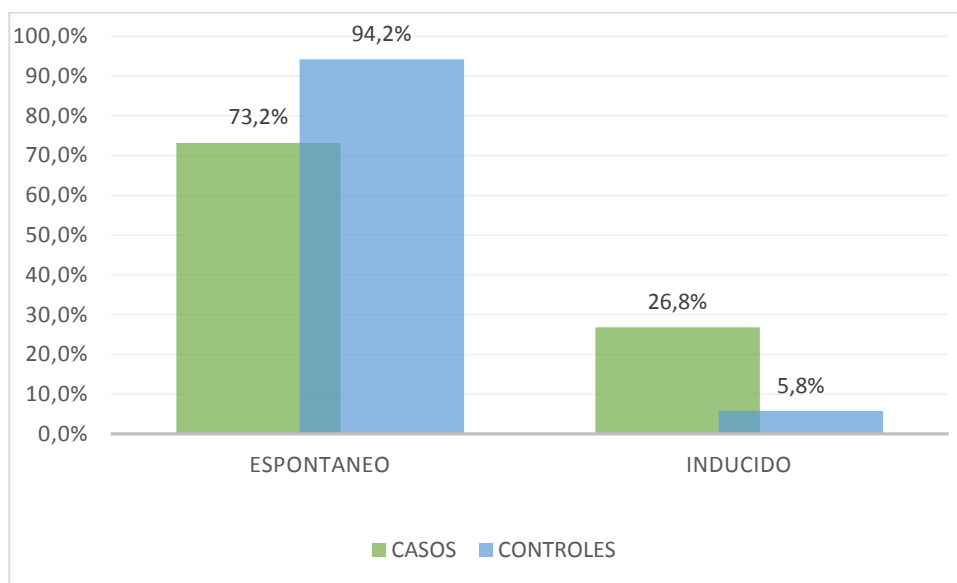
INICIO DE PARTO	CASOS		CONTROLES		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
ESPONTÁNEO	41	73,2%	113	94,2%	0,17	0,06	0,44
INDUCIDO	15	26,8%	7	5,8%	5,91	2,25	15,51
TOTAL	56	100%	120	100%			

FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

En la tabla observamos que la mayoría de puérperas iniciaron espontáneamente el trabajo de parto (73,2% de casos y 94,2% de controles), mientras que 26,8% de casos y 5,8% de controles recibieron inducción del trabajo de parto. De esta manera evidenciamos que la inducción del parto incrementa significativamente el riesgo de HPP en casi seis veces (OR=5,91 con IC: 2,25 a 15,51). Mientras que las pacientes que iniciaron el parto de manera espontánea redujeron significativamente el riesgo de HPP (OR=0,17 con IC: 0,06 a 0,44).

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**GRÁFICO N° 07  
INICIO DE PARTO COMO FACTOR DE RIESGO PARA  
HEMORRAGIA POST PARTO**



FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**TABLA N° 08**

**DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO COMO FACTOR DE  
RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO**

DURACIÓN DEL PARTO	CASOS		CONTROLES		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
PRECIPITADO	3	5,4%	3	2,5%	2,21	0,43	11,30
NORMAL	31	55,4%	110	91,7%	0,11	0,05	0,26
PROLONGADO	22	39,3%	7	5,8	10,45	4,11	26,55
TOTAL	56	100%	120	100%			

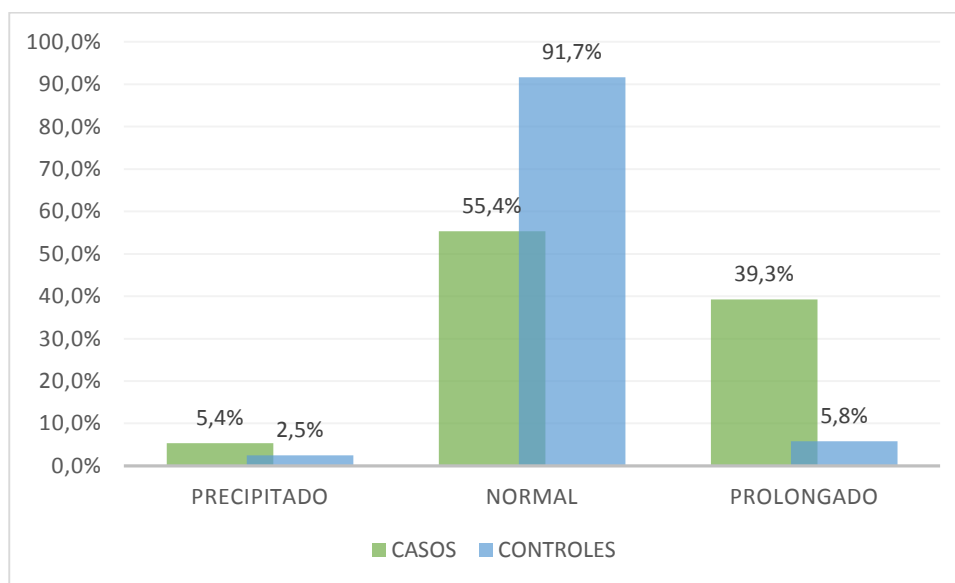
FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

En la tabla observamos que la mayoría de puérperas presentaron duración normal del trabajo de parto (55,4% de casos y 91,7% de controles), mientras que 39,3% de casos y 5,8% de controles presentaron trabajo de parto prolongado. Estadísticamente observamos que el parto prolongado aumenta significativamente hasta 10 veces el riesgo de HPP (OR= 10,45 con IC: 4,11 a 26,55), por otra parte, la duración normal disminuye significativamente el riesgo de HPP. (OR= 0,11 con IC: 0,05 a 0,26)

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**GRÁFICO N° 08**

**DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO COMO FACTOR DE  
RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO**



FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**TABLA N° 09**

**VÍA FINAL DEL PARTO COMO FACTOR DE RIESGO PARA  
HEMORRAGIA POST PARTO**

VÍA FINAL DE PARTO	CASOS		CONTROLES		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
PARTO VAGINAL	40	71,4%	119	99,2%	0,02	0,00	0,16
CESÁREA DE EMERGENCIA	16	28,6%	1	0,8%	47,60	6,12	370,4
TOTAL	56	100%	120	100%			

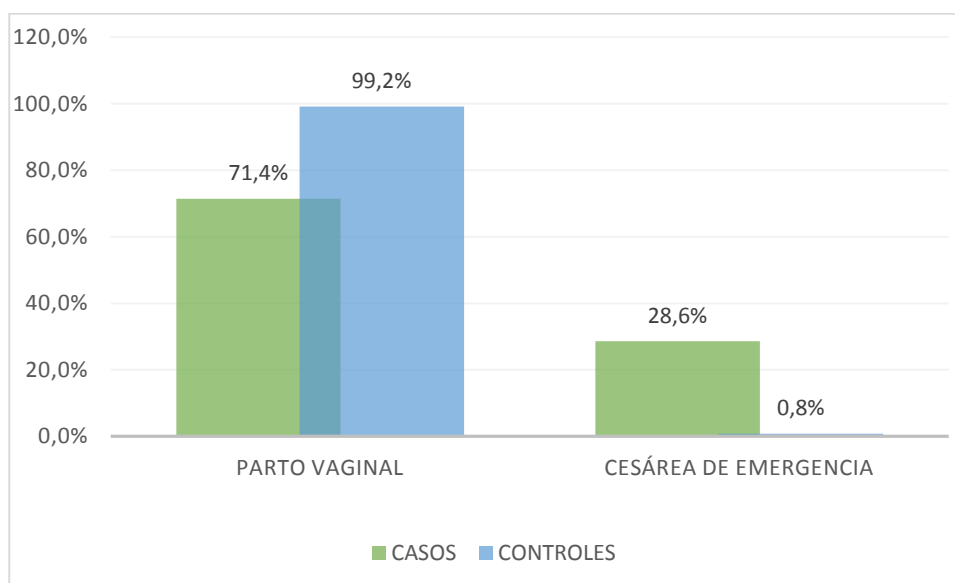
FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

En la tabla observamos que la mayoría de puérperas presentaron parto vaginal (71,4% de casos y 99,2% de controles), mientras que 28,6% de casos y 0,8% de controles necesitaron cesárea de emergencia. De esta manera evidenciamos que la cesárea de emergencia incrementa significativamente el riesgo de HPP (OR=47,6 con IC: 6,12 a 370,4). Mientras que las pacientes que presentaron parto vaginal redujeron significativamente el riesgo de HPP (OR=0,02 con IC: 0,00 a 0,16).

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**GRÁFICO N° 09**

**VÍA FINAL DEL PARTO COMO FACTOR DE RIESGO PARA  
HEMORRAGIA POST PARTO**



FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**TABLA N° 10  
DESGARRO VAGINAL COMO FACTOR DE RIESGO PARA  
HEMORRAGIA POST PARTO**

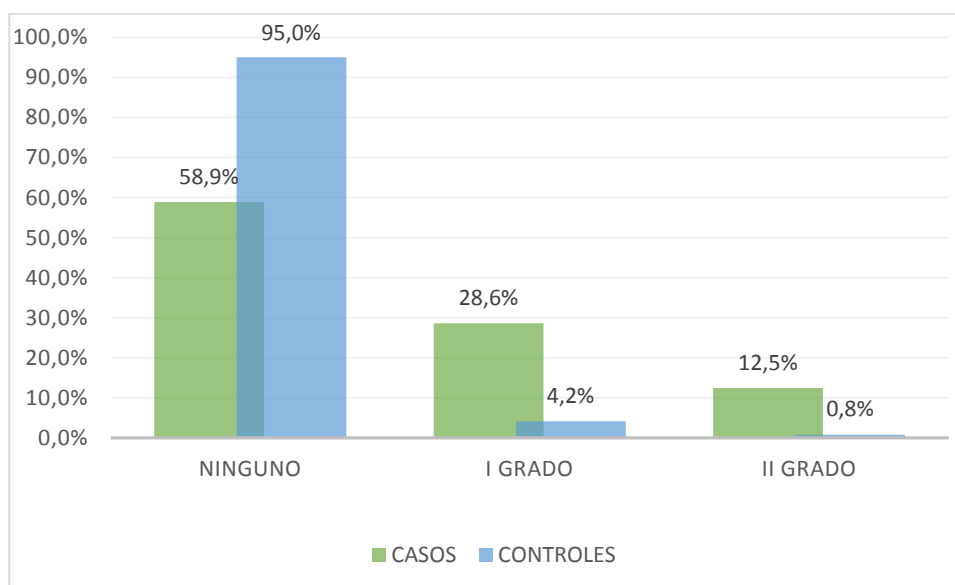
DESGARRO VAGINAL	CASOS		CONTROLES		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
NINGUNO	33	58,9%	114	95,0%	0,08	0,03	0,20
I GRADO	16	28,6%	5	4,2%	9,20	3,17	26,73
II GRADO	7	12,5%	1	0,8%	17,00	2,04	141,8
TOTAL	56	100%	120	100%			

FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

En la tabla observamos que el grupo de casos presentaron desgarro vaginal con más frecuencia que el grupo control: desgarro de I grado 28,6% vs 4,2% y desgarro de II grado 12,5% vs 0,8% respectivamente. Evidenciamos que el desgarro vaginal de II grado incrementa significativamente el riesgo de HPP (OR=17,0 con IC: 2,04 a 141,8). Y el desgarro vaginal de I grado incrementa significativamente el riesgo de HPP (OR=9,2 con IC: 3,17 a 26,73). Mientras que las pacientes sin desgarros vaginales redujeron significativamente el riesgo de HPP (OR=0,08 con IC: 0,03 a 0,20).

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**GRÁFICO N° 10  
DESGARRO VAGINAL COMO FACTOR DE RIESGO PARA  
HEMORRAGIA POST PARTO**



FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**TABLA N° 11  
COMPLICACIONES DEL PARTO COMO FACTOR DE RIESGO  
PARA HEMORRAGIA POST PARTO**

COMPLICACIONES DEL PARTO	CASOS		CONTROLES		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
RETENCIÓN DE PLACENTA	38	67,9%	1	0,8%	251,22	32,45	1944,7
ATONÍA UTERINA	11	19,6%	1	0,8%	29,09	3,65	231,4
RUPTURA UTERINA	7	12,5%	1	0,8%	17,00	2,04	141,85
NINGUNA	0	0,0%	117	96,8%			
TOTAL	56	100%	120	100%			

FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

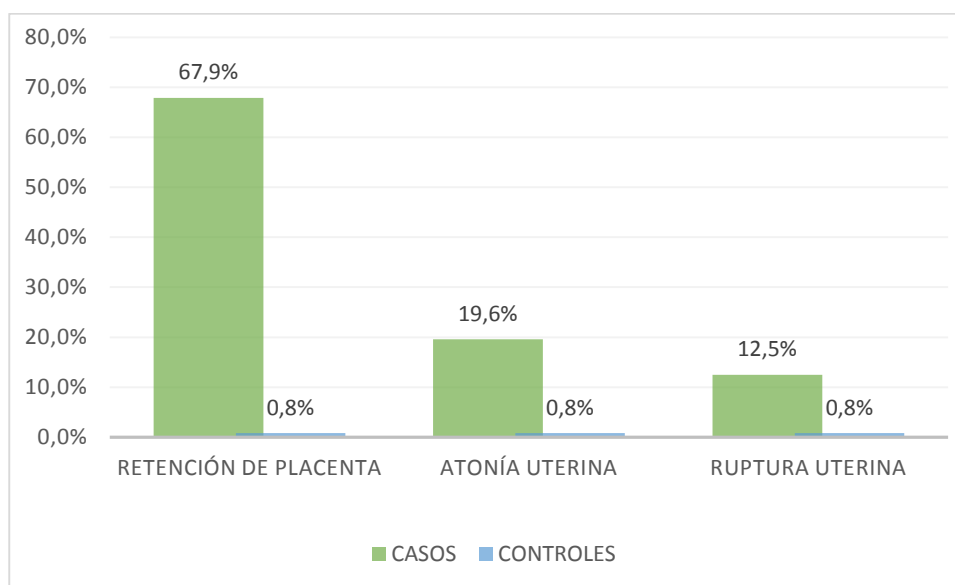
En la tabla observamos que la complicación del parto más frecuente en el grupo de casos fue la retención de placenta (67,9%), seguido de la atonía uterina (19,6%) y ruptura uterina (12,5%). Mientras que la mayoría del grupo control no presentó ninguna complicación (96,8%). Evidenciamos que la retención placentaria incrementa significativamente el riesgo de HPP (OR=251,2 con IC: 32,5 a 1944,7). Y la atonía uterina incrementa significativamente el riesgo de HPP (OR=29,09 con IC: 3,65 a 231,4).

Mientras que las pacientes con ruptura uterina incrementaron significativamente el riesgo de HPP (OR=17,08 con IC: 2,04 a 141,85).

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**GRÁFICO N° 11**

**COMPLICACIONES DEL PARTO COMO FACTOR DE RIESGO  
PARA HEMORRAGIA POST PARTO**



FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**TABLA N° 12  
EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO COMO FACTOR  
DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO**

EDAD GESTACIONAL	CASOS		CONTROLES		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
PRE TÉRMINO	9	16,1%	2	1,7%	11,30	2,35	54,25
A TÉRMINO	47	83,9%	112	93,3%	0,37	0,14	1,03
POST TÉRMINO	0	0,0%	6	5,0%			
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100%</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>			

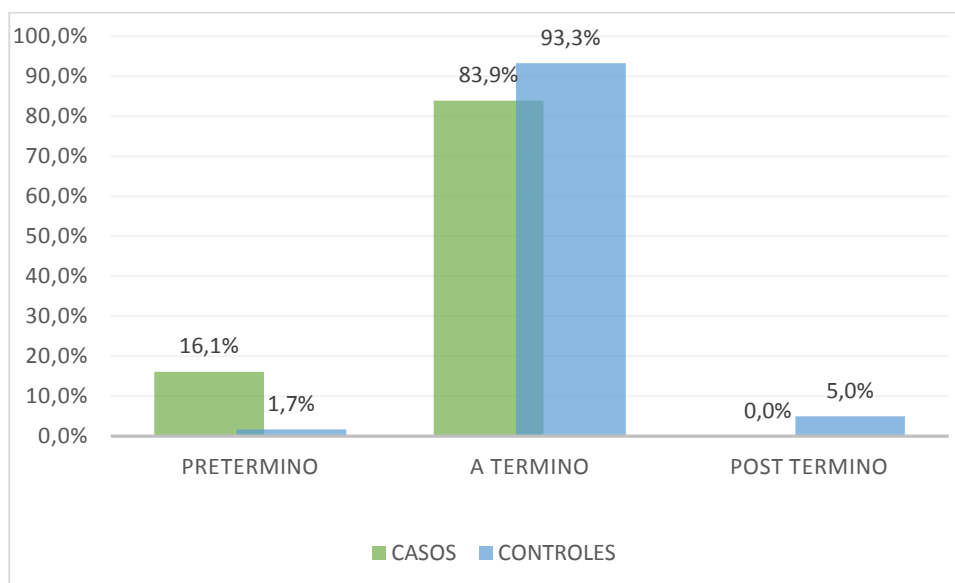
FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

En la tabla observamos que la mayoría de recién nacidos eran a término (83,9% de casos y 93,3% de controles), y que los RN pre término fueron más frecuentes en el grupo de casos (16,1%) que en los controles (1,7%). El análisis estadístico nos muestra que las madres de los nacidos pre término incrementan significativamente el riesgo de HPP en más de 11 veces en comparación al resto de puérperas (OR=11,3 con IC=2,35-54,25).

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**GRÁFICO N° 12**

**EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO COMO FACTOR  
DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO**



FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**TABLA N° 13  
PESO AL NACER DEL RECIÉN NACIDO COMO FACTOR DE  
RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO**

PESO AL NACER	CASOS		CONTROLES		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
<3000	9	16,1%	16	13,3%	1,24	0,51	3,02
3 001 A 3 500	22	39,3%	40	33,3%	1,29	0,67	2,50
3 501 A 4 000	21	37,5%	51	42,5%	0,81	0,42	1,56
>4000	4	7,1%	13	10,8%	0,63	0,20	2,04
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100%</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>			

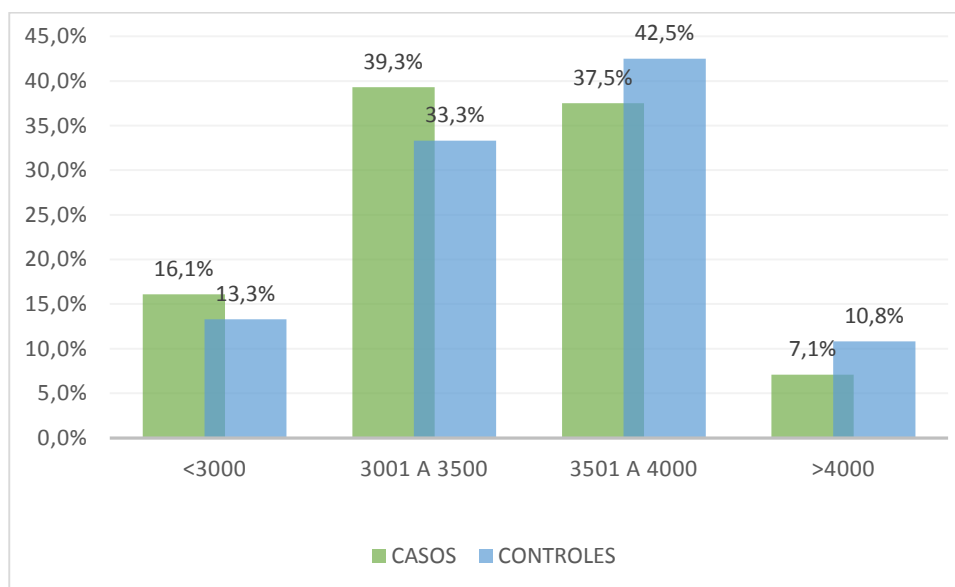
FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

En la tabla observamos que la mayoría de recién nacidos tenían entre 3 001-4 000 gr (76,8% de casos y 75,8% de controles). Y el análisis estadístico evidencia que el peso al nacer no incrementa significativamente el riesgo de HPP.

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**GRÁFICO N° 13**

**PESO AL NACER DEL RECIÉN NACIDO COMO FACTOR DE  
RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO**



FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**TABLA N° 14**

**SEXO DEL RECIÉN NACIDO COMO FACTOR DE RIESGO  
PARA HEMORRAGIA POST PARTO**

SEXO DEL RECIÉN NACIDO	CASOS		CONTROLES		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
MASCULINO	24	42,9%	77	64,2%	0,42	0,22	0,80
FEMENINO	32	57,1%	43	35,8%	2,39	1,25	4,56
TOTAL	56	100%	120	100%			

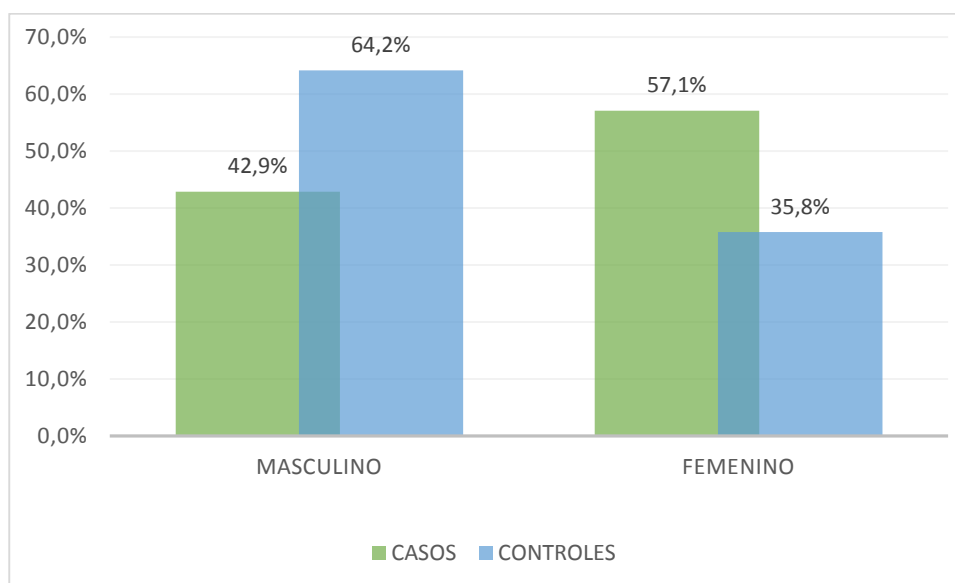
FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

En la tabla observamos que la mayoría de recién nacidos del grupo de casos fueron de sexo femenino (57%) en comparación al grupo control, que presentaron mayoría de RN de sexo masculino (64,2%). El análisis estadístico evidencia que las madres de los nacidos de sexo femenino incrementaron significativamente el riesgo de HPP (OR=2,39 con IC=1,25-4,56). en comparación a las madres de recién nacidos de sexo masculino (OR=0,42 con IC=0,22-0,80).

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**GRÁFICO N° 14**

**SEXO DEL RECIÉN NACIDO COMO FACTOR DE RIESGO  
PARA HEMORRAGIA POST PARTO**



FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**TABLA N° 15  
PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO  
COMO FACTOR DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO**

PESO PARA EDAD GESTACIONAL	CASOS		CONTROLES		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
PEG	3	5,4%	1	0,8%	6,74	0,68	66,27
AEG	43	76,8%	106	88,3%	0,44	0,19	1,01
GEG	10	17,9%	13	10,8%	1,79	0,73	4,37
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100%</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>			

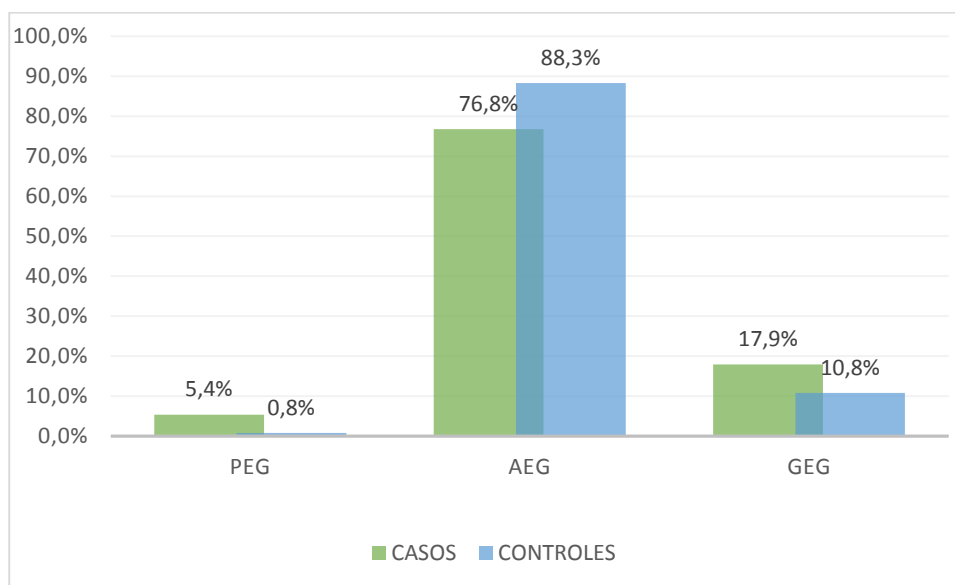
FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

En la tabla observamos que la mayoría de recién nacidos presentaron peso adecuado para la edad gestacional (76,8% de casos y 88,3% de controles), seguidos de los grandes para la edad gestacional (17,9% de casos y 10,8% de controles) y pequeños para la edad gestacional (5,4% en casos y 0,8% de controles). El análisis estadístico evidencia que el peso para la edad gestacional no incrementa significativamente el riesgo de HPP.

**FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL AÑO 2016**

**GRÁFICO N° 15**

**PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO  
COMO FACTOR DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO**



FUENTE: elaboración propia. Ficha de Recolección de datos.

## 4.2. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Durante el periodo de estudio, se registraron 72 casos de hemorragia post parto (HPP) de un total de 1 092 puérperas atendidas en el Hospital Daniel Alcides Carrión, en el año 2 016, lo que representa una frecuencia de 6,6%, es decir que la tasa de HPP en puérperas de vía vaginal se da en 5,5 casos por mil partos. Esta frecuencia hallada es relativamente similar a lo encontrado por Rivero M, en su publicación de la Revista científica de la Universidad Nacional del Nordeste (Argentina 2005), quien reportó una frecuencia de HPP de 7,3% en puérperas de dicho hospital (28). Otros autores como Altamirano Girano, en el Hospital María Auxiliadora de Lima, encontraron que a frecuencia de HPP fue menor a la nuestra con un 1,52% del total de puérperas (29). Por otra parte, Pariguana en el Hospital Sergio Bernales de Lima, reporta una frecuencia de HPP en el 3,2% de partos vaginales y 2,6% en cesáreas, que en total sumarían un 5,8% de HPP en las puérperas de ese hospital (31). Por otra parte, Acusi Quispe, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, encuentra que el porcentaje parecido a nuestro estudio, obteniendo que la HPP fue de 5,5% por cada mil puérperas atendidas en su hospital. Ante los estudios anteriores, se puede observar que nuestra frecuencia, coincide con los estudios presentados, dando razón

a la importancia del estudio de la HPP, es llamativa la frecuencia obtenida por Altamirano Girano, quien es menor a la del resto de estudios.

En la tabla 2 mostramos que a pesar que la HPP fue más frecuente en las pacientes con 19-35 años (80,4%), seguido de las puérperas mayores de 35 años con 17,9%; en nuestro estudio no se muestra que la edad materna incremente significativamente el riesgo de HPP. Observamos que la mayoría de estudios revelan frecuencias variables en cuanto a la edad de las pacientes con HPP. Así tenemos a Chávez, S. quien afirma que la media de la edad en pacientes que presentaron HPP fue de 25 años (25) coincidiendo con nuestro estudio. Chica Mendoza, en el estudio realizado en el hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Ecuador, encontró que la mayor frecuencia en las edades de la paciente fue de 15 a 20 años con un 37% (26). Corcuera, quien afirma que 30,4% de pacientes tenía edades entre 31 y 35 años (27). Rivero M. en su estudio para la Revista Argentina sobre HPP, expuso que la media de la población de estudio fue de  $25 \pm 7$  años (28). Sin embargo, estos estudios al ser descriptivos no analizaron el riesgo que representaría la edad para la HPP. En el estudio de Gil Cusirramos, muestra que en el hospital Guillermo Almenara se encontró en las pacientes mayores a 30 años, un aumento de hasta 3 veces del riesgo de presentar HPP ( $p=0,000$ ; OR = 3,64, IC 95% 1,8 - 7,0) (3) y en el estudio de Acusi, evidenciamos que el grupo de puérperas con edad cercanas a 35 años incrementaron en más de 2 veces

el riesgo de HPP (OR=2,28; IC 95%: -1 ,04-4,96) (32). Si bien en nuestro estudio no se encontró significancia entre la edad materna y la HPP, encontramos que la frecuencia si es elevada en pacientes relativamente mayores de 30 años; este hecho puede estar asociado a otros factores que se presentan en puérperas de edades avanzadas, como son: multiparidad, macrosomía neonatal, antecedentes de HPP y desgarros perineales entre otros.

En la tabla 03, se mostró que la mayoría de nuestras pacientes con HPP eran primíparas (39,3%) o nulíparas (32,7%), seguidas de las multíparas (25,0%); sin embargo, a pesar que fueron más frecuentes no presentaron asociación con HPP. En estudios descriptivos como el de Chica Mendoza, presento que de acuerdo a la paridad el mayor porcentaje se concentró en las nulíparas con 60% de los casos (26). Otros estudios, como el de Corcuera, Rivero, Altamirano y Acusi; coinciden con nuestros resultados al afirmar que la mayoría de puérperas con HPP son primíparas (27, 28, 29, 32). De esta manera el estudio presenta similares resultados a los estudios ya citados, comprobando que en primíparas existe una mayor frecuencia de presentar HPP.

La tabla 04, muestra que en nuestro estudio la mayoría de pacientes tenían control adecuado del embarazo (más de 6 controles prenatales) representando el 82,1% de puérperas con HPP y 76,7% de puérperas sin

HPP. Sin embargo, al realizar el análisis estadístico encontramos que los controles prenatales no se asocian con la probabilidad de HPP. En estudios descriptivos, encontramos a Rivero M., quien encontró que la mayoría de pacientes presento un adecuado control pre natal (28). Acusi muestra en su estudio del Hospital Hipólito Unanue, una frecuencia similar a la nuestra donde la mayoría de puérperas con HPP, tenían controles adecuados al embarazo (31). Además, la bibliografía citada nos muestra que el control prenatal adecuado es importante para prevenir la morbilidad materna y neonatal durante la gestación (16).

En la tabla 05 analizamos los antecedentes patológicos de nuestras pacientes, y determinamos que el antecedente más frecuente es la cesárea previa, que estuvo presente en 33,9% de las puérperas, y la macrosomia fetal, en un 16,1%. Otros antecedentes como hemorragia post parto, miomas uterinos no estuvieron presentes en nuestros grupos de estudios. En nuestro estudio encontramos que la Cesárea Previa y la Macrosomía fetal incrementa hasta 4 veces el riesgo de presentas HPP (OR=4,23 y OR=4,40). Gil Cusirramos, en su estudio de HPP en el hospital Guillermo Almenara, presenta que de las 80 pacientes puérperas en estudio, se encontró que la cesárea previa, aumenta significativamente hasta 2 veces el riesgo de presentar HPP ( $p = 0,001$  y  $OR = 2,95$ ; IC 95% 1,5 - 5,6) (30), coincidiendo con nuestro estudio. Es importante recalcar que la teoría nos indica que

existe mayor riesgo de presentar HPP, en paciente con antecedente de Cesárea Previa, dato que resalta en nuestro estudio.

En la tabla 06 La complicación más frecuente del embarazo en nuestras pacientes fue la anemia (42,9% de casos y 14,2% de controles), observando que las puérperas con anemia incrementan significativamente el riesgo de HPP (OR=4,54 con IC: 2,17 a 9,50). Otros autores como Corcuera Urbina coinciden con nuestros resultados al describir a la anemia materna como complicación más frecuente del embarazo (31,1 %), sin embargo, no parece asociarse a la HPP (27). Acusi en su estudio encontró que la complicación más frecuente del embarazo fue la anemia materna que estuvo presente en 20,3% de los casos y 20% de controles. Pero se ha evidenciado que no incrementa el riesgo de HPP (32). Por otra parte, Rivero M, encontró que la anemia se presentó en un 14,7% de las puérperas en estudio, encontrando asociación entre la Anemia y la HPP ( $p=0,016$ ) (28), coincidiendo con nuestro estudio, y con lo descrito por la teoría, esto refleja que sigue siendo importante evaluar, la hemoglobina y hematocrito en gestantes, como medida de prevención ante una HPP.

En la tabla 07 presentamos algunos factores del parto que incrementaron el riesgo de HPP. La inducción del parto es un factor de riesgo muy significativo (OR=5,91). Estos resultados coinciden con lo reportado por otros autores como Acusi, quien aseguran que el parto inducido incrementa hasta 14 veces

la posibilidad de presentar HPP (OR= 14,0) (32). Corcuera coincide con nuestro estudio reportando que, el 41,7% de puérperas presento partos inducidos, como factor de riesgo para presentaron HPP (27). Rivero a su vez, expone que durante el periodo intraparto, la inducción con oxitocina se presentó en el 20,2% de las pacientes (28). Además, la bibliografía nos resalta que, la mayoría de factores de riesgo se presentan durante el trabajo de parto (16).

En la tabla 08, encontramos como factor importante al parto prolongado (OR= 10,45 con IC: 4,11 a 26,55) que también fue descrito por Rivero como un factor de riesgo para HPP (28), y Acusi, quien también encontró como factor de riesgo al parto prolongado (OR=12,4; IC: 5,1-29,4) (32), ambos coincidiendo con nuestro estudio. Todo lo contrario, a lo que expone Altamirano en su estudio del hospital María Auxiliadora, encontrando que el parto precipitado se asocia a HPP ( $p=0,039$ ) (29). Si bien la teoría define que tanto el parto precipitado como prolongado se relacionan, esto es de acuerdo a otros factores que conllevan a la HPP.

En la tabla 09 observamos que la mayoría de puérperas presentaron parto vaginal (71,4%), mientras que 28,6% necesitaron cesárea de emergencia. De esta manera evidenciamos que la cesárea de emergencia incrementa significativamente el riesgo de HPP (OR=47,6 con IC: 6,12 a 370,4). Gil Cusirramos, en su estudio refleja que las pacientes sometidas a cesárea de

emergencia, aumentan hasta 6 veces el riesgo de HPP parto por cesárea ( $p=0,000$ ; OR = 6,64; IC 95% 2,56 - 17,1) (30), coincidiendo con nuestro estudio. Este dato si bien se ve reflejada en la bibliografía, es un factor de riesgo cuando se presenten casos de placenta previa, marginal, desprendimiento prematuro de Placenta o inminencia de rotura uterina; no se vio como variable en los otros estudios.

En la tabla 10 analizamos si las pacientes presentaron desgarro vaginal y encontramos que quienes presentaron desgarro de I grado fueron 28,6% y desgarro de II grado 12,5%. Evidenciamos que el desgarro vaginal de II grado incrementa significativamente el riesgo de HPP (OR=17,0 con IC: 2,04 a 141,8). Y el desgarro vaginal de I grado incrementa significativamente el riesgo de HPP (OR=9,2 con IC: 3,17 a 26,73). Mientras que las pacientes sin desgarros vaginales redujeron significativamente el riesgo de HPP (OR=0,08 con IC: 0,03 a 0,20). Estos resultados concuerdan con lo reportado por Rivero, quien expone que en su estudio se encontró desgarro cervical en el 25% de los casos (28). Acusi encontró que aumentan riesgo de HPP pacientes que presentaron desgarro perineal de I grado (OR=28,9), desgarro perineal de II grado (OR=11,4) (32). Además, Altamirano (29) encontró que la episiotomía se asocia a la HPP ( $p=0,021$ ) (29). Si bien la teoría indica que una adecuada práctica de episiotomía, es favorable en el momento del parto para evitar morbilidad materna y neonatal, se debe evaluar otros factores,

como el peso para la edad gestacional y la desproporción céfalo pélvica, para su adecuada realización y poder evitar los desgarros vaginales.

En la tabla 11, mostramos retención de placenta y restos placentarios, como la atonía uterina (67,9% y 19,6% respectivamente) incrementan significativamente el riesgo de HPP (OR=251,2 y OR=29,09). Acusi en su estudio encontró que la retención placentaria incrementó en más de 50 veces la probabilidad de HPP (OR=56,6) (32). De la misma manera Chica Mendoza demostró que la atonía uterina fue una de las causas que desencadenaron cuadro de HPP en el 43% de los casos de su estudio (26). Rivero también mostro que la hipotonía uterina se presentó en el 37,5%, y la retención de restos en el 37,5% (28). Pariguana coinciden con nuestros resultados al reportar que la retención de restos placentarios aumenta el riesgo de HPP (OR=9,75).

La tabla 12 mostramos otro grupo de factores estudiados los cuales pertenecen a los recién nacidos de nuestras pacientes. Evaluamos la edad gestacional y encontramos que la mayoría eran a término, pero encontramos que el parto pre-término se incrementa hasta en 11 veces el riesgo de HPP (OR=11,3) esto debido a que la frecuencia de partos por cesárea fue alta, y la causa más frecuente fue por placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta, generando partos de recién nacidos pre termino.

En la tabla 13 analizamos el peso al nacer en el cual la mayoría de recién nacidos tenían entre 3 001 - 4 000 gr (76,8%). Y el análisis estadístico evidencia que el peso al nacer no incrementa significativamente el riesgo de HPP. Acusi en su estudio encontró que los recién nacido con peso al nacer >4 000 gr., y los recién nacidos GEG, aumentaron el riesgo de HPP (OR=2,89) (32). Si bien los recién nacidos grandes o peso >4 000 gr son factores de riesgo para HPP ampliamente demostrados en diversos estudios; en el nuestro no mostro aumento de riesgo.

En la tabla 14 observamos que la mayoría de recién nacidos del grupo de casos fueron de sexo femenino (57,1%). El análisis estadístico evidencia que las madres de los nacidos de sexo femenino incrementaron significativamente el riesgo de HPP (OR=2,39 con IC=1,25-4,56). en comparación a las madres de recién nacidos de sexo masculino (OR=0,42 con IC=0,22-0,80). Si bien no se tienen estudios al respecto sobre el sexo del recién nacido y su riesgo para presentar HPP, es un dato a tener en cuenta, para la estadística del servicio de gineco-obstetricia del hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna. .

## **CONCLUSIONES**

### **PRIMERA**

La frecuencia de hemorragia postparto, en puérperas atendidas en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna en el año 2016 es del 6,6% de un total de 1091 partos atendidos.

### **SEGUNDA**

Las características gineco-obstétricas más frecuentes en las puérperas con hemorragia postparto atendidas en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna en el año 2016 son: edad materna entre 19-35 años, primíparas, con cesárea previa y anemia durante el embarazo.

### **TERCERA**

Los factores del embarazo que incrementan significativamente el riesgo de hemorragia postparto en las puérperas atendidas en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna en el año 2016 son: antecedente de cesárea previa, antecedente de macrostomia fetal, anemia durante el embarazo.

#### **CUARTA**

Los factores del parto que incrementan significativamente el riesgo de hemorragia postparto en las puérperas atendidas en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna en el año 2016 son: inducción del trabajo de parto, el parto prolongado cesárea de emergencia, desgarro vaginal de I y II grado, parto complicado con retención de placenta y atonía uterina

#### **QUINTA**

Los factores del recién nacido que incrementan significativamente el riesgo de hemorragia postparto en las puérperas atendidas en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna en el año 2016 son: recién nacido pre-término y sexo femenino.

## **RECOMENDACIONES**

### **PRIMERA**

Mejorar los niveles de hemoglobina en las pacientes gestantes, y mantener un control estricto de la misma durante la gestación, con nuevas estrategias y asegurar el consumo de Sulfato Ferroso, para controlar la anemia hasta el momento del parto.

### **SEGUNDA**

El correcto uso de protocolos para llevar a cabo la aplicación estandarizado del manejo activo del tercer período del parto y el uso de la inducción en algunas pacientes, así como las simulaciones de procedimientos del trabajo de parto para mejorar la atención de las puérperas.

### **TERCERA**

Mejorar el control pre natal en las gestantes, así como el uso de tecnología para detectar con anticipación pacientes con riesgo de parto pre termino y evitar complicaciones en el parto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Monitoring Health For The SDGs. World Health Statistics: 2016.
2. Bonnar J. Massive obstetric haemorrhage. Bailliere's Clinical Obstetric and gynaecology. 2008; 14 (1):1-18
3. Donnay F. Maternal survival in developing countries: what has been done, what can be achieved in the next decade. Int.J Gynaecoi.Obstet 2010;70:89-97.
4. Ministerio de Salud. Boletín epidemiológico. Situación Epidemiológica de la Muerte Materna en el Perú 2015; 25 (4). Pág. 66 – 74. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>
5. Duthie SJ, Ven D, Yung GL, Guang DZ, Chan SY, Ma HK. Discrepancy between laboratory determination and visual estimation of blood loss during normal delivery. Eur.J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2006; 38: 119-24.
6. Stones RW, Paterson CM, Saunders NJ. Risk factors for major obstetric haemorrhage. Eur.J Obstet Gynecol Reprod.Biol. 2003;48:15-18.
7. AbouZahr C. Global burden of maternal death and disability. Br Med Bull 2003;67:1-11

8. Amnistía Internacional. Deficiencias fatales. Las barreras a la salud materna en Perú. Julio de 2009:7-19
9. McDonald S, Abbott JM, Higgins SP. Prophylactic ergometrine oxytocin versus oxytocin for the third stage of labour. Cochrane 92 Database of Systematic Reviews 2004, Issue 1. Art.No.:CD000201. DOI: 10.1002/14651858.CD000201.pub2
10. ACOG Practice Bulletin no. 76. Clinical Management Guidelines for Obstetrician– Gynecologists. Obstetrics & Gynecology 2006; 108 (4):1039-1047
11. Lalonde A, Acosta A, Herschderfer B, et al. Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO
12. Karlsson H, Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. An Sist Sanit Navar 2009; 32 (Supl1): 159-167.
13. Canchila C., Laguna H., Paternina A. & Arango A. "Prevención de la hemorragia posparto", Universidad de Cartagena, facultad de Ginecología & Obstetricia; Cartagena Colombia. 2009
14. García L., Hemorragia postparto en: Nuñez-Maciél E. et al. Tratado de Ginecología y Obstetricia, Volumen II Cap.50. México, Ed. Cuéllar, S.A de C.V; 2011. pp. 687-694.

15. Sosa C, Althabe F, Beliza'n J, Buekens P. Risk factors for postpartum hemorrhage in vaginal deliveries in a Latin-American population. *Obstet Gynecol* 2011; 113: 1313–9.
16. Williams Obstetrics, 23 edition, editorial McGraw Hill Professional 29/10/2009
17. Alexander J, Thomas P, Sanghera J. Treatments for secondary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 1. Art. No.: CD002867. DOI: 10.1002/14651858. CD002867
18. Barbón, A; et. al; Hemocomponentes en la hemorragia obstétrica mayor. *Rev. Cub.Ginecología y obstetricia* .2011.37(3),pp 341-348
19. Baskett PJF.ABC of major trauma management of hypovolemic shock *EMJ*. 2010.
20. Pessonier A, Kokivok Y, Ynn P, Reme JM. Inversion utérine. *Rev Fr Gynecol Obstet* 2005;90:362-6.
21. Cabrillo E, de Santiago J, Magdalena F, Cortés M. Inversión puerperal uterina. En: *Manual de asistencia al parto y puerperio patológico*, 1998.
22. Maior R. Control of postpartum hemorrhage with uterine packing. *Am J Obstet Gynecol*1993;169:317-23.

23. Me Cor Mick ML, Sangui HC, Kinzie B. Preventions pospartum hemorraghe in low resource settings. *Int J Gyanecol Obstet* 2002;Jun;77(3):267-75.
24. Gulmezoglin AM, Forna F, Villar J. Prostanglandis for revention of pospartum haemorraghe. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(3):CD000494. 98
25. Chavez S., Causas Obstétricas de Choque Hemorrágico en la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital General de Tlalnepantla. México, 2013
26. Chica Mendoza, 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. Ecuador, 2014.
27. Corcuera Urbina M, Ruiz Pérez A, Falcón Vergaray L. 2009. Hemorragia Postparto: ¿Existen Factores Predictivos? SEGO-España . Disponible en [http://www.sego.es/content/microsites/30sego/aceptacion\\_poster/1482.html](http://www.sego.es/content/microsites/30sego/aceptacion_poster/1482.html).
28. Rivero M, Avanza M. Hemorragia postparto: incidencia, factores de riesgo y tratamiento. *Revista de comunicaciones científicas y tecnológicas de la Universidad Nacional del Nordeste*. Argentina 2005

29. Altamirano Girano. Factores de Alto Riesgo asociados a Hemorragia Postparto Inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009. Perú, 2012
30. Gil Cusirramos. Factores Asociados a Hemorragia Post Parto Inmediato por Atonia Uterina en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo Enero – Septiembre del 2015. Tesis Universidad Ricardo Palma 2015.
31. Pariguana López JM, Santos Yauricaza Y. 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. Tesis Universidad Mayor de San Marcos, 2003.
32. Acusi Quispe. Factores de Riesgo para Hemorragia Post parto en las púerperas de Parto Vaginal atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo de 2006-2010. Tesis Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, 2012.

# **ANEXOS**

## ANEXO Nº 1

### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO EN LAS PUÉRPERAS  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN NIVEL III – TACNA EN EL  
AÑO 2016.

Historia Clínica	_____
Fecha	_____

HEMORRAGIA POST PARTO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	1. Paridad	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> 1 a 3 partos anteriores <input type="checkbox"/> Más de 3 partos anteriores
	2. Antecedentes obstétricos	<input type="checkbox"/> Cesárea anterior <input type="checkbox"/> Macrosomía fetal <input type="checkbox"/> Embarazo gemelar <input type="checkbox"/> Hemorragia post parto
	3. Antecedentes patológicos	<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Miomatosis uterina <input type="checkbox"/> Cirugía pélvica <input type="checkbox"/> Otro
CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO	4. Patologías	<input type="checkbox"/> Anemia materna <input type="checkbox"/> Preclampsia-eclamsia <input type="checkbox"/> Macrosomía fetal <input type="checkbox"/> Embarazo gemelar <input type="checkbox"/> Polihidramnios <input type="checkbox"/> Otro
	5. Controles prenatales	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4 ó más

	6. Paridad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> >2
CARACTERÍSTICAS DEL PARTO	7. Inicio del parto	<input type="checkbox"/> Espontaneo <input type="checkbox"/> Inducido
	8. Terminación del parto	<input type="checkbox"/> Parto vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea emergencia
	9. Duración del parto	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Precipitado <input type="checkbox"/> Prolongado
	10. Episiotomía	<input type="checkbox"/> Medial <input type="checkbox"/> Lateral <input type="checkbox"/> Sin episiotomía
	11. Desgarro o laceraciones	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Primer grado <input type="checkbox"/> Segundo Grado <input type="checkbox"/> Tercer y Cuarto Grado
	12. Complicaciones uterinas	<input type="checkbox"/> Ruptura uterina <input type="checkbox"/> Atonia Uterina <input type="checkbox"/> Retención de Restos <input type="checkbox"/> Ninguna
CARACTERÍSTICAS DEL NEONATO	13. Peso al nacer	<input type="checkbox"/> <2500 <input type="checkbox"/> 2500-4000 <input type="checkbox"/> >4000
	14. Sexo del RN	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
	15. Edad Gestacional	<input type="checkbox"/> Pre término <input type="checkbox"/> A Término <input type="checkbox"/> Post término
	16. Peso / edad gestacional	<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> AEG <input type="checkbox"/> GEG
	17. Morbilidad neonatal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	18. Mortalidad Perinatal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No