

**Universidad Nacional de San Martín**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**Carrera Profesional de Obstetricia**

**“ Factores de Riesgo Materno Asociados a Hemorragia Clínica Post-Parto Vaginal en el Hospital de Apoyo No. 2 Yarinacocha - Pucallpa periodo 1993 - 1998 ”**

**TESIS**

**Para Optar el Título Profesional de:**

**O B S T E T R I Z**

**Tesista: Bachiller en Obstetricia**

**Hellen Hevelin Del Aguila Valles**

**Tarapoto — Perú**


**1999**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**JURADO CALIFICADOR:**



**Dr. NESTOR ESTACIO PINO**  
**PRESIDENTE**



**Dr. FEDERICO TINTA JUNCO**  
**MIEMBRO**



**Obst. CONSUELO DAVILA TORRES**  
**MIEMBRO**

## **DEDICATORIA**

**A quienes me dieron confianza, Seguridad y sobre todo amor; y el apoyo constante en lo material, moral y espiritual para ver culminada mi carrera profesional, mis padres: HOMER y ZADITH.**

**A mis hermanos LEYLIS y LUIS ENRIQUE, por su Confianza, amistad, Consideración y en los Momentos difíciles comprensión.**

**LA AUTORA**

# **AGRADECIMIENTO**

**A mi Asesora, Obst. Rosa Ríos López, por su apoyo y orientación desinteresada en el asesoramiento del presente trabajo de investigación.**

**Al personal directivo del Hospital de apoyo N° 2 - Yarinacocha, Dr. JUSTO W. MEJIA PEREZ Director Ejecutivo y al Jefe de Estadística, quienes facilitaron el desarrollo de la investigación.**

**A todo el personal profesional, técnicos y de servicio del Departamento de Gineco-obstetricia, en especial al Dr. ABNER N. ORTIZ ROCCA, por compartir sus sabias enseñanzas durante mis practicas pre profesionales y por su apoyo incondicional en la ejecución del presente estudio,.**

**A los Docentes de la Universidad Nacional de San Martín, Facultad de ciencias de la salud, por sus enseñanzas brindadas durante el proceso de mi formación profesional, y a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron en este proceso.**

**LA AUTORA**

## RESUMEN

El presente estudio de caso control longitudinal con recolección retrospectiva de datos fue realizado en el Hospital de Apoyo N° 2 Yarinacocha – Pucallpa, durante los años de 1993 a 1998; con el propósito de determinar los factores de riesgo asociadas a la hemorragia post-parto vaginal.

Nuestra muestra de estudio estuvo conformada por 167 pacientes con hemorragia y 167 pacientes para el grupo control las que sumaron 334 pacientes, de las cuales se revisó minuciosamente sus respectivas historias clínicas.

Después de realizar el análisis, encontramos que el promedio de pérdida sanguínea es de 725.15 cc

**Los Factores Predisponentes Asociados A Hemorragia Post-Parto Fueron:**

**ANTES DEL EMBARAZO :** Edad materna:  $\leq 19$  años y  $\geq 35$  años, multiparidad, iletradas y primaria incompleta, inicio del control prenatal en el tercer trimestre, anemia previa, infección del tracto urinario.

**DURANTE EN EMBARAZO:** Macrosomía fetal, embarazo múltiple, pre-eclampsia, eclampsia, ruptura prematura de membranas.

**DURANTE EL PARTO:** Embarazo post-término, trabajo de parto prologado, primiparidad, parto vaginal instrumental, parto vaginal distócico, desgarros del canal del parto, retención de membranas, retención de placenta, revisión manual de cavidad, extracción manual de placenta.

**Las Complicaciones Fueron:**

**MEDIATAS:** Hipertonía e Hipotonía uterina en trabajo de parto, Pre-eclampsia y Eclampsia, endometritis puerperal,

**INMEDIATAS:** Hipotonía uterina puerperal, desgarros del canal del parto, retención de placenta y de membranas, shock hipovolémico, anemia puerperal, edema vulvar y Muerte materna.

# INDICE

	<b>Pag.</b>
<b>I INTRODUCCION .....</b>	<b>7</b>
<b>II OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
<b>III MARCO TEORICO.....</b>	<b>12</b>
<b>IV FORMULACION DE LA HIPOTESIS .....</b>	<b>26</b>
<b>V METODOLOGIA .....</b>	<b>27</b>
<b>VI RESULTADOS .....</b>	<b>30</b>
<b>VII DISCUSIÓN.....</b>	<b>48</b>
<b>VIII CONCLUSIONES.....</b>	<b>59</b>
<b>IX RECOMENDACIONES.....</b>	<b>61</b>
<b>X REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>62</b>
<b>XI ANEXO.....</b>	<b>65</b>

## I INTRODUCCION:

Nuestra investigación surge debido a la alta incidencia de pacientes que cursaron con hemorragia post-parto en el Hospital de Apoyo N° 2 - Yarinacocha, siendo esta una de las primeras causas de morbi-mortalidad materna en el ámbito nacional.

A través de la Investigación que planificamos se dotará a la ciencia los hallazgos rigurosamente probados que incrementarán el conocimiento científico así como la utilización de los resultados para la planificación de nuevas estrategias que mejorarán la realidad en situaciones similares, de ahí que se pretende realizar una investigación aplicada con nivel explicativo en donde se identificarán los factores de riesgo asociados a esta patología, comparándolos con aquellos que no presentaron; a fin de determinar el grado de exposición al factor causal.

El Hospital de Apoyo N° 2 - Yarinacocha por su amplia capacidad de infraestructura alberga cada vez mayor número de pacientes de todos los estratos sociales, además se puede constatar que existe un promedio de 66.2% de zona urbano - marginal (Yarina y Alrededores), y dentro de ellos el 41% son pacientes  $\leq$  a 19 años, 19% 20-34 años y el 40%  $\geq$  a 35 años y todos estos grupos no están exentos de tener por lo menos un factor de riesgo.

La hemorragia post-parto se define como la pérdida de sangrado vaginal en cantidad  $>$  500 ml. durante las primeras 24 horas del parto o como la pérdida de sangre  $>$  del 1% del peso corporal de la paciente (por ejemplo, para una mujer de 50Kg. 500 ml de sangre) (4).

Ocurre con una frecuencia de 4 -10% de los partos vaginales y 6.4% en las cesáreas y es la responsable aproximadamente del 35% de las muertes maternas (1). En muchas instituciones una pérdida hemática superior a 500 ml. Puede llamar la atención de las madres que sangran excesivamente y advertir al médico de que es inminente una hemorragia.

Los efectos de la hemorragia dependen en grado considerable de la volemia de la mujer embarazada, la magnitud de la hipervolemia inducida por el embarazo y el grado de anemia en el momento del parto. Una característica traicionera de la hemorragia post-parto es, en que tanto el pulso, como la tensión arterial, no sufran, sino alteraciones moderadas hasta que se han perdido grandes cantidades de sangre. Pero en muchos casos puede producir anemia aguda, shock y muerte, como complicación más importante se tiene el síndrome de Asherman y Sheehan los cuales comprometen seriamente la fertilidad de la mujer.

Sin embargo es preciso enfatizar que toda paciente obstétrica aún cuando no manifieste factores de riesgo, es candidata potencial a presentar una hemorragia grave con posterioridad a la expulsión del feto.

La clave para tratar con éxito los problemas del post-parto, es la identificación de la paciente de riesgo y la adopción de las debidas precauciones para evitar que se produzca un problema.

Estamos entrando a la era de la medicina preventiva, en donde los aspectos, programas y medidas tomadas con el fin de prevenir, toman vital importancia. De ahí que en las diferentes patologías que aquejan a la mujer durante el trance del parto, es muy importante prevenir o actuar sobre los



posibles agentes causales, inclusive antes de que la mujer salga embarazada. .

Hasta la actualidad no se han estudiado cuales son exactamente los factores de riesgo por lo que se presenta la hemorragia post-parto, no obstante hay muchas cosas en donde que las complicaciones se presentan de un modo inesperado, por lo que su atención adecuada se basa en la detención precoz y tratamiento correcto.

En nuestro medio no se ha realizado un estudio sobre el grado de exposición a los factores de riesgo que se asocian con hemorragia post-parto; teniendo en cuenta esta realidad nos hemos propuesto la presente investigación, donde se identificó, describió y se valoró los factores de riesgo asociados a hemorragia post-parto, evaluando el riesgo relativo de cada una de ellas, cuyos resultados nos permitirán actuar sobre estos, a fin de neutralizarlos.

En la presente investigación se identificaron los factores de riesgo materno asociadas a la hemorragia clínica post-parto vaginal en el Hospital de Apoyo N° 2 - Yarinacocha, por que solo conociendo, podremos evaluar el impacto que estos causan y tomar medidas que disminuyan, antes de producirse el hecho; la prevención es la mas rescatable en todo lo que es salud pública de ahí que al actuar sobre los factores de riesgo permitirá al sector salud disminuir el índice de morbi-mortalidad materna para esta patología y por ende mejorar las expectativas correctivas.

El aporte del presente trabajo de investigación será la elaboración del protocolo de prevención y atención adecuada, para los casos de hemorragia post-parto.

Por todo aquello y teniendo en cuenta las consideraciones mencionadas en ítems anteriores es que nos hemos formulado la siguiente interrogante:

**¿ Cuáles son los factores de riesgo materno asociados a hemorragia clínica post-parto vaginal, en el Hospital de apoyo N° 2 – Yarinacocha - Pucallpa durante los años 1993 – 1998 ?**

## II FORMULACION DE LOS OBJETIVOS:

### \* Objetivo General :

- Identificar los factores de riesgo asociados a hemorragia post-parto vaginal, atendidos en el Hospital de Apoyo N° 2 – Yarinacocha-Pucallpa período 1983 - 1998.

### \* Objetivos específicos:

- Demostrar la influencia de los factores de riesgo asociados a la hemorragia post-parto vaginal.
- Determinar la frecuencia de morbi-mortalidad materna causada por hemorragia post-parto vaginal.
- Identificar el riesgo relativo de cada uno de los factores de riesgo de hemorragia post-parto vaginal.
- Elaborar un protocolo de prevención y atención a pacientes con hemorragia post-parto vaginal.

### III MARCO TEORICO:

#### 3.1 ANTECEDENTES:

Lucas en 1980 (14), realizó un estudio de los factores de riesgo que permiten identificar a las embarazadas con posibilidad de presentar una hemorragia del alumbramiento y del post-parto, sin embargo es preciso enfatizar que toda paciente obstétrica aun cuando no manifieste factores de riesgo, es candidata potencial a presentar una hemorragia grave con posterioridad a la expulsión del feto, por esto es deseable que toda embarazada llegue al parto con un hematocrito superior a 35%, lo que le permitirá afrontar en mejores condiciones una perdida aguda de sangre.

Fuchs y Cols en 1985, citados por Pritchard (20), describieron los resultados en cerca de 5,800 mujeres con 7 partos o más, comentaron que la incidencia del 2.7% de hemorragia post-parto en estas mujeres se encontraban aumentada 4 veces respecto a la población obstétrica general. Sin embargo Eildelman y Cols en 1988 (19), no encontraron esta asociación cuando compararon a unas 900 mujeres con 6 partos o más con su población general.

Bullough y Cols en 1989 (6) dirigieron un ensayo aleatorizado que incluye casi 4,400 partos para determinar si la lactancia inmediatamente después del parto reducía la incidencia de hemorragia post-parto. La incidencia global de hemorragia fue del 8% y dicha hemorragia no se previno mediante succión.

Comb y Laros en 1991 (10), se reunieron un grupo de investigadores de la Universidad de California de San Francisco y efectuaron un análisis de los factores predisponentes que acompañan a la hemorragia post-parto observando que los factores más relacionados con hemorragias excesivas tras el parto vaginal son:

1. Prolongación del tercer estadio del parto.
2. Pre-eclampsia.
3. Episiotomía medio lateral
4. Gemelaridad
5. Detención del descenso
6. Laceración de los tejidos blandos
7. Estimulación del parto
8. Fórceps o ventosa
9. Nuliparidad
10. Episiotomía de la línea media

Pudiendo evitar algunos de estos factores o ser modificados por el Obstetra que atiende el parto.

Nieminen (16), encontró un gran riesgo de prolongarse el tercer período del parto ( mayor de 30 min.) y retención de placenta en pacientes que usaron alcaloides.

Comb y Laros (10), en ese mismo año estudiaron la duración del tercer período en 12,275 partos vaginales de un feto solo, sin alumbramiento manual, la duración media del tercer período fue 6 minutos

y el 3.3% duró más de 30 minutos y entre la duración del tercer período y la incidencia de hemorragia, aumentado estos cuando el tercer período se acercó a 30 minutos o fue más prolongado.

Pérez S. en 1992 (19), observa que la rotura uterina en la actividad es casi exclusivamente en úteros con cicatrices quirúrgicos como cesáreas previas, miomectomías, neoimplantes tubáricos y cirugía correctora de malformaciones uterinas, mientras que los desgarros cervicales y vagino-perineales se asocian a partos instrumentales, partos espontáneos precipitados y aveces a la inexperiencia de quien atiende el parto.

Arias F. en 1995 (1), en un estudio comparativo de los efectos que tienen sobre la hemorragia post-parto una actitud intervencionista (grupo activo) y otra expectante durante el tercer estadio del parto, al grupo activo administrando inmediatamente después del parto del hombro anterior 5 unidades de oxitocina y 0,5 mg de maleato de ergonovina y el cordón se pinzó a los 30 seg. del nacimiento del niño y una vez contraído el útero, se extrajo la placenta mediante tracción controlada del cordón, con una mano colocada sobre el vientre para evitar inversión uterina. Al grupo expectante no se administró oxitocina y el cordón no se pinzó hasta después del alumbramiento de la placenta, observaron una incidencia del 5.9% de hemorragia post-parto en el grupo activo y 17.9% en el expectante, concluyendo que el grupo activo reduce la incidencia de hemorragia post-parto.

De modo similar Newton y Brad Ford en 1961 citado por Pritchard (20), identificaron que después del período expulsivo la administración intramuscular de oxitocina a mujeres normales no proporcionan ninguna ventaja en orden a reducir la pérdida de sangrado o acelerar la involución del útero.

Mientras que en Iquitos en 1991, Ríos y García (22), nos demostraron con un estudio sobre hemorragia post-parto que las primíparas cursaron con 50.95% de hemorragia y estos asociados a los siguientes factores de riesgo, atonía uterina (63.47%), trabajo de parto prolongado (12.57%), lesiones del canal del parto (8.38%) y Pre-eclampsia(7.19%), por lo tanto la hemorragia post-parto es alta entre 27.56 - 37.11% en comparación con estos estudios.

En Iquitos, Becerril y Cueva en 1994 (2), desarrollaron un estudio experimental sobre el momento de administración de la metilergonovina para poder ser aplicado en el momento correcto y dentro de las complicaciones relacionadas con el estudio la hemorragia ocupa el 6.7% y subinvolución uterina un 7.3% y recomiendan el uso necesario a la salida del feto.

Rengifo y Meléndez en 1992 (21), realizaron una investigación sobre hemorragia post-parto en el Hospital de Tarapoto, en donde concluyeron que los factores de riesgo relacionados a hemorragia son: trabajo de parto prolongado, mayor tiempo de alumbramiento y peso fetal > 3,000 gr. coincidiendo con los resultados de Ríos Y García.

### **3.2. BASE TEORICA:**

#### **Hemorragia Post-parto:**

##### **A Definición:**

- Pérdida sanguínea mayor a 500 ml. durante las primeras 24 horas después del parto (14,15,17,20,21).
- Sangrado genital superior a 500 ml. que se produce en el tercer periodo del parto (19)
- Pérdida de sangrado vaginal mayor del 1% del peso corporal de la paciente (4)

Es la modificación del 10% en el hematocrito o la necesidad de transfusión de eritrocito (1).

Como se podrá apreciar, existen diferentes formas de definir hemorragia post-parto y lo sintetizamos de la siguiente manera :

**Es la pérdida de sangre por vía vaginal estimada a una cantidad superior a 500 ml o superior al 1% del peso corporal de la paciente, que causan alteraciones clínicas y modificación en el hematocrito en un 10%.**



**B Incidencia:**

La hemorragia post-parto puede llegar a constituir uno de los procesos más serios, siendo el mas grave de los que afectan a la madre en el estado grávido puerperal que ocurre entre el 5 a 10% de los casos (23).

**C Clasificación:****C.1. Por el tiempo:**

C.1.1. temprana: Ocurre dentro de las primeras 24 horas, se asocian a: placenta retenida, cotiledón retenido, atonía uterina, trauma (ruptura uterina, episiorrafia, parto instrumental), coagulación intravascular diseminada (CID) , inversión uterina (18).

C.1.2. Tardía: Ocurre luego de las 24 horas hasta el fin del puerperio. Se asocian a: infección puerperal y tejido placentario retenido (18).

**C.2. Por la Cantidad de Sangrado:**

- Hemorragia post-parto Leve de 500 -750 cc
- Hemorragia Post- Parto Moderado 1000cc
- Hemorragia Post-parto Grave Mayor a 1000cc.

**D Etiopatogenia:****Causas Predisponentes:**

- Fetos múltiples
- Feto grande
- Dilatación insuficiente

- Incisiones en el Cérvix
- Manipulaciones intrauterinas
- Multiparidad
- Maniobras obstétricas
- Parto después de la cesárea.

Causas Directas:

**a) Traumatismos:**

- Vasos dilatados (desgarros del canal)
- Rotura uterina

**b) Inercia Uterina:**

*Primitiva:*

- Tumores (miomas)
- Uso de anestésicos

*Secundaria:*

- Trabajo de parto prolongado
- Hipertonía uterina, uso de oxitocina.

**c) Retención de Restos Placentarios**

**d) Acretismo Placentario con desprendimiento inmediato**

**e) Transtornos de la coagulación (24).**

**E. Factores Predisponentes Asociados a Hemorragia post-parto:**

**Antes del embarazo:**

- Edad mayor a 31 años
- Multiparidad

- **Miomatosis uterina**
- **Anemia**
- **Transtornos hemorrágicos(púrpura, deficiencia de Vitamina K, otros).**

**Durante el embarazo:**

- **Placenta Previa**
- **Desprendimiento prematuro de placenta**
- **Polihidramnios**
- **Macrosomia fetal**
- **Embarazo múltiple**
- **Antecedente de hemorragia puerperal**
- **Muerte fetal intrauterina**
- **Pre-eclampsia**
- **Eclampsia**
- **Hepatitis**

**Durante el parto:**

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| - <b>Inducción o estimulación</b>      | - <b>Anestesia general</b>        |
| - <b>Trabajo de parto prolongado</b>   | - <b>Analgesia y sedación</b>     |
| - <b>Trabajo de parto obstruido</b>    | - <b>Cesárea</b>                  |
| - <b>Episiotomia medio lateral</b>     | - <b>Corioamnionitis</b>          |
| - <b>Transtornos de la coagulación</b> | - <b>Nuliparidad</b>              |
| - <b>Desgarros del canal del parto</b> | - <b>Parto instrumental (24).</b> |

- **CAUSAS DIRECTAS:**

- 1. **Atonía Uterina:**

Es la causa más común (50 - 90%), son muchas las razones por las que el útero puede no contraerse de un modo adecuado en el post-parto inmediato. Se desconoce la etiología de este fenómeno; es posible que la hiperextensión rompa los haces de actinmiosina en algunas de las células musculares lisas, reduciendo así la eficacia de las contracciones uterinas.

Causas de la Atonía Uterina:

- Factores mecánicos:
  - Retención de fragmentos Placentarios
  - Retención de coágulos
- Dilatación uterina marcada:
  - Gestación múltiple
  - Polihidramnios
- Vaciamiento uterino rápido:
  - Parto Precipitado
  - Parto por Fórceps
- Factores metabólicos:
  - Hipoxia uterina
  - Septisemia
  - Hipocalcemia
- Factores Farmacológicos:
  - Sulfato de magnesio                      - Bloqueantes de canales de calcio.
  - Beta-adrenérgicos                        - Halotano.

- Diazóxido (1).

## **2. Placenta Retenida:**

La mayor incidencia de retención placentaria afecta predominantemente a mujeres con parto pretérmino inducido mas que a pacientes con partos prematuros espontáneos. Se desconocen las razones por la que las placentas no se desprenden en este caso (1,3).

## **3. Retención de Tejido Placentario:**

Este se debe por la realización de maniobras apresuradas para el alumbramiento y por la friabilidad y el grado de adherencia acentuada en las membranas . Ocurre en el 5-10% de los casos (3).

## **4. Desgarros del Canal del Parto:**

Son el origen del 20% de los casos. Se puede presentar a cualquier nivel: segmento, cuello, vagina y periné.

Los más frecuentes son los que asientan en el cuello uterino, incluyen la rotura de una cicatriz uterina anterior. Los desgarros vaginales suelen producirse especialmente sobre las espinas ciáticas muy prominentes y en extracciones instrumentales cuando se tuvo que rotar la cabeza, algunas prolongan la episiotomia.

Las laceraciones del Cervix se producen casi siempre en los ángulos laterales, la hemorragia aparece inmediatamente a la salida del feto con la placenta in Situ, la sangre es roja rutilante y la hemorragia es escasa pero constante (3,20).

### **5. Rotura del Utero:**

Es un acontecimiento obstétrico catastrófico que suele producirse y detectarse durante el parto. Se presenta con shock, dolor y sangrado variable (18).

### **6. Inversión Uterina:**

Es la invaginación del fondo y cuerpo del útero, dentro de la cavidad uterina. La incidencia es aproximadamente uno por cada 2500 partos (11,19).

### **7. Anomalías del sistema de la coagulación:**

Las alteraciones del sistema de coagulación pueden ser fatales sino se detectan antes del parto. Cuando la coagulación sanguínea es normal, pequeñas laceraciones no producen nada, pero lo contrario podrían dar lugar a hemorragias copiosas (1).

#### \*Hipopituitarismo post-parto:

(Síndrome de Sheehan). Es poco frecuente pero grave consecuencia de la hemorragia del parto. Es la necrosis isquémica de la hipófisis anterior, secundaria a hemorragia del parto con colapso vascular grave (19).

#### \*Síndrome de Asherman:

En este caso es evitar remover el endometrio basilar mediante raspado forzado en casos de placenta adherente o penetrante (4).

**DIAGNOSTICO:**

El diagnóstico de hemorragia puerperal es obvio. La diferenciación entre hemorragia por atonía uterina y laceraciones se establece en base al estado del útero. Si la hemorragia persiste a pesar de un útero firme, bien contraído, realizar una inspección cuidadosa de la vagina, cérvix y el útero (20).

**TRATAMIENTO:****A. Medidas de urgencia y específicas:****1. Cuidado inicial urgente:**

Inspección de vagina y cuello uterino, palpar el segmento uterino inferior en busca de ruptura.

Reparación todas la laceraciones.

**2. Desprendimiento inmediata de incompleto de la placenta o placenta accreta parcial con sangrado uterino:**

*Sangrado Leve*, esperar un tiempo que se desprenda solo la placenta.

*Sangrado abundante*, extracción manual de placenta.

**3. Retraso en la expulsión de la placenta:**

Dependerán de los signos de la desprendimiento.

**4. Atonía del útero:**

- Pedir ayuda

- Se mantendrá al útero fuera de la Pelvis y se dará masaje al fondo.

- Sangrado abundante, administrar 30 unidades de oxitocina en una infusión intravenosa en algunos casos inyección intracervical de 10 unidades de oxitocina o 0.5 - 1mg. de prostaglandina F2  $\alpha$  intramuscular si persiste hacer compresión bimanual (4,20).

**B. Prolapso del útero hacia la pelvis (Inversión) uterina:**

- Se levantará el útero y se sostendrá el fondo.
- Se elevarán la cervix y el útero con un palillo encubierto de gasa si es necesario (4).

**C. Hematoma paravaginal:**

- El hematoma pequeño es tratado fácilmente por incisión longitudinal de la pared vaginal lateral, evacuación del coágulo sanguíneo y cierre del lecho del hematoma con sutura de cierre continuo.
- El hematoma grande que se extiende hasta la vulva o recto es cuando también con incisión longitudinal debe dejarse sin saturar y se asegura la hemostasia con tapón de gasa apretada que llene la vagina (4).

***MEDIDAS PREVENTIVAS GENERALES:***

Para prevenir estos problemas en pacientes de riesgo (por ejemplo Pre-eclampsia, Gemelaridad y detención del descenso) deben adoptarse algunas medidas precautorias, las más importantes de las cuales es enviar al laboratorio una muestra de sangre para determinar el grupo y la posible existencia de anticuerpos infrecuentes por si fuera necesario hacer uso de hemoderivados.

Es necesario disponer de una vía venosa adecuada antes de que la paciente comience a sangrar (1).

Cuando el riesgo de hemorragia post-parto es elevado deberán iniciarse las siguientes medidas preventivas:

1. Pacientes en trabajo de parto activo, se iniciará una infusión de solución glucosada al 5% con cánula N° 18 en ambos brazos.



2. Expulsado al feto se añadirá oxitocina (20 - 30 unidades / 1000ml ) al frasco de infusión.
3. Expulsada la placenta se aplicará una inyección muscular de maleato de metilergonovina (methergin) 0.2 mg.
4. Se elevará el fondo uterino fuera de la pelvis hasta que permanezca firme.
5. Observación por lo menos una hora después del parto hasta la estabilización de las funciones vitales (4).

**PRONOSTICO:**

Depende de la causa del sangrado, la cantidad de sangre perdida, rapidez con la que se pierde (en proporción al peso de la paciente), salud general de la paciente y elección, rapidez e integridad del tratamiento.

Las tasas de morbilidad materna se elevan en proporción directa a la cantidad de sangre perdida. Un puerperio febril es 4 veces más propenso de ocurrir después de hemorragia puerperal (sin reposición de sangre) que después de la terminación normal de la tercera etapa del parto (4,12).

## IV. FORMULACION DE LA HIPOTESIS:

### 4.1 HIPOTESIS DE INVESTIGACION:

- Las mujeres con hemorragia post-parto tienen más factores de riesgo que aquellas que no cursan con hemorragia post-parto.
- Existe una relación directa entre la ocurrencia de hemorragia post-parto y la presencia de factores de riesgo materno.

### 4.2 DETERMINACION DE VARIABLES:

**Variable independiente** : **Factores de riesgo materno.**

**Variable dependiente** : **Hemorragia clínica post-parto  
Vaginal.**

## V METODOLOGIA:

5.1. TIPO DE ESTUDIO : Se realizó un estudio de caso control longitudinal donde se exploró la hipótesis de asociación entre factores de riesgo y daño a la salud, para la cual se recolectó datos en forma retrospectiva en el Hospital de Apoyo N° 2 – Yarinacocha - Pucallpa, durante los años de 1993 - 1998.

5.2 DISEÑO DE INVESTIGACION: Para la contrastación de la hipótesis se utilizó el diseño **Ex pos Facto** cuyo diagrama es el siguiente.

A ----- O                    **Grupo de Estudio**

-----

B----- O                    **Grupo control**

**Donde:**

A = Historias clínicas de pacientes que cursaron con hemorragia post-parto.

B = Historias clínicas de pacientes que no tuvieron hemorragia post-parto.

O = Observaciones hechas a las muestras de estudio (medición) con referencia a los factores de riesgo materno.

5.3 POBLACION Y MUESTRA: El universo estuvo conformado por todas las historias clínicas de pacientes que acudieron al Hospital de Apoyo N° 2 – Yarinacocha Pucallpa, durante los años 1993 - 1998 de la cual nuestra

población esta constituida por todas las historias clínicas de parturientas que acudieron en dicho periodo, con diagnóstico de hemorragia post-parto vaginal y que cumplan los criterios de inclusión.

**Criterios de selección de las parturientas y/o criterios de inclusión:**

- Historias clínicas de parturientas con diagnóstico de hemorragia Post-parto vaginal con datos completos ocurrido dentro de los años 93 - 98.
- Historias clínicas de parturientas que no tuvieron hemorragia post-parto vaginal, con datos completos para el parto respectivo, ocurridos dentro los años 93 - 98.
- Historias clínicas de parturientas que no tuvieron hemorragia Post-parto vaginal, con datos completos para el parto respectivo, ocurridos en el mismo mes y el mismo año al caso captado.

Para la selección de la muestra se usó el muestreo no probabilístico intencionado al estudio.

Como método de recolección de datos se utilizó la observación y análisis valiéndonos de los instrumentos como:

- Formatos preparados para la investigación.
- Historias clínicas.

**Se siguió los siguientes procedimientos:**

- Se solicitó el permiso correspondiente al Director y Jefe de estadística del hospital de apoyo N° 2- Yarinacocha - Pucallpa.
- Se identificó las historias clínicas de pacientes con hemorragia post-parto.

- Obtenido el permiso correspondiente se inició con la revisión minuciosa de las historias clínicas de pacientes que cursaron con hemorragia post-parto vaginal.
- Por cada historia con diagnóstico de hemorragia se revisó una historia clínica de pacientes que no cursaron con esta patología en el mismo año de acuerdo al criterio de inclusión, a fin de realizar la comparación respectiva.
- Todos los datos obtenidos se vació en el formato de investigación (Anexo 1) para luego someterlo a la respectiva tabulación y análisis.

**Para el análisis de datos se usó:**

- a) **La Estadística descriptiva:** El cual nos permitió analizar, comparar los cuadros y gráficos respectivos, y se usaron las medidas de tendencia central y de dispersión, mediana aritmética, desviación estándar, rango.
- b) **La estadística inferencial:** Para evaluar la diferencia o riesgo relativo entre variables, se hizo uso de la escala nominal.
  - Pacientes con hemorragia
  - Pacientes sin hemorragia

Para determinar el grado de influencia o relación, se calculó el riesgo relativo, chi cuadrado, riesgo atribuible para lo cual se tomó como nivel de significancia a  $P < 0.05$ .

## VI RESULTADOS Y DISCUSION:

## CUADRO N° 01

## DISTRIBUCION SEGUN FACTORES SOCIO- DEMOGRAFICOS

FACTORES SOCIO-DEMOGRAFICOS	GRUPO ESTUDIO		GRUPO CONTROL		SIGNIFICANCIA
	N°	%	N°	%	
<b>EDAD MATERNA</b>					
≤19 años	48	28,7	20	12,0	$\chi^2=21,57$ $p=0.0000207$
20 – 34	96	57,5	135	80,8	
≥35 años	23	13,8	12	7,2	
<b>ESTADO CIVIL</b>					
Soltera	16	9,6	17	10,2	$\chi^2=3,13$ $p=0,53672345$
Unión estable	124	74,2	116	69,4	
Casada	26	15,6	33	19,8	
Viuda	01	0,6	00	0,0	
Divorciada	00	0,0	01	0,6	
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>					
Analfabeta	02	1,2	02	1,2	$\chi^2=22.84$ $p=0.00036217$
Primaria incompleta.	16	9,6	28	16,8	
Primaria completa	39	23,3	10	6,0	
Secundaria incompleta.	68	40,7	86	51,5	
Secundaria completa	34	20,4	35	20,9	
Superior	08	4,8	06	3,6	
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>					
Bajo	158	94,6	157	94,0	
Medio	07	4,2	09	5,4	
Alto	02	1,2	01	0,6	
<b>PROCEDENCIA</b>					
Yarinacocha	44	26,3	58	34,7	$\chi^2=4,58$ $p=0.10224270$
Callería	115	68,9	106	63,5	
Otros	08	4,8	03	1,8	

Se observa en ambos grupos, que las edades extremas es decir para el grupo de estudio tenemos 28.7% para las mujeres ≤ 19 años y 13.8% para ≥ a 35 años que difiere enormemente con el grupo de control.

La prueba estadística del chi cuadrado ( $P < 0.00002070$ ) nos demuestra una diferencia significativamente alta; es decir las edades extremas si condicionan a la ocurrencia de la hemorragia post-parto.

En cuanto al estado civil observamos que en ambos grupos predomina unión estable (71.9%), casada (17.7%) y para las solteras 9.9%.

La prueba estadística de chi cuadrado ( $P < 0.53672345$ ), nos muestra que no existe diferencia significativa pero además de esto se sabe que son grupos de riesgo las solteras y las de unión estable, mas que todo las primeras porque tienen que afrontar solas el problema.

Se puede apreciar que para ambos grupos predomina la secundaria completa e incompleta haciendo un porcentaje de 67.0% el 28.0% para primaria completa e incompleta, 4.2% para superior y sólo dos casos de iletradas que hacen 1.2% que es el mínimo. Entonces la prueba de chi cuadrado ( $P < 0.00036217$ ), nos demuestra que existe una diferencia significativa, es decir el grado de instrucción forma parte de los factores de riesgo para la ocurrencia de hemorragia post-parto.

El nivel socioeconómico bajo, es el que prevalece en ambos grupos, no encontrando diferencia alguna.

En un 66.2% de pacientes en ambos grupos son provenientes de Callería y solo 30.5% son de Yarinachocha; el cual esperamos que este resultado se invierta y mas adelante atender a mas pacientes del mismo distrito, la prueba de chi cuadrado ( $P < 0.10224270$ ), demuestra que no existe diferencia significativa.

## CUADRO N° 02

## DISTRIBUCION SEGUN ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS	GRUPO DE ESTUDIO		GRUPO CONTROL		SIGNIFICANCIA
	N°	%	N°	%	
<b>PARIDAD:</b>					
1 Parto	84	50,3	69	41,3	X <sup>2</sup> =22,63 P=0.00084929
2 a 3	35	20,9	50	29,9	
4 a 5	20	12,0	38	22,8	
≥6 Partos	28	16,8	10	6,0	
<b>ABORTO:</b>					
Ninguno	90	53,9	99	59,3	X <sup>2</sup> =3,74 P=0.29091428
1 aborto	50	29,9	47	28,1	
2-3 abortos	21	12,6	11	6,6	
≥4 abortos	06	3,6	10	6,0	
<b>PARTO PRE-TERMINO:</b>					
Ninguno	161	94,4	148	88,6	X <sup>2</sup> =1,42 P=0.07012784
1 a 2	6	3,6	18	10,8	
≥3	00	0,0	1	0,6	
<b>EDAD GESTACIONAL:</b>					
≤ 36 Semanas	17	10,2	16	9,6	X <sup>2</sup> =2,00 P=0.36701956
37- 41 Semanas	137	82,0	144	86,2	
≥42 Semanas	13	7,8	07	4,2	

Se puede observar que existe un mayor porcentaje de primiparas, seguidas de aquellas mujeres que tienen de 2 a 3 hijos, las grandes multiparas (≥ 6 hijos) alcanzaron el 16.8% en el grupo de estudio, con notable diferencia para el grupo control, la prueba estadística del chi cuadrado ( $P < 0.0849296$ ), nos demuestra que existe diferencia altamente significativa, es decir la paridad se comporta como un factor de riesgo para la ocurrencia de hemorragia postparto.

El 46.1% de nuestras pacientes que cursaron con hemorragia tuvieron uno o mas abortos previos, similar porcentaje se presenta en el grupo control, demostrado por la prueba de chi cuadrado ( $P < 0.29091428$ ) que no existe diferencia significativa es decir en nuestro estudio el antecedente de aborto no se comporta como un factor de riesgo para la ocurrencia de hemorragia.



El antecedente de parto pretermino no es significativo para el estudio ( $P < 0.70127848$ ) encontrando un mayor porcentaje (11.4% vs. 3.6%) para el grupo control. Si sumamos ambos grupos, las mujeres dieron a luz en edad gestacional adecuada (84.13%) solo el 9.9% de partos preterminos con similares porcentajes para ambos grupos mientras que el post-termino en las mujeres del grupo estudio 7.8% vs. 4.2% del grupo control, es decir tuvo una ligera desviación.

## CUADRO N° 03

## DISTRIBUCION SEGUN LUGAR - INICIO Y NUMERO DE CONTROL PRENATAL

LUGAR DE CONTROL PRENATAL	GRUPO DE ESTUDIO		GRUPO DE CONTROL		SIGNIFICANCIA
	Nº	%	Nº	%	
Hospital de Apoyo	72	63,2	72	64,9	X <sup>2</sup> =2,83 P=0.41810024
Otro	42	36,8	39	35,1	
<b>INICIO CPN</b>					X <sup>2</sup> =29.06 P=0.00000049
I TRIMESTRE	27	23,7	35	31,5	
II TRIMESTRE	34	29,8	62	55,9	
III TRIMESTRE	53	46,5	14	12,6	
<b>NUMERO CPN</b>					
Ninguno	53	31,7	56	33,5	
1	29	17,4	15	9,0	
2 a 3	45	26,9	52	31,1	
≥ 4	40	24,0	44	26,4	

En mas del 50% de nuestras pacientes para ambos grupos fueron controladas en nuestro hospital (64.0%) y solo un 36.0% en otros lugares, como nos demuestra el chi cuadrado ( $P < 0.41810024$ ) que no existe diferencia significativa. Cabe resaltar que el inicio del control prenatal en pacientes del grupo estudio; el mayor porcentaje (46.9%) lo iniciaron en el II trimestre confirmado con la prueba de chi cuadrado ( $P < 0.00000049$ ) que nos demuestra una diferencia significativamente alta, es decir el inicio del control prenatal es un factor de riesgo para la hemorragia post-parto.

En un 32.6% no tuvieron ningún control prenatal, 17.4% solo un control y 25.1% lograron con la cobertura recomendada que son  $\geq 4$  controles, con porcentaje similares para ambos grupos.

## CUADRO N° 04

DISTRIBUCION SEGÚN INICIO DEL TRABAJO DE PARTO  
FASES DE TRABAJO DE PARTO Y MANIPULACION EMPIRICA

	GRUPO DE ESTUDIO		GRUPO CONTROL		SIGNIFICANCIA
	N°	%	N°	%	
<b>INICIO TRABAJO PARTO</b>					
Esponáneo	153	91,6	158	94,6	X <sup>2</sup> = 1.76 P=0.41556933
Inducido	14	8,4	09	5,4	
<b>FASE TRABAJO DE PARTO</b>					
No Trabajo de Parto	03	1,8	3	1,8	X <sup>2</sup> = 1.82 P=0.076826909
Prodromos de Labor de Parto	14	8,4	11	6,6	
Fase Latente Labor de Parto	53	31,7	44	26,3	
Fase Activa Labor de Parto	67	40,1	77	46,1	
Período Expulsivo	30	18,0	32	19,2	
<b>MANIPULACION EMPIRICA:</b>					
SI	07	4,2	02	1,2	X <sup>2</sup> =1,83 P=0.07648129 ODRS=3.61
NO	160	95,8	165	98,8	

El inicio del trabajo de parto en forma espontanea es predominante en ambos grupos (93.4%) lo que por lógica va a condicionar una diferencia no significativa ( $P < 0.41556933$ ). Existen un 72.0% de pacientes que acuden al hospital en fase latente o fase activa de trabajo de parto, que es importante destacarlo porque esta considerado como criterio en el protocolo de atención de parto normal del hospital. En un porcentaje mínimo (18.0%) en ambos grupos acuden en periodo expulsivo. La prueba de Chi Cuadrado ( $P < 0.768226909$ ) nos demuestra que no hay diferencia significativa es decir la fase o momento del ingreso al hospital no condiciona la ocurrencia de hemorragia postparto.

## CUADRO N° 05

## DISTRIBUCION SEGUN EL TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO

GRUPOS DE ESTUDIO	Promedio X	D.Estandar DST.	RANGO	SIGNIFICANCIA
<b>GRUPO DE ESTUDIO</b>				
Periodo de dilatación (hrs)	11.50'	6.28'	1.30' - 36.00'	F=58.035
Periodo expulsivo (min.)	22'	21'	10' - 110'	P=0.000000
Periodo alumbramiento (min.)	24'	10'	06' - 56'	B=23.727 P=0.000001
<b>GRUPO CONTROL</b>				
Periodo de dilatación (hrs)	07.13'	4,25'	1.46' - 29.10	
Periodo expulsivo (min.)	14'	16'	20' - 100'	
Periodo alumbramiento (min.)	14'	8'	10' - 50'	

La causa de la presencia de Hemorragia post-parto radica en el promedio de duración del período de dilatación y de alumbramiento en donde tenemos resultados con diferencias altamente significativa .

## CUADRO N° 06

DISTRIBUCION SEGUN TIPO DE PARTO Y  
MEDICACION POST-PARTO

TIPO DE PARTO	GRUPO DE ESTUDIO		GRUPO CONTROL		SIGNIFICANCIA
	N°	%	N°	%	
Vaginal eutócico	114	68,3	132	79,0	X <sup>2</sup> =7.07 P=0.06969485
Vaginal distócico	47	28,1	34	20,4	
Vaginal instrumental	06	3,6	01	0,6	
<b>MEDICACION POSTPARTO</b>					X <sup>2</sup> =7.37 P=0.02510353 ODR=1.63 R=0.92-2.89
Maleato metilergonovina	25	15,0	35	21,0	
Oxitocina	138	82,6	117	70,0	
Otros	04	2,4	15	9,0	

En ambos grupos predomina el parto vaginal eutócico. El 3.6% de pacientes del grupo de estudio tuvo parto vaginal instrumental, el cual nos permite pensar que por lo menos estas pacientes presentaron una o más complicaciones; aunque las pruebas estadísticas ( $P < 0.06969485$ ) no demuestran diferencias significativas.

El momento de aplicación de oxitocina condiciona a la presencia de Hemorragia post-parto, en donde encontramos que el mayor porcentaje (82.6%), de las pacientes presentaron esta p

## CUADRO N° 07

## DISTRIBUCION SEGÚN PRESION ARTERIAL: SISTOLICA

PRESION SISTOLICA	BASAL	POST ALUMBRAMIENTO	2HRS PUERPERIO	VALOR Z
<b>GRUPO ESTUDIO</b>				
Promedio	102.216a	90.00b	88.443c	a*b=5.55
Desv.Estandar	19.151	20.913	19.20	a*c=6.55
Mínimo	80	60	50	
Máximo	160	170	190	
<b>GRUPO CONTROL</b>				
Promedio	113.228a	111.772b	104.182c	a*b*=0.877
Desv.Estandar	15.154	15.112	14.54	a*c*=5.55
Mínimo	80	70	70	
Máximo	160	160	140	
<b>F</b>	32.807	114,565	71.364	
<b>P</b>	0.000005	0.00000	0.00000	
<b>Barlet</b>	8.698	16.523	12.655	
<b>P</b>	0.003185	0.000048	0.000375	

El control de la presión sistólica en los diferentes momentos muestra diferencia entre grupos, según la prueba F. En el grupo de estudios se encontró una diferencia significativa al comparar el valor Post alumbramiento y las dos horas postparto con su propia basal, en cambio en el grupo control, el valor del Post alumbramiento no muestra diferencia significativa con su basal mientras que en el control de las 2 horas postparto si encontró una diferencia ligeramente significativa.

**CUADRO N° 08****PRESION  
DIASTOLICA**

<b>PRESION DIASTOLICA</b>	<b>BASAL</b>	<b>POST ALUMBRAMIENTO</b>	<b>2HRS PUERPERIO</b>	<b>VALOR Z</b>
<b>GRUPO ESTUDIO</b>				
Promedio	78.08 a	63.29 b	63.892 c	a*b=11.38
Desv. Estandar	9.75	13.55	11.213	a*c*=12.23
Mínimo	60	40	40	
Máximo	110	120	110	
<b>GRUPO CONTROL</b>				
Promedio	74.3 a	62.679 b	68.144 c	a*b*=1.217
Desv. Estandar	12.64	11.836	11.173	a*c*=5.55
Mínimo	30	30	40	
Máximo	110	110	100	
<b>F</b>	9.17	44.1785	11.961	
<b>P</b>	0.003036	0.000001	0.000961	
<b>Barlet</b>	10.739	2.941	0.019	
<b>P</b>	0.001049	0.086204	0.891183	

La presión diastólica controlada en los diferentes momentos muestran diferencias significativas entre grupos. En el grupo de estudio los controles Post alumbramiento y 2 horas postparto muestra diferencias significativa con su propia basal lo que no sucede en el grupo control donde el valor del Post alumbramiento con su basal, mantiene valores similares sin embargo a las 2 horas postparto si muestra una ligera diferencia.

**CUADRO N° 09****DISTRIBUCION SEGUN CANTIDAD DE SANGRADO**

<b>CANTIDAD DE SANGRADO</b>	<b>GRUPO DE ESTUDIO</b>	<b>GRUPO DE CONTROL</b>	<b>SIGNIFICANCIA</b>
<b>Promedio</b>	725.15	256.52	F=556.766 P=0.00000
<b>Desv. Estándar</b>	235.84	95.34	
<b>Rango</b>	550 - 2000	5 - 450	
<b>Varianza</b>	55619.1	9089.07	

Según la cantidad de sangrado vaginal el grupo de estudio muestra una cantidad promedio (725.15cc.) Excesivamente alta, comparada con el grupo control, la prueba F ( $P < 0.000000$ ) resultó altamente significativa.



## CUADRO N° 10

DISTRIBUCION SEGUN CANTIDAD DE SANGRADO Y TIPO  
DE DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO

TIPO DESPRENDIM. CANTIDAD SANGRADO	SCHULTZE		DUNCAN		SIGNIFICANCIA
	Nº	%	Nº	%	
<b>GRUPO DE ESTUDIO</b>					
≤ 500	00	0,0	00	0,0	X <sup>2</sup> =0.615 P=0.43293
501-1000	103	61,7	54	32,3	
1001-1500	05	3,0	01	0,6	
1501-2000	03	1,8	01	0,6	
<b>GRUPO CONTROL</b>					
≤ 300	109	65,2	16	9,6	X <sup>2</sup> =0.14 P=0,7111287
301 – 500	35	21,0	7	4,2	

Según la cantidad de sangrado y el tipo de desprendimiento placentario se observa que el mayor porcentaje de sangrado ocurre cuando la expulsión de la placenta es de tipo Schultze (66.5%) y para el tipo Duncan (33.5%).

La aplicación de la prueba estadística del Chi cuadrado ( $P < 0.43293$ ), no muestra diferencia significativa.

## CUADRO N°11

## DISTRIBUCION SEGÚN DATOS DEL RECIEN NACIDO

SEXO DEL R.N.	GRUPO ESTUDIO		GRUPO CONTROL		SIGNIFICANCIA
	N° n=174	%	N° n=168	%	
Masculino	94	54,0	94	56,0	<b>X<sup>2</sup>=1.03</b> <b>P=0.59796368</b>
Femenino	80	46,0	74	44,0	
<b>PESO DEL R.N.</b>	n=146		n=150		<b>X<sup>2</sup>=5.91</b> <b>P=0.11616295</b>
≤ 2,449	02	1,4	00	0,0	
2,500-3,844	15	10,3	12	8,0	
≥ 3,850	129		138	92,0	
<b>Promedio</b>		88,3	<b>3,250</b>	<b>± 554</b>	
<b>Rango</b>	<b>3,333</b>	<b>±</b>	<b>1500</b>	<b>- 2500</b>	
	<b>613</b>				
	<b>1200</b>	<b>- 5200</b>			
<b>TALLA DEL R.N.</b>					<b>X<sup>2</sup>=23.33</b> <b>P=0.00003454</b>
≤ 40cm	02	1,2	01	1,2	
41 - 47	18	10,3	24	14,3	
48 - 53	154	88,5	125	74,4	
≥ 54	00	0,0	17	10,1	
<b>Promedio</b>	<b>49.02</b>	<b>± 23</b>	<b>50.02</b>	<b>± 3.1</b>	
<b>Rango</b>	<b>31</b>	<b>- 53</b>	<b>33</b>	<b>- 57</b>	
<b>APGAR DEL R.N</b>					
1- 3	10	5,7	09	5,4	
4- 6	10	5,7	10	6,0	
7 - 10	154	88,6	149	88,6	

En cuanto al sexo del recién nacido se observa la predominancia del sexo masculino para ambos grupos, las pruebas estadísticas ( $P < 0.59796368$ ) demuestran que no existe diferencia significativa es decir el sexo no condiciona mayor pérdida sanguínea.

peso promedio para niños del grupo de estudio fue de  $3,333 \pm 613$  grs; demostrando diferencia significativa, según el uso de nuestras pruebas estadísticas.

**La talla promedio encontrada en nuestro estudio es de 42.09 más menos 2.3 cm. Y 50.02 más menos 3.1 para el grupo control, encontrando diferencia no significativa según las pruebas estadísticas utilizadas.**

## CUADRO N° 12

### DISTRIBUCION SEGÚN COMPLICACIONES DEL PARTO Y POST-PARTO

COMPLICACIONES DEL PARTO Y POST-PARTO		GRUPO DE ESTUDIO		GRUPO CONTROL		SIGNIFICANCIA
		N° n=167	%	N° n=167	%	
<b>ANTES DEL PARTO</b>	Hipertonía Uterina	03	1,8	00	0,0	<b>X<sup>2</sup>=31,646 P=0,000000</b>
	Hipotonía Uterina	64	38,3	17	10,2	
	Pre-eclampsia	25	15,6	19	11,4	
<b>DURANTE EL PARTO</b>	Eclampsia	02	1,2	00	0,0	
	Desgarro de I G	09	5,4	13	7,8	
	Desgarro de II G	05	3,0	08	4,8	
	Desgarro de III G	06	3,6	03	1,8	
	Desgarro de IV G	04	2,4	00	0,0	
	Desgarro de vagina	09	5,4	03	1,8	
<b>DESPUES DEL PARTO</b>	Desgarro de cérvix	15	9,0	02	1,2	
	Retención de placenta	21	13,0	04	2,4	
	Retenc. de membranas	45	27,0	02	1,2	
	Hipotonía uterina	80	48,0	03	1,8	
	Shock hipovolémico	28	17,0	03	1,8	
	Muerte materna	01	6,0	00	0,0	
	Edema vulvar	09	5,4	02	1,2	
	Endometritis puerperal	01	0,6	03	1,8	
Anemia puerperal	95	57,0	11	6,6		

En este cuadro se aprecia que las principales complicaciones para el grupo de estudio fueron : Hipotonía Uterina en trabajo de parto 38.3%, hipotonía uterina puerperal 48%, la Retención de Mambranas 27%, y los desgarros del canal del parto 28.8% a demás el 57.0% de las pacientes del

**grupo de estudio presentaron anemia puerperal, seguidas de otras que se muestran en el cuadro.**

## CUADRO Nº 13

DISTRIBUCION SEGÚN PROCEDIMIENTOS  
QUIRURGICOS REALIZADOS

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	GRUPO ESTUDIO		GRUPO CONTROL		SIGNIFICANCIA
	Nº n=167	%	Nº n=167	%	
Episiotomía/episiografía	84	50,3	69	41,3	<b>X<sup>2</sup>= 68.76</b> <b>P=0.000000</b>
Revisión manual de cavidad	51	31,0	06	3,6	
Extracción manual de placenta	21	12,6	04	2,4	
Legrado uterino puerperal	19	11,4	01	0,6	
Sutura de desgarro	34	20,4	17	10,2	
L.T.B. puerperal	28	17,0	30	18,0	
Histerectomía sub total	01	0,6	00	0,0	
Ninguno	26	16,0	55	33,0	

Dentro de los principales procedimientos quirúrgicos realizados en nuestro estudio son la episiotomía/episiografía 50.3%, la revisión manual de cavidad 31%, seguidas de otras como se muestran en el cuadro.

# TABLA 1

## ANALISIS ESTADISTICO

FACTOR DE RIESGO	OR	IC	$\chi^2$	P
Edad materna: $\leq 19$ años	3,4	1,82 – 6,32	16,59	0.0000464
$\geq 35$ años	2,7	1,21 – 6,07	6,23	0.125618
Iletradas y primaria incompleta	1,7	0,99 – 9,73	4,20	0.0404528
Primiparidad	1,9	1,19 – 3,18	7,37	0.00661053
Multiparidad	4,5	1,90 – 10,77	13,62	0.0002242
Embarazo post-término	1,9	0,70 – 5,59	1,37	0.2409877
Embarazo pre-término	1,1	0,51 – 2,43	0,01	0.9076077
Inicio CPN III Trimestre	6,0	2,94 – 12,48	29,27	0.0000001
Un solo CPN	1,3	0,83 – 2,06	1,21	0.2721097
Pre-eclampsia	1,4	0,72 – 2,82	0,88	3.3471601
Eclampsia	2,0	1,81 – 2,24	0,50	0.4984985
Anemia previa	2,8	1,34 – 5,94	8,32	0.00391870
Infección del tracto urinario	2,1	1,00 – 4,43	3,92	0.047251
Embarazo múltiple	7,3	0,89 – 158,83	3,20	0.0335216
Ruptura prematura de membranas	1,3	0,65 – 2,63	0,43	0.51342729
Macrosomía fetal	2,0	0,90 – 3,88	3,12	0.077399
Parto vaginal instrumentado	7,0	0,81 – 155,40	2,80	0.0450387
Parto vaginal distócico	1,6	0,93 – 2,74	2,88	0.0898647
Desgarro tercer grado	2,0	0,44 – 10,60	0,46	0.5018191
Desgarro cuarto grado	2,8	0,54 – 11,61	0,66	0.4128121
Desgarro de cérvix	8,1	1,72 – 53,13	8,92	0.00281317
Desgarro vaginal	3,1	0,75 – 14,96	2,16	0.14155502
Retención de placenta	3,9	1,41 – 11,11	7,90	0.00494978
Retención de membranas	15,0	4,96 – 51,13	38,27	0.0000000
Revisión manual de cavidad	31,7	6,59 – 208,33	32,45	0.0000000
Extracción manual de placenta	7,2	2,17 – 25,29	12,72	0.0003618

**RIESGO INSIGNIFICANTE : 1,2 – 1,6**

**RIESGO MODERADO : 1,7 – 2,5**

**RIESGO ELEVADO : > 2,6**

## VII DISCUSION:

Algunas de las características de nuestra población demuestran que los grupos de estudio son homogéneos, en cuanto a procedencia, estado civil, nivel socioeconómico, antecedentes de aborto, y edad gestacional (cuadro 1 y 2), mas no así en la edad materna que se encontró como factores de riesgo a las pacientes  $\leq$  a 19 años con un riesgo relativo de 3.4, es decir 3.4 veces mas tiene la probabilidad para cursar con hemorragia que otros grupos etáreos y  $\geq$  a 35 años con un riesgo relativo de 2.7, es decir 2.7 de cursar con hemorragia, datos concordantes con los estudios realizados por Rios y García (22), en donde las pacientes de riesgo fueron las  $\leq$  a 20 años (47.15%), de igual manera los de Rengifo y Meléndez (21), en los que resaltan estos extremos, sin embargo los estudios realizados por Becerril y Cueva (2), solo son de riesgo las  $\leq$  a 20 años mas no así las añosas. Según Pérez Sánchez (19) las mujeres menores o las que no estan preparadas para ser madres son de mayor riesgo, puesto que su crecimiento y desarrollo físico, mental, intelectual y social no se han desarrollado como tal y un embarazo precoz afectaran su salud reproductiva e influirán en su vida adelante y en el parto y post-parto, probablemente presentaran complicaciones. Para Williams (20) el parto en las primiparas es de mucho cuidado mas que todo por la sensibilidad de los músculos del



Periné y aunque no se observa una hemorragia puede ocurrir un desgarro no visible, de igual manera refiere Schwarcz (23), por tanto se debe realizar una episiotomía en estas pacientes, aunque se conoce que la pérdida sanguínea en un parto con episiotomía es mayor a un parto sin episiotomía.

La edad materna especialmente por encima de los 35 años, es un factor de riesgo que aumenta las posibilidades de producir hemorragia (19); Schwarcz indica que esto se debe a que el útero que durante tantos años ha estado recibiendo periódica y cíclicamente influjos nerviosos y hormonales, va perdiendo su normalidad fisiológica y por tanto en el parto y alumbramiento el útero se contrae con escasa inercia. En el XII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, el Dr. Cayetano Pérrigo (24) refiere que las pacientes añosas ( $\geq$  a 35 años), presentaron mayores complicaciones en el post-parto, distribuidos de la siguiente manera: alumbramiento incompleto (7.7%), desgarros (55.0%), endometritis (3.4%) atonía uterina (4.4%) y otros (55.0%).

El grado de instrucción es un factor de riesgo en nuestro estudio, en donde las analfabetas y/o con primaria (32.9% Vs. 22.8%) tienen un riesgo relativo de 1.7, es decir de dos veces más de cursar con hemorragia, estos resultados nos demuestran que a menor grado de instrucción, menor grado de conocimiento, lo que impide acudir a tiempo a un establecimiento de salud, ante la

presencia de cualquier de patología o anormalidad en el trance del embarazo y parto, en los estudios de Rengifo y Melendez los datos son similares.

Se encontró además que la paridad es un factor de riesgo en nuestros grupos estudiados, en donde las primiparas (que tienen un parto), alcanzaron 50.3% en el grupo estudio y 41.3% en el grupo control con un riesgo relativo de 1.9, es decir que tienen riesgo de dos veces mas que las demás de presentar hemorragia Post-parto, datos coincidentes con los de Rios y García, Rengifo y Melendez, Schwarcz, quienes consideran que la primiparidad es un riesgo mas aun si se trata de una primiparidad precoz en donde que el parto pueden sobrevenir distocias por falta de desarrollo pelviano y en el alumbramiento originar anomalías por deficiencia de la contracción uterina. La gran multiparidad tiene un riesgo relativo de 4.5%, es decir aumenta la probabilidad de casi 5 veces mas de tener hemorragia, (16,20) y otros autores coinciden que la multiparidad es un factor de riesgo para la presencia de esta patología y esta se debe a la sobredistensión de la fibra muscular uterina, como también de la disminución o perdida de la capacidad contráctil de esta fibra muscular.

En cuanto al inicio del control prenatal en nuestro grupo de estudio se registran el 46.5% de pacientes que iniciaron su control

en el III trimestre del embarazo cuyo resultado obtuvo un riesgo relativo de 6, es decir que tiene 6 veces más la probabilidad de cursar con hemorragia post-parto a diferencia de aquellas que iniciaron tempranamente. Para Pacheco (18), el control prenatal es muy importante por que permite establecer y predecir el curso normal del embarazo, parto y puerperio; y determinar precozmente los riesgos y daños maternos y fetales; siendo también importante el número de controles. En nuestro estudio el 31.7% Vs. 33.5% de las pacientes no tuvieron controles, en forma predominante un solo control prenatal (17.4% Vs.9.0%) siendo para este el riesgo relativo de 1.3, evaluando este factor como riesgo en la ocurrencia de hemorragia post-parto, datos coincidentes con los estudios de Rengifo y Melendez , en donde el 31.6% de las pacientes tuvieron un solo control prenatal.

En cuanto al tiempo de trabajo de parto en nuestro grupo de estudio se encontró que son factores riesgo los tres periodos siendo el principal, el tiempo del periodo de alumbramiento, con una relación directamente proporcional, estos resultados son similares con el estudio de Rengifo y Melendez en donde muestran datos y deducen que a más horas de trabajo de parto, mayor volumen de sangrado, de igual manera Rios y García encontraron que la pérdida sanguínea se hace más notoria cuando el trabajo de parto es

superior a las 15 horas (55.74%). Fernando Arias (1) considera que el aumento del sangrado post-parto se debe a la prolongación del tercer estadio del parto; observando que la duración media del mismo es de 6 minutos y que la incidencia de complicaciones aumenta significativamente si se prolonga a más de 30 minutos y esto principalmente por la retención de la placenta.

Se encontró además en nuestros grupos de estudio que el parto vaginal distócico tiene un riesgo relativo de 1.6, es decir tiene dos veces más la probabilidad de cursar con hemorragia, dichas pacientes, al igual, el parto vaginal instrumental tiene un riesgo relativo de 7.0 es decir 7 veces más aumenta la ocurrencia de esta patología ambos son factores de riesgo en nuestro estudio.

Las presentaciones fetales anómalas son aquellas que plantean problemas al Obstetra, la presentación de nalgas, macrosomía fetal, circular con dificultad, presentaciones compuestas, occipito posterior persistente; son aquellas que nos van a conducir a un parto vaginal distócico y por ende a producir mayores complicaciones en el parto y post-parto, algunos de estos teniendo como terminación en un parto instrumental, en la mayoría de los casos se puede llevar a cabo sin morbilidad materna ni fetal aunque en ocasiones el procedimiento es un desastre y termina con el parto de un recién nacido deprimido y con complicaciones

maternas debido a traumatismos cervicales, vaginales y perineales, las mismas que producirán hemorragia en el post-parto (1).

Es un hecho resaltante el uso de oxitocina en nuestro grupo de estudio, que mediante las pruebas estadísticas se definen o se catalogan como factor de riesgo para la ocurrencia de hemorragia post-parto, mientras que el uso de maleato de metilergonovina es inferior a la oxitocina, aunque estudios realizados por Becerril y Cueva, indican que el uso de la metilergonovina a la salida del feto acorta significativamente el tercer periodo del parto y por tanto disminuye la ocurrencia de hemorragia post-parto, lo adverso puede deberse al momento inadecuado del uso de la oxitocina, datos recopilados por Internet (25), afirma este hecho y consideran que el momento adecuado para la administración de oxitocina es después del desprendimiento de la placenta y no antes. Cifuentes (9) indica que el uso de la oxitocina durante el parto puede ser beneficioso si se utiliza en dosis adecuadas, a altas dosis tienen efectos antidiuréticos, provocando la excreción de agua, sodio, potasio, cloro, etc. la oxitocina se excreta por vía renal, se inactiva en el parénquima renal, en los órganos del área vascular esplácnica, pero además puede provocar accidentes maternos como hipotensión arterial, ruptura uterina, desprendimiento prematuro de placenta y hemorragia.

En los cuadros 7 y 8 en donde encontramos resultados de la presión arterial, mas que todo muestran en el grupo de estudios que estos valores se incrementan de acuerdo a su basal, hecho que nos demuestra la relación directa con la perdida del volumen sanguíneo; Becerril y cueva, Rengifo y melendez obtuvieron datos similares; Schwarcs y Arias coinciden que al existir perdida sanguíneas mayor a 500 ml. si la mujer es normal, sin patologías suele tolerar bien esta perdida, pero si la mujer es hipertensa los cambios suelen ser bruscos y el sangrado mucho mayor.

Watson P. (26) Indica que cuando la hipovolemia es intensa aparece insuficiencia circulatoria y riesgo tisular insuficiente. El menor volumen de sangre o la disminución del llenado y gasto cardiaco lo que disminuye la presión arterial, mientras que los cambios vasculares generan aumento en la presión arterial, absorción intravascular del tejido intersticial por disminución de la presión hidrostática capilar y aumento del retorno venoso del corazón por movilización de sangre almacenada en los vasos de capacitancia.

Los datos del recién nacido muestran homogeneidad en sexo y apgar, excepto en el peso y talla en donde existen recién nacidos macrosómicos (peso máximo 5200 gr. ) para el grupo estudio y son considerados como factores de riesgo en esta patología, el riesgo es

relativo es de 2.0 es decir tiene dos veces mas la probabilidad de cursar con hemorragia, y se observa que la hemorragia Post-parto aumenta en proporción directa al peso del recién nacido estos resultados pueden sustentarse con los estudios de Rengifo y Melendez, Rios y García.

Además coinciden de que la macrosomía fetal tiene relación directa con la hemorragia Post-parto y esta se debe especialmente a la sobre distensión de la fibra muscular uterina, tal motivo dará origen a una atonía uterina y elevada incidencia de lesiones de partes blandas del canal del parto, que predisponen a una hemorragia abundante (1, 19,23).

Si bien es cierto que el criterio tomado para definir hemorragia post-parto es la perdida de sangrado vaginal superior a 500cc. durante el parto y las 24 horas siguientes a el. La perdida sanguínea media en un parto vaginal con episiotomia es probablemente muy parecido a esta cantidad (500 cc.) (1,4,5,17,19,20,23,24) sin embargo en el presente estudio el promedio de la perdida sanguínea fue de 725.15 cc; para Rengifo y Melendez 543.45cc, Rios y García 492.03cc, estos resultados son sustentables mediante literaturas revisadas (1,4,5,19,20,23 y otros), en donde consideran como hemorragia Post-parto a esta cantidad de sangrado, un hecho colutorio que se obtuvo es en la cantidad de

sangrado y al de desprendimiento de la placenta, en el presente estudio encontramos mayor porcentaje (33.5%), con la modalidad Schultze y es mínimo con la de Duncan (33.5%), la literatura indica que la mayor probabilidad de hemorragia post-parto es con la modalidad de duncan, puesto que al iniciarse el desprendimiento aparecerá primero el borde de la placenta y la perdida sanguínea será notoria desde que se inicia el procedimiento, antes de la expulsión (23).

Las complicaciones mas frecuentes encontradas en nuestro estudio fueron: la Hipotonía uterina post-parto (48.0%) sustentado en paginas anteriores, desgarros del canal del parto (28.8%) este hecho debido a la macrosomía fetal , parto vaginal instrumental y al parto vaginal distócico (1), en los estudios realizados por Rengifo y Melendez el 100% de pacientes que tuvieron laceraciones fueron las primíparas mientras que en el de Ríos y García alcanzo solo u 8.4%, la retención de membranas y placenta, debido principalmente a la realización de maniobras intempestivas durante el alumbramiento, tales como expresiones apresuradas o tironeamientos desde el cordón, aveces ocurren como resultado de alumbramientos manuales incompletamente realizados y ante la existencia de cotiledones aberrantes (placenta succenturiada) o adherencias anormales; en el caso de retención placentaria se debe a la insuficiencia de la contractilidad (inercia) o a contracciones perturbadas (anillos de contracción) (23).



La Pre-eclampsia y Eclampsia se presentó en un 16.8% siendo este un factor predisponente para la hemorragia, especialmente en un parto abdominal (1), estos mismos datos pero con porcentajes diferentes refieren en los estudios de Rengifo y Melendez, Rios y García. Tuvimos un caso de muerte materna que ocurrió en el año de 1994, cuya paciente tuvo retención de placenta y desgarro cervical, además un hematocrito de 15.0%, presentando un sangrado abundante y profuso.

Los procedimientos quirúrgicos realizados tuvieron predominancia especialmente en las nulíparas en las que se realizó la episiotomía/episiotomía según normas establecidas en el protocolo de atención del servicio de Gineco-Obstetricia del hospital, y confirmado con las literaturas revisadas (1,4,5,19,23).

La revisión manual de cavidad básicamente para evitar utilizar leguas y causar perforación uterina en caso de personal con escasa práctica, la literatura revisada indica que es mejor realizar la exploración manual intrauterina (1), la extracción manual de placenta es aquella en la que nos va a proporcionar mayor cantidad de sangrado además que es una maniobra de fácil ejecución y por lo general exitosa (23).

En el caso de los desgarros del canal de parto, se realizó suturas tratando de afrontar y producir hemostasia y evitar el sangrado vaginal, datos encontrados en Internet indican que el promedio de pérdida sanguínea por una episiotomía media es de 200 ml, lo cual hace que la pérdida por laceraciones cervicales, vaginales o perineales no reconocidas puedan ser significativas, y se ha de sospechar cuando la hemorragia continua a pesar de la buena contracción uterina (25).

Los bloqueos tubáricos se realizaron en todas aquellas pacientes que tuvieron  $\geq$  a 6 hijos en donde las pacientes firmaron su autorización con previa consejería y consejería del personal médico del hospital.

## VIII CONCLUSIONES:

1. El promedio de pérdida sanguínea en mujeres con cuadros de hemorragia fue de **725.15cc.**
2. Los factores de riesgo asociados a hemorragia post-parto vaginal y el riesgo relativo de cada una de estos encontrados fueron:
  - Edad materna:  $\leq 19$  años .....2,3
  - $\geq 35$  años .....2,7
  - Illetradas y primaria incompleta .....1,7
  - Inicio del CPN en el III trimestre .....6,0
  - Anemia Materna previa.....2,8
  - Infección Urinaria previa .....2,1
  - Primiparidad ..... 1,9
  - Multiparidad .....4,5
  - Embarazo múltiple .....7,3
  - Eclampsia .....2,0
  - Embarazo post-término ..... 1,9
  - Macrosomía fetal .....2,0
  - Retención de membranas .....15,0
  - Revisión manual de cavidad... .....31,7
  - Retención de placenta .....3,9
  - Extracción manual de placenta .....7,2
  - Desgarro de cérvix .....8,1

- Desgarro vaginal .....3,1
  - Desgarro de III grado .....2,0
  - Desgarro de VI grado .....3,0
  - Parto vaginal instrumental .....7,0
3. La frecuencia de mortalidad materna encontrada en el estudio fue de 0,005988 (1/67 casos con hemorragia).
4. Las complicaciones (morbilidad) asociadas fueron :
- Hipertonia e hipotonia uterina en trabajo de parto.
  - Preeclampsia y eclampsia.
  - Hipotonia uterina puerperal.
  - Desgarros del canal del parto.
  - Retención de placenta y de membranas.
  - Shock hipovolemico.
  - Edema vulvar.
  - Anemia puerperal.
  - Endometritis puerperal.

En conclusión nuestros resultados coinciden con estudios previos y literaturas revisadas. Esperamos que el presente trabajo sea una contribución preliminar al problema presentado, por lo que se recomienda tener en cuenta todos estos factores de riesgo encontrados y mejorar nuestra atención.

## IX RECOMENDACIONES :

1. Fomentar el adecuado manejo de la historia clínica perinatólogica mejorando su llenado y circulación para identificación de los factores de riesgo.
2. Incentivar a toda gestante a acudir al control prenatal e indicarle la importancia del momento del inicio del control prenatal y orientar adecuadamente sobre los factores de riesgo del embarazo, parto y puerperio; así mismo realizar campañas agresivas de difusión.
3. Recomendamos que el uso de oxitócicos debe ser con un estudio minucioso de la paciente y no rutinario; además dejar que el parto siga su curso normal si las condiciones son favorables sin la aplicación de oxitocina en vía, para evitar complicaciones posteriores.
4. Es importante adoptar una conducta expectante durante el alumbramiento y el puerperio inmediato, por lo cual se recomienda tener una sala de control estricto de las funciones vitales, sangrado vaginal e involución uterina, con personal capacitado ante la presencia de cualquier complicación, antes de trasladar a la sala de hospitalización.

## **X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:**

1. **ARIAS F. M. D. P. H. D. 1995: Guia practica para el Embarazo y Parto de Alto riesgo. España 2da. Edic. Edit. Mosby/Doyna. Pag. 446-453.**
2. **BECERRIL C., CUEVA K. 1994: Uso de la Metilergononina y su relación en la administración en parturientas. Hospital Regional de Loreto – Iquitos. Tesis Bach. UNSM.**
3. **BEDOYA JM. 1977: Obstetricia Practica. España. 2da Edic. Edit. Publicaciones de la Universidad de Sevilla. Pag. 675-685**
4. **BENSON R. 1986: Diagnostico y Tratamiento Gineco-obstetrico. México. 4ta Edic. Edit. El Manual Moderno. Pag. 737-742.**
5. **BOTERO U.I. 1990: Obstetricia y Ginecología. Colombia. 4ta Edic. Edit. Interamericana. Pag. 145-148.**
6. **BOLLOAUGN A. 1994. Manejo del Tercer Periodo de parto en mujeres con alto riesgo de hemorragia post-parto. Rev. Obst. Gynecol. 47 (1) 17-19.**
7. **CARRERA MACIA J.M. y Col. 1991.: Protocolos de Obstetricia. España 3ra reimpresión. Pag. 238,2536-254.**

8. **CLARK S.I., PHELAN J.P. 1984: Surgical control of hemorrhage. Copntemporay. Clinic Obst. Gynecol. 24 (2): 70-71.**
9. **CIFUENTES, R. 1991. Obstetricia de Alto Riesgo. Colombia 2da edic. Edit. Facultad de Salud. Universidad del Valle. Pag.364-367.**
10. **COMBS CA. MURPHY; LAROS RK. 1991 Factors associated Post-partum hemorrhage with vaginal birth. California Obstet Gynecol. Pag. 69-76.**
11. **HARRIS BA. 1984. Acute puerperal Inversión of the Uterus. Clin. Obstet. Gynecol 37:134.**
12. **HERBERT WN. 1982. Complication of the inmediata puerperium. Clin Obstet. Gynecol 25; 219.**
13. **HUGHES S.A.; PARTRIDGE B.L. 1990. Oxytocics tocolytics and prostaglandins. Anesthesid Clin north Am. 8 (1): 27-31.**
14. **LUCAS WE. 1980. Post Partum hemorrhage. Clinic Obst Gynecol Interamerican 23: 637.**
15. **MERLO J.C. 1987. Diccionario de Ciencias Médicas Dorland. España. 7ma Edic. Edit. El Ateneo S.A.**
16. **NIEMINEN V. J. 1983: Estudio comparativo de diferentes medicamentos en el tratamiento del tercer periodo de labor del parto. Rev. A. M. J. 53-424.**

17. **NISWANDER K. 1991: Manual de Obstetricia Diagnostico y Tratamiento. Barcelona. 3ra. Edic. Edit. Instituto Dexus. Pag. 461-465.**
18. **PACHECO J. 1994: Manual de Obstetricia. Perú. 5ta. Edic. Edit. San Miguel V. Pag. 156-157.**
19. **PEREZ S. DONOSO S. 1992: Obstetricia. Chile. 2da. Edit. El Mediterráneo. Pag. 237-239.**
20. **PRITCHARD J. A. 1996: Williams Obstetricia. España. 4ta. Edic. Edit. Masson S.A. Pag. 603-611.**
21. **RENGIFO C. MELENDEZ N. 1992: Hemorragia post-parto en el hospital Integrado Tarapoto. Tesis Bach. UNSM – Tarapoto.**
22. **RIOS R. Y GARCIA J. 1991: Consideraciones clínicas epidemiológicas del sangrado post-parto en el hospital Regional de Loreto. Tesis Bach. UNSM- Tarapoto.**
23. **SCHWARCZ R. 1995: Obstetricia. Argentina. 5ta. Edic. Edit. El Ateneo Pag. 465-471.**
24. **TORRICO E. 1996: XII Congreso peruano de Obstetricia y Ginecología. Pag. 55-57.**
25. **VARNER M. 1991: Postpartum hemorrhage. Critical care Clin. 74 (4) 883 - 897.**
26. **WATSON P. 1980: Postpartum hemorrhage and shock. Clin. Obstet. Gynecol. 23 (4): 984-1001.**



**XI. ANEXOS:****ANEXO 1****FORMATO DE INVESTIGACION**

GRUPO DE ESTUDIO 1

GRUPO CONTROL 2

FECHA DE INGRESO: ..... FECHA DE EGRESO: .....

HORA DE INGRESO: ..... HORA DE EGRESO: .....

Nº HISTORIA CLINICA:.....

APELLIDOS Y NOMBRES:.....

**I.- DATOS GENERALES:**

Edad.....

**PROCEDENCIA**

Yarinacocha..... 1

Calleria..... 2

Otros..... 3

**ESTADO CIVIL**

Soltera .....1

U. Estable ..... 2

Casada ..... 3

Viuda ..... 4

Divorciada ..... 5

**OCUPACION**

Su Casa..... 1

Empleada doméstica..... 2

Agricultora..... 3

Comerciante..... 4

Empleada publica..... 5

Estudiante..... 6

Otro..... 7

**GRADO DE INSTRUCCION**

Iletrada..... 1

Prim. Incompleta..... 2

Prim. Completa..... 3

Secund. Incompleta..... 4

Secund. Completa..... 5

Superior..... 6

**CONDICION SOCIOECONOMICA**

Baja..... 1

Media..... 2

Alta..... 3

**II. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS****PARIDAD**

N° de partos.....

**ANT. PARTO PRETERMINO**

N° P.P.T.....

**LUGAR CONTROL PRENATAL**

H.A.Y..... 1

Otros ..... 2

No..... 3

**LUGAR CONTROL PRENATAL**

H.A.Y..... 1

Otros ..... 2

NO..... 3

**INICIO CPN H.A.Y.**

I Trimestre..... 1

II Trimestre..... 2

III Trimestre..... 3

**DIAGNOSTICO POR ANALISIS**

Vaginitis micótica..... 1

Vaginitis bacteriana.....2

Vaginitis por tricom..... 3

Vaginitis Mixta..... 4

Anemia..... 5

Inf. Trac. Urinaria..... 6

**INICIO TRABAJO DE PARTO**

Espontaneo.....1

Inducido..... 2

**ANTECEDENTES DE ABORTO**

N° Abortos.....

**EDAD GESTACIONAL**

..... sem.

**CPN en H.A.Y.**

1 CPN .....1

2 CPN .....2

3 CPN .....3

&gt;4 CPN .....4

**N° CPN EN OTROS**

.....Controles

**ANALISIS EN H.A.Y.**

No..... 1

Competo..... 2

Incompleto..... 3

**FASES TRABAJO PARTO**

No trab. Parto..... 1

Prodromos labor parto..... 2

F.L.L. Parto ..... 3

F.A.L. Parto ..... 4

Periodo expulsivo ..... 5

Periodo alumbramiento ..... 6

**PATOLOGIAS ASOCIADAS**

R.P.M. SI NO

I.T.U. SI NO

A.P.P.T. SI NO

Otros.....

(Especifique)

**CAUSA DISTOCIA VAGINAL**

Present. Pod.	SI	NO
Emb. Múltiple	SI	NO
Circular c/difíc.	SI	NO
Prolapso Cordón	SI	NO
Pres. Comp. C/dif.	SI	NO
Otro.....		
Especifique		

**TALLA RECIEN NACIDO**

..... cms.

**PESO RECIEN NACIDO**

.....grs.

**TIPO DE PARTO**

P. Vaginal eutoc .....	1
P. Vaginal Distoc .....	2
P. Vaginal Instrum .....	3
P. Abdominal .....	4

**MEDICACION POST-PARTO**

Maleato ergonov.....	1
Oxitocina.....	2
Otro.....	3

**DURACION TRABAJO DE PARTO**

Periodo dilatación .....	hrs
Periodo expulsivo.....	hrs
Total trabajo de parto.....	hrs

**MODALIDAD DE DESPRENDIM.**

Schultze.....	1
Duncan.....	2

**APGAR AL MINUTO**

7 - 10 ... ..	1
4 - 6 .....	2
1 - 3 .....	3
0 .....	4

**SEXO RECIEN NACIDO**

Femenino .....	1
Masculino .....	2

**III. EXAMEN FISICO**

1. Signos vitales                    P/A                    P                    R                    T°
- Inicial                            -----                    -----                    -----                    -----
- Post-alumbramiento            -----                    -----                    -----                    -----
- A las dos horas                    -----                    -----                    -----                    -----
2. Dinámica Uterina en trabajo de parto
- Hipertonia .....SI    NO
- Hipotonia .....SI    NO
- Normal .....SI    NO
3. Color de liquido amniótico
- .....
4. Uso de anestésicos en trabajo de parto
- SI                    NO                    QUE TIPO.....
5. Cantidad de sangrado
- Post alumbramiento .....ml.
6. Complicaciones post-parto
- Obstétricos:
- |                |    |    |                       |    |    |
|----------------|----|----|-----------------------|----|----|
| Hemorragia     | SI | NO | Retención placentaria | SI | NO |
| Preeclampsia   | SI | NO | Retención Memb.       | SI | NO |
| Desgarro I°    | SI | NO | Shock                 | SI | NO |
| Desgarro II°   | SI | NO | Edema vulvar          | SI | NO |
| Desgarro III°  | SI | NO | Muerte materna        | SI | NO |
| Desgarro IV°   | SI | NO | Endomet. Puer..       | SI | NO |
| Desgarro cerv. | SI | NO | Hipotonia Uterina.    | SI | NO |
| Desgarro vag.  | SI | NO |                       |    |    |

MÉDICOS

Anemia.....	1
Inf. Trac. Urinario.....	2
Eosinofilia.....	3
Otros.....	4

Especifique

## 7. Procedimientos Quirúrgicos

Episiorrafia.....	1
Revisión manual de la cavidad .....	2
L.T.B. puerperal.....	3
Legrado uterino puerperal.....	4
Extracción manual de placenta.....	5
Sutura de desgarro.....	6
Histérectomía Sub total.....	7
Ninguno.....	8

## 8. Análisis de Laboratorio Postparto

Tiempo de coagulación:

Normal	SI	NO
--------	----	----

Tiempo de sangría

Normal	SI	NO
--------	----	----

Hematocrito:

Normal	SI	NO
--------	----	----

Otro.....

Especifique

## **ANEXO 02**

### **PROTOCOLO PREVENTIVO DE HEMORRAGIA POST- PARTO**

1. Deberá tener mínimo 4 controles prenatales realizados a partir del primer trimestre para pacientes sin riesgo y 6 para pacientes de alto riesgo y fomentar la importancia del inicio del control prenatal.
2. Durante el control pre natal se deberá evaluar minuciosamente a toda gestante tratando de buscar algún factor de riesgo.
3. Se deberá pedir exámenes complementarios en donde incluyan los de rutina: hemoglobina, Hematocrito, Grupo Sanguíneo (si no lo tiene), Factor Rh. RPR, examen completo de orina y de acuerdo a la sospecha de alguna patología incluir otros exámenes.
4. Brindar conocimientos sobre autoestima, alimentación, vitaminas, vestimenta, ejercicios y charlas sobre los signos y señales de peligro del embarazo, parto y puerperio.
5. Al ingreso de la gestante a la sala de partos se deberá evaluar minuciosamente las funciones vitales, peso, examen Gineco-obstetrico, evaluación fetal y solicitar el control de hematocrito, al mismo tiempo interrogar sobre antecedentes que podrían llegar a esta patología. Colocar vía permeable a toda primigesta y a gran multíparas, y a aquellas que presentan factores de riesgo.

6. Monitorización durante el trabajo de parto tanto de la madre como del feto (dinámica uterina-frecuencia cardiaca fetal).
7. Monitorización intra-parto; incluyendo funciones vitales cada 15 o 30 minutos de igual manera del feto.
8. Monitorización post-parto; vigilar estrictamente las funciones vitales, el sangrado vaginal y la consistencia del útero.

## ESQUEMA DE VALORACION DE LA PACIENTE DE ALTO RIESGO

Nombre: ..... Edad: ..... Gestaciones: .....  
 Partos: ..... Abortos: .....  
 UPM: ..... FEP: ..... FEB Por ecografía:  
 .....  
 .....  
 .....

Historia Reproductiva  
 Embarazo actual

Transtornos Médicos  
 o quirúrgicos asociados

Edad: <19	=1	Cirugía Ginecológica	=1	Hemorragia	
19=35	=0	previa		<20 semanas	=1
>35	=0	Enfermedad renal	=1	>20semanas	=3
Núm. Partos:0	=1	crónica		Anemia (<10g.%)	=1
1-4	=0	Diabetes	=1	Postmadurez	=1
>5	=2	gestacional (A)		Hipertensión	=2
Dos o más	=1	Diabetes mayor	=3	Roptura prematura	=2
abortos o historia		o clase B		de membrana	
de Infertilidad		Enfermedad cardiaca	=3	Polihidramnio	=2
Hemorragia	=1	Otros transtornos	=	CIR	=3
Post o legrado		médicos importantes		Embarazo múltiple	=3
manual		(puntuación de 1 a 3		Mala presentación	=3
Hijo > 4 Kg.	=1	en función de la		o de nalgas	
Hijo < 2,5 Kg.	=1	gravedad)		Isoinmunización R	=3
Toxemia	= 2				
hipertensión					
Cesárea previa	=2				
Parto anormal } o difícil	=2				

**COLUMNAS TOTALES:** -----

**Puntuación total** -----  
 (suma de las 3 columnas)

**Bajo riesgo : 0 – 2**

**Alto riesgo : 3 – 6**

**Riesgo severo: 7 o más**



## **ANEXO 03**

### **PROTOCOLO DE ATENCION DE HEMORRAGIA POST-PARTO**

**I. DEFINICION** : Es la perdida sanguínea en cantidad mayor de 500ml durante el parto y las 24 horas después del parto vaginal y 1000 ml en cesáreas (evaluación cualitativa con valor diagnostico).

**II. FRECUENCIA** :

- 45% de la población general en el H.A. Y.
- 5 – 10% (según literatura)
- 27.5% H.P.P. de 1991 – 95 a nivel nacional.

**III FACTORES:**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| - Gestante añosa  | - Fibromatosis uterina   |
| - Mal uso de medicamentos                                   | - Pre-eclampsia          |
| - Macrosomía fetal  | - Fibromatosis uterina   |
| - Parto precipitado   | - Parto precipitado      |
| - Estimulación del parto                                    | - Parto prolongado       |
| - Cesárea o legrado uterino                                 | - Parto instrumental     |
| - Episiotomía mediano lateral                               | - Infección intrauterina |
| - Mal uso de medicamentos                                   | - Embarazo múltiple      |
| - Antecedente de hemorragia post-parto                      |                          |
| - Desprendimiento prematuro de placenta                     |                          |
| - Mal manejo del tercer periodo de parto                    |                          |
| - Oxitocina – sulfato de magnesio – sedantes y anestésicos. |                          |

**IV CAUSAS:**

1. Atonia uterina en un 90%.
2. Retención de restos, productos de la concepción.
3. Laceraciones del trato genital.
4. Inversión uterina.
5. Rotura uterina.
6. Anomalías del Sistema de coagulación.

**V DIAGNOSTICO:**

1. Historia clínica completa
2. Clínico:
  - Evaluación de funciones vitales
  - Evaluación abdominal del útero.
  - Examen de vulva, vagina cervix y cavidad uterina
  - Hemorragia o sangrado excesivo por vagina, antes o después del alumbramiento o más adelante en el post-parto.

**VI MANEJO:**

- Abrir vía endovenosa de solución salina C1Na 0.9% 1000ml. ó lactato de Ringer expansores plasmáticos con Abbocath # 18-20 + oxitocina 20-30 UI/1000ml. a 60 gotas por min. Con vigilancia estricta de funciones vitales.
- Pedir ayuda.
- Reconocimiento precoz de patologías y corrección enérgica de la hipovolemia.



**B. RETENCION DE PLACENTA:**

- Oxitocina de 20-30 UI
- Evacuación vesical
- Maniobra de Brandt
- Extracción manual de placenta
- Antibióticos (ATB)
- Persiste : laparotomía
- Ligadura de arterias uterinas – hipogastrica.
- Histerectomía.

**C. RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS:**

- Extracción manual de restos
- Revisión manual de cavidad
- Legrado mas escobillonaje
- Antibióticos

**D. LACERACION DEL TRACTO GENITAL**

- Revisar : Perine-vulva-vagina-cervix.
- Suturar con Catgut cromico con aguja factible (grande)

**E. ROTURA UTERINA**

- Oxitocina 20-30 UI
- Laparotomía-sutura; si no cede el sangrado:
- Histerectomía

**F. INVERSION UTERINA:**

- Sobresale introito: Reposición del útero transvaginal bajo anestesia general o peridural en S.O.P.
- Oxitocina

- ATB profiláctico
- Si persiste: reposición transabdominal.

#### **G. COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA:**

- Paquete Plaquetario
- Sangre fresca

#### **ALTERNATIVA ANTIBIOTICA:**

- Cloranfenicol 1 gr. E.. C/8 horas ó
- Gentamicina 80 mg. E.V. C/8 horas ó
- Ampicilina 1 gr. E.V. C/6 horas

#### **FACTORES DE RIESGO:**

- Gestación añosa
- Gran multiparidad
- Antecedentes de H.P.P. cesarea-legrado uterino
- Obesidad, fibromatosis
- Macrosomias, embarazos múltiples
- Polihidamnios, DPP
- Infección intramniotica
- Parto prolongado, parto instrumentado
- Mal manejo del 3er. Periodo del parto
- Mal uso de medicamentos (Oxitocina, sulfato de magnesio, anestésicos, sedantes).

## DEFINICION DE TÉRMINOS

- **Factor de riesgo:**

Es una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar una daño a la salud

**Como se mide el riesgo:**

Existen Diferentes maneras de medir la relación entre factores de riesgo y daños a la salud.

- **Parto vaginal o eutócico:**

Es el parto normal, cuando hay dilatación e incorporación progresiva, el feto es único, viene en cefálico occipito anterior y su pasaje por el canal del parto es espontaneo

- **Parto vaginal distócico:**

Es el parto anormal que resulta de cualquier variación de la fase latente o de la fase activa de la dilatación cervical o del periodo expulsivo, por desproporción cefalopélvica, mal presentación o mal posición, fetos múltiples, tumor o resistencia de los tejidos blandos maternos, entre otros. Se incluye la posibilidad de manipulación o instrumentación en el canal del parto y la cesárea,.

- **Hemorragia:**

Salida o derrame de sangre de los vasos sanguíneos.

- **Hemorragia intraparto:**

Es la que se produce durante el parto.

- **Hemorragia post-parto:**

Lo que se produce poco tiempo después del parto o durante el puerperio.

- **Puerperio:**

Etapa biológica que se inicia con la expulsión o extracción de los anexos fetales y termina con la involución de los órganos genitales se considera que dura 6 semanas o 42 días.

- **Muerte materna:**

Es la muerte de una mujer de cualquier causa durante el embarazo o el parto o dentro de los 42 días de la terminación de su embarazo, sin importar la duración o la localización del embarazo.

- **Hipotonía uterina:**

Caracterizado por una actividad contractil insuficiente para desprender la placenta.