

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**TRABAJO DE TESIS**

**“FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO PRIMARIA, EN LAS DOS PRIMERAS HORAS; HOSPITAL III DE EMERGENCIA GRAU DE LIMA, 2018”**

**Presentado por:**

Bach.Tacuri Arque, Mayumi

**Para Optar al Título Profesional de:**

Médico Cirujano

**Asesor:** Dr. Mauricio Agurto, Nicolás.

**Cusco-Perú**

**2019**

## CONTENIDO

CONTENIDO.....	i
ABSTRACT .....	vi
INTRODUCCIÓN.....	vii
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN .....	1
1.1 Descripción (delimitación del problema de investigación).....	1
1.2 Problema de investigación.....	3
1.3 Hipótesis .....	3
1.4 Objetivos: .....	4
1.5 Justificación.....	5
1.6 Limitaciones.....	5
1.7 Consideraciones éticas.....	5
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL .....	6
2.1 Marco teórico.....	6
2.2 Marco referencial.....	11
2.3 Glosario de términos.....	17
CAPITULO III: METODOLOGIA .....	21
3.1 Tipo de estudio .....	21
3.2 Universo y muestra .....	21
3.3 Criterios de elegibilidad .....	22
3.4 Variables .....	23
3.5 Operacionalización de variables .....	26
3.7 Manejo de data .....	40
CAPITULO IV: RESULTADOS.....	42
CAPITULO V .....	94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
ANEXOS.....	109
Cronograma.....	109
Presupuesto .....	109

## DEDICATORIA

A mis padres y hermanos que están conmigo en todo momento y en especial a mi madre "Rosita" que guía cada uno de mis pasos desde el cielo y sé que está siempre conmigo.

A mi casa de estudios y cada uno de mis docentes, grandes personas que con humildad nos enseñaron el arte de la Medicina.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a Dios por cada día de vida y por ser mi soporte frente a las adversidades.

Agradezco a toda mi familia, que son una fuente de esperanza y paciencia frente a momentos difíciles.

## ABREVIATURAS

- **ACOG:** Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos.
- **CDC:** Centro de control de enfermedades de Atlanta
- **FIGO:** La Federación-Internacional de Ginecología y Obstetricia.
- **HPP:** Hemorragia postparto.
- **HPPP:** Hemorragia postparto primaria (inmediata o temprana).
- **IMC:** Índice de Masa Corporal
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **RP:** Razón de Prevalencia.
- **STATA:** combinación de dos palabras en inglés y datos.
- **UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

## RESUMEN

### **Factores Asociados A La Hemorragia Postparto en Las Dos Primeras Horas en el Hospital III De Emergencias Grau Lima, 2018.**

**Antecedentes:** “La hemorragia posparto, sigue siendo la principal causa de muerte a nivel mundial. La hemorragia postparto es una pérdida de sangre acumulada igual a 1.000 ml o más, junto con signos o síntomas de hipovolemia en las primeras 24 horas después del parto. En el Perú la causa básica de muerte materna sigue siendo las hemorragias obstétricas, el 57.8% las muertes maternas se producen dentro de las primeras 2 a 3 horas postparto, Lima es el departamento que encabeza estas listas a nivel nacional.”

**Objetivo:** Determinar los principales factores asociados a la hemorragia post parto en las dos primeras horas y Adherencia a la guía de práctica clínica en el Hospital III de Emergencias Grau Lima, 2018.

**Métodos:** Se realizará un estudio Observacional, Correlacional, retrospectivo de razón de prevalencia.

**Resultados:** “La prevalencia de la HPP fue de 7.8% en el año 2018, la causa principal fue la atonía uterina con 63.75%; rango de edad materna fue  $29,1 \pm 8,1$  años. De los factores de riesgo, los antecedentes obstétricos: aborto (Rp 1,82 IC 95% (1,14-1,92)  $p=0.021$ ), Antecedente de hemorragia postparto en 62.5% (Rp 3.56 IC 95% 1.33-3.95  $p=0.030$ ), Cesárea 23.62 % (Rp 2,43 IC 95% 1,99-3,05  $p=0.046$ ), ganancia de peso mayor de 16 kilogramos (Rp 2,27 IC 95% 2,1-4,47  $p=0.039$ .), polihidramnios (Rp 2.51 IC 95% (1,34-2,51)  $p=0.000$ ), preeclampsia con signos de severidad (Rp 2,9(1,39-3,06)  $p=0.023$ ), anemia ( Rp 2.33 IC 95% 1,74 3.41  $p=0.033$ ), Maniobra de kristeller (Rp 2,16 IC 95% (1,64-2,84)  $p=0.000$ ), episiotomía medio-lateral (Rp 1.36 IC 95% 1.22 -1.94  $p=0.022$ ), parto instrumentado (Rp 1.55 IC 95% 1.09 2.2  $p=0.034$ ); multiparidad se (Rp 2.31 IC 95% 1.45 2.96  $p=0.047$ ). Los principales factores protectores controles prenatales mayor de 5 (Rp 0.82 IC 95% 0.37-0.96  $p=0.000$ ), Alumbramiento dirigido (Rp 0.42 IC 95% 0.23-0.72  $p=0.030$ ). oligohidramnios Rp 0,54 IC 95% (0,45-0,66) “

**Conclusiones:** Los principales factores de riesgo son los antecedentes de hemorragia postparto, de legrado uterino, polihidramnios, ganancia de peso mayor de 16 Kg, IMC entre 25-35. Y como principales factores protectores controles prenatales mayor de 5, el alumbramiento dirigido el pinzamiento tardío del cordón. Los cuales son de gran importancia para disminuir la incidencia de la hemorragia postparto inmediata.

**Palabras clave:** Factores asociados, Hemorragia post parto en las dos primeras horas.

## ABSTRACT

### **Factors Associated with Postpartum Hemorrhage in the First Two Hours at Hospital III de Emergencias Grau Lima, 2018.”**

**“Background:** “Postpartum hemorrhage continues to be the leading cause of death worldwide. Postpartum hemorrhage is a cumulative blood loss equal to 1,000 ml or more, along with signs or symptoms of hypovolemia in the first 24 hours after delivery. In Peru the basic cause of maternal death continues to be obstetric hemorrhages, 57.8% of maternal deaths occur within the first 2 to 3 hours postpartum, Lima is the department that heads these lists nationwide.”

**Objective:** To determine the main factors associated with postpartum hemorrhage in the first two hours and Adherence to the clinical practice guide in Hospital III de Emergencias Grau Lima, 2018.”

**Methods:** An observational, correlational, retrospective study of the prevalence ratio carried out.”

**Results:** “The prevalence of PPH was 7.8% in 2018, the main cause was uterine atony with 63.75%; maternal age range was  $29.1 \pm 8.1$  years. From the risk factors, the obstetric history: abortion (Rp 1.82 95% CI (1.14-1.92)  $p = 0.021$ ), History of hemorrhage postpartum in 62.5% (RR 3.56 IC 95% 1.33-3.95  $p = 0.030$ ), Cesarean section 23.62% (Rp 2.43 IC 95% 1.99-3.05  $p = 0.046$ ), weight gain greater than 16 kilograms (Rp 2.27 CI 95% 2.1-4.47  $p = 0.039$ .), Polyhydramnios (Rp 2.51 CI 95% (1.34-2.51)  $p = 0.000$ ), preeclampsia with signs of severity (Rp 2.9 (1.39-3.06)  $p = 0.023$ ), anemia (Rp 2.33 IC 95% 1.74 3.41  $p = 0.033$ ), Kristeller maneuver (Rp 2.16 IC 95% (1.64-2.84)  $p = 0.000$ ), middle-lateral episiotomy (Rp 1.36 IC 95% 1.22 -1.94  $p = 0.022$ ), instrumental delivery (Rp 1.55 IC 95% 1.09 2.2  $p = 0.034$ ); multiparity was (Rp 2.31 IC 95% 1.45 2.96  $p = 0.047$ ). The main protective factors prenatal controls greater than 5 (Rp 0.82 IC 95% 0.37-0.96  $p = 0.000$ ), Directed delivery (Rp 0.42 IC 95% 0.23-0.72  $p = 0.030$ ). Oligohydramnios Rp 0.54 IC 95% (0.45-0.66).”

**Conclusions:** The main risk factors are the history of postpartum hemorrhage, curettage, polyhydramnios, weight gain greater than 16 Kg, BMI between 25-35 Kg/m<sup>2</sup>. And as main protective factors prenatal controls greater than 5, the delivery aimed late clamping of the cord. Which are of great importance to reduce the incidence of immediate postpartum hemorrhage.”

**Key words:** Associated factors, Postpartum Hemorrhage in the first two hours

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha visto una preocupación creciente sobre los problemas relacionados a la salud materna. La mortalidad materna no solo constituye un problema médico sino que está arraigada a temas sociales por lo que debe ser visto en un contexto más amplio. Ya que es en los países en vías de desarrollo donde ocurren la mayor cantidad de cifras de mortalidad. La principal causa de muerte materna en el Perú es causada por las hemorragias, mayormente las producidas inmediatas al parto. La dificultad para acceder a los sistemas de salud, la falta de información de las pacientes así como inadecuados controles prenatales que pudieran poner de manifiesto algún indicio de posibles complicaciones son contribuyentes al aumento en las cifras de mortalidad materna. El conocer los factores asociados a la hemorragia postparto primaria, juegan un rol importante en la admisión de la gestante, durante la atención del parto, así como en el puerperio inmediato. Al conocerlos estos podrían ser prevenibles, permitiendo una actuación oportuna, lo que generaría un gran impacto en la reducción de la mortalidad materna por una de las principales causas de muerte materna como es la hemorragia postparto.

El proyecto consta de tres capítulos; el primero enfoca los factores asociados a la hemorragia postparto primaria; el segundo capítulo se detalla todo el conocimiento ya establecido hasta ahora sobre hemorragia postparto primaria y finalmente el tercer capítulo da a conocer la metodología que se utilizará para obtener los mejores resultados en este trabajo de investigación.



## **CAPITULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **FACTORES ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN LAS DOS PRIMERAS HORAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU LIMA, 2018**

#### **1.1 Descripción (delimitación del problema de investigación).**

La Hemorragia posparto inmediata constituye una de las principales emergencia obstétrica, siendo esta aún una causa importante de morbimortalidad materna a nivel mundial (1). En el año 2017 se actualizo la definición de la hemorragia postparto (HPP), como una pérdida de sangre acumulada igual a 1.000 ml o más, junto con signos o síntomas de hipovolemia en las primeras 24 horas post parto independientemente de la vía de nacimiento. No obstante, una pérdida de sangre mayor de 500 ml en un parto vaginal o 1.000 ml en un parto por cesárea se debería considerar anormal y ser una indicación para que se investigue el lugar de perdida sanguínea (2).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) Bolivia, Perú y República Dominicana, son países donde la mortalidad materna es la más elevada y la hemorragia es la principal causa de muerte (3).

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) refiere que la tasa de mortalidad materna por hemorragia en el puerperio llega a un máximo de 50% en países latinoamericanos (4).

En el Perú entre los objetivos del milenio fijados para el año 2015, el quinto objetivo hizo referencia a la reducción de la morbimortalidad materna entre los años 1990 y 2015 en tres cuartas partes, lo cual correspondía llevar el valor de este indicador a 66 defunciones maternas por cada 100 mil recién nacidos vivos de 261 defunciones por cada mil recién nacidos. A pesar de que, empezando este nuevo milenio, se ha visto una disminución de este indicador, aún se está lejos de cumplir los retos fijados persistiendo como una de las principales causas de morbimortalidad materna (5).

“Según las estimaciones de la razón de mortalidad materna realizadas por la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Banco Mundial y las Naciones Unidas, en el año 2015 el Perú alcanzó una razón estimada de muerte materna de 68 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos (1,6).

En el año 2017 hasta el mes de septiembre, se ha observado un importante incremento de muertes maternas a nivel nacional, lo que representa un incremento del 14.3% con respecto al año 2016 para ese mismo periodo, más preocupante es su tendencia ascendente. En el año 2018 Lima Metropolitana, Lima provincias y Ucayali presentaron un mayor incremento de muertes maternas donde la principal causa es la hemorragia posparto (7).

En el Perú la causa básica de muerte materna sigue siendo las hemorragias obstétricas, el 57.8% las muertes maternas se producen dentro de las primeras 24 horas postparto y sobretodo dentro de las 2 a 3 primeras horas postparto (8). La causa básica de muerte materna clasificada como directa continua siendo principalmente la hemorragia con un 36.5 % de los casos de los cuales la HPP primaria comprende 34.84%. La causa más común de la hemorragia postparto es la atonía uterina, que complica 1 de cada 20 nacimientos, responsable de al menos el 80% de los casos, y del 50% de las muertes maternas en los países en vías de desarrollo (9).”

De entre los factores asociados a la hemorragia postparto primaria sobre todo los factores de riesgo son de gran importancia su identificación y reconocimiento inclusive antes de la gestación, su correcto y precoz reconocimiento permite al personal de salud prevenir la ocurrencia de dicho cuadro (10).

La OMS debido a la prevalencia persistente de la morbimortalidad materna en la mayoría de países en vías de desarrollo donde la hemorragia posparto sigue siendo una de las causas principales, estableció una guía para la prevención y tratamiento con actuación activa durante el tercer periodo del parto y las dos primeras horas posparto” (11).

En el Hospital III de Emergencia Grau en el año 2018 la hemorragia postparto primaria se incrementó en 2.64% con respecto a los casos registrados al año anterior siendo un total de 7.8% para el año 2018 .Lo que demuestra que se debe poner mayor énfasis en los factores asociados y su identificación temprana desde el primer contacto de la gestante con los servicios de salud además de conocer las medidas preventivas y terapéuticas frente al desarrollo de la hemorragia postparto. Debido a lo expuesto he decidido realizar el estudio incidiendo en los factores tanto de riesgo como protectores que estén asociados significativamente a la hemorragia postparto primaria y sobre todo dentro de las dos primeras horas (12).

## **1.2 Problema de investigación**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuáles son los principales factores asociados a la hemorragia post parto primaria en las dos primeras horas en el Hospital III de Emergencias Grau Lima, 2018?”

### **1.2.2 Problemas específicos**

1. ¿Cuáles serán los principales factores de riesgo relacionados a la hemorragia postparto primaria en las dos primeras horas en el Hospital III de Emergencias Grau Lima, 2018?
2. ¿Cuáles serán los principales factores de protección relacionados a la hemorragia postparto primaria en las dos primeras horas en el Hospital III de Emergencias Grau Lima, 2018?
3. ¿Cuál será la prevalencia de hemorragia postparto primaria en las dos primeras horas en el Hospital III de Emergencias Grau Lima, 2018?

## **1.3 Hipótesis**

### **1.3.1 Hipótesis general.**

Los factores asociados con la hemorragia postparto en las dos primeras horas serán las características maternas, los antecedentes obstétricos y los antecedentes ginecológicos en el Hospital III de Emergencias Grau Lima, 2018.

### **1.3.2 Hipótesis específicas.**

1. La multiparidad, el parto por cesárea, el antecedente de hemorragia post parto, antecedente de aborto previo, los extremos de la edad fértil, polihidramnios, estados hipertensivos de la gestación y la inducción o conducción del trabajo de parto serán factores de riesgo asociados a la hemorragia postparto en las dos primeras horas en el Hospital III de Emergencias Grau Lima, 2018

2. La nuliparidad, el parto vaginal, el alumbramiento dirigido y la lactancia materna precoz serán factores de protección asociados a la hemorragia postparto en las dos primeras horas en el Hospital III de Emergencias Grau Lima, 2018
3. La prevalencia de hemorragia postparto en las dos primeras horas será de aproximadamente 6% en el Hospital III de Emergencias Grau Lima, 2018.

#### **1.4 Objetivos:**

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

Analizar los principales factores asociados a la hemorragia post parto en las dos primeras horas en el Hospital III de Emergencias Grau Lima, 2018.

##### **1.4.2 Objetivos específicos**

1. Valorar los principales factores riesgo relacionados a la hemorragia postparto primaria en las dos primeras horas en el Hospital III de Emergencias Grau Lima, 2018.
2. Analizar los principales factores de protectores relacionados a la hemorragia postparto primaria en las dos primeras horas en el Hospital III de Emergencias Grau Lima, 2018.
3. Determinar la prevalencia de hemorragia postparto primaria en las dos primeras horas en el Hospital III de Emergencias Grau Lima, 2018.

## **1.5 Justificación**

Tomando en cuenta que la hemorragia postparto es una condición médica con aún creciente incidencia sobre todo países en vías de desarrollo como el nuestro y siendo esta responsable de una gran parte de la morbilidad materna ; resulta de mucha utilidad para los especialistas que abordan esta complicación el conocimiento adelantado respecto a aquel grupo de pacientes que se encuentran en mayor riesgo de presentarlo, esto podría conseguirse en gran parte con la identificación de aquellos factores asociados que están implicados tanto de riesgo como protectores, haciendo incidencia en aquellas condiciones que sean potencialmente modificables o puedan aplicarse estrategias de vigilancia y seguimiento con la finalidad de estar preparados para minimizar el impacto deletéreo de esta complicación. En esta investigación se pretende conocer más de estos factores y que se puedan tomar en consideración al momento de la admisión y atención de la gestante.

## **1.6 Limitaciones**

El tiempo y el presupuesto el cual será asumido por el tesista, El no contar con los datos obstétricos completos de la paciente en la historia clínica.

## **1.7 Consideraciones éticas**

“Este estudio tomo en cuenta los códigos de ética que rigen internacionalmente estando en concordancia por lo establecido por la Declaración de Helsinki de la Asociación médica mundial sobre principios éticos en la investigación médica en seres humanos; así como los principios éticos y guías para la investigación en seres humanos registrados en el Reporte Belmont. Además de contar con la aprobación de las respectivas autoridades de Investigación del Hospital donde se realizó el estudio.

Este estudio se realizó de manera anónima, con la mayor confiabilidad y confidencialidad posible manteniendo en el anonimato a las pacientes.”

## **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL**

### **2.1 Marco teórico**

#### **MARCO TEÓRICO**

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) define la hemorragia posparto como una pérdida de sangre igual a 1.000 ml o más, junto con signos o síntomas de hipovolemia en las primeras 24 horas después del parto, independientemente de la vía de nacimiento". No obstante, "una pérdida de sangre mayor de 500 ml en un parto vaginal o 1.000 ml en un parto por cesárea, se debería considerar anormal el cual se debe de investigar" (2). El Instituto Nacional Materno Perinatal también lo define la hemorragia postparto como: a). Sangrado postparto con cambios hemodinámicas que requiere transfusión de sangre. b). Caída del hematocrito en más del 10% y/o 2.9 gr % en la hemoglobina. "Sin embargo, las determinaciones de la hemoglobina y hematocrito suelen ser retrasadas, pueden no reflejar el estado hematológico actual. Además, los signos y los síntomas de la pérdida de sangre importante a menudo no aparecen en las mujeres posparto hasta que ha ocurrido una hemorragia considerable, que por lo general representa 25% del volumen total de la sangre de una mujer (o aproximadamente 1.500 ml o más).

#### **EPIDEMIOLOGIA**

La HPP está asociada no solo a casi un 25 % de todas las defunciones maternas en todo el mundo, sino que también es la causa principal de mortalidad materna en la mayoría de los países de ingresos bajos (11). "En el Perú más de 125 000 muertes por año que representa hasta en el 10% de los partos, siendo la hemorragia postparto la primera causa (40%) de muerte materna en el Perú. La HPP es un factor significativo que contribuye a la morbilidad materna grave y a la discapacidad a largo plazo, así como a una serie de otras enfermedades maternas graves generalmente asociadas con la pérdida considerable de sangre, incluidos el shock y la disfunción orgánica.(11)

## CLASIFICACIÓN

- **La Hemorragia Postparto Primaria (inmediata o temprana).**  
Ocurre dentro de las primeras 24 horas después del parto, las causas pueden ser: la atonía uterina, lesión del canal del parto, placenta retenida, placenta anormalmente adherida (acreta), defectos de la coagulación e inversión uterina. (13).
- **La Hemorragia Postparto Secundaria (Tardía).**  
Ocurre después de 24 horas y hasta 12 semanas después del parto. Las causas incluyen sub involución del lecho placentario, retención de productos de la fecundación, infección y defectos de la coagulación heredados. (13)

## ETIOLOGÍA

### Causas Primarias:

- Atonía uterina.
- Lesión del canal del parto.
- Placenta retenida.
- Placenta anormalmente adherente (acreta).
- Los defectos de la coagulación
- Inversión uterina

### Causas Secundarias:

- Sub involución del sitio placentario
- Productos retenidos de la concepción
- Infección
- Defectos de coagulación hereditarios .

## FACTORES DE RIESGO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

FACTORES	ATONIA UTERINA	RETENCION PLACENTA	RETENCION RESTOS PLACENTARIOS	LESION CANAL PARTO	INVERSION UTERINA
ANTECEDENTES	Multiparidad	Cicatriz uterina previa	Cicatriz uterina previa	Primigesta	Inversión previa
	Gestante añosa	Legrados Uterinos	Antecedente de Legrados	Macrosomía	Multiparidad
C A R A C T E R I S T I C A S	Macrosomía	Miomatosis	Acretismo placentario	Parto precipitado	
	Poliamnios	Acretismo placentario	Lóbulo placentario aberrante	Expulsivo prolongado	Acretismo placentario
	Embarazo múltiple	Anomalías uterinas	Óbito fetal	Parto instrumentado	Cordón umbilical corto
	Desprendimiento PP	Coriamnionitis	Coriamnionitis	Extracción podálica	
	Parto prolongado	Prematuridad	Alumbramiento manual incompleto	Periné corto y fibroso	placenta fúndica
	Parto precipitado	Placenta previa		Varices vulvoperineales	
	Coriamnionitis.	parto prolongado		Episiotomía	
	Miomatosis			Mala actitud de presentación	
	Maniobra de kristeller			maniobra de kristeller	
	Obesidad				
INT ERV ENC ION ES	oxitócicos	Mala conducción del parto	Mala conducción del parto	Mala atención del expulsivo	Mal manejo del alumbramiento
	Mal manejo del alumbramiento	Mal manejo del alumbramiento			Mala técnica de extracción de placenta
	Sulfato de magnesio				Tocolíticos
	Tocolíticos				

**Fuente:** Tabla de etiología de la Hemorragia Postparto de la Guía De Manejo De Emergencias Obstétricas Y Perinatales Del Instituto Materno Perinatal. Pág. 54



## CUADRO CLÍNICO

El cuadro clínico varía según el grado de hemorragia como se observa en el siguiente cuadro:

GRADO	O PÉRDIDA NORMAL < 10%	I COMPENSADO 10 – 15 %	II LEVE 15 – 25 %	III MODERADO 25 – 35%	IV SEVERO 35 – 45%
Pérdida Sanguínea	< 500 ml	500 - 1000ml	1000 - 1500	1500 - 2000	2000 - 3000
FC	Normal	<100	>100	>120	>140
PA	Normal	Normal	Ortostatismo	Disminuido	Sostenido
Llenado capilar	Normal	< 2 seg	puede ser lento	lento	muy lento o ausente
FR	Normal	14 - 20	20 - 30	30 - 40	> 35
Gasto urinario	Norma	>30ml/h	20 - 30	<20-5	Anuria
Estado mental	Normal	No Agitado	Agitado	Confuso	Letárgico o inconsciente

**Fuente:** Tabla de etiología de la Hemorragia Postparto De La Guía De Manejo De Emergencias Obstétricas Y Perinatales Del Instituto Materno Perinatal.Pag. 54

## DIAGNÓSTICO

“Cuando el sangrado posparto excede los volúmenes esperados (500 ml en un parto vaginal o 1.000 ml en un parto por cesárea), se debe realizar una evaluación cuidadosa y exhaustiva. Un examen físico rápido del útero, el cuello uterino, la vagina, la vulva y el periné a menudo puede identificar la etiología (a veces múltiples fuentes) de la hemorragia postparto.”

## MANEJO DE LA HEMORRAGIA POST PARTO

### TRATAMIENTO SEGÚN LA CAUSA

#### a. ATONÍA UTERINA

En el contexto de la hemorragia posparto, la identificación de un útero blando y mal contraído sugiere que la atonía es un factor causal. Según la ACOG se debe vaciar la vejiga y realizar un examen pélvico bimanual y realizar un masaje uterino. Además de la oxitocina los uterotónicos suplementarios que se administran con mayor frecuencia incluyen metilergonovina, 15-metil prostaglandina F<sub>2α</sub> o misoprostol. La atonía refractaria puede requerir el uso de métodos secundarios como el taponamiento uterino con balón de

taponamiento intrauterino o suturas de compresión o inclusive recurrir a la histerectomía (2).

**b. RETENCIÓN DE PLACENTA:**

Se debe realizar una inspección visual detallada de la placenta después del alumbramiento, incluso cuando la placenta aparece intacta, puede haber productos restantes de la concepción (p. Ej., Lóbulo succenturiata) dentro de la cavidad uterina. La extirpación manual de la placenta, cirugía uterina previa u otros factores de riesgo deben levantar sospechas. La ultrasonografía o examen manual intrauterino generalmente se usa para diagnosticar el tejido placentario retenido. Cuando se identifica una placenta retenida, el primer paso es intentar la extracción manual del tejido. Si una mujer tiene una analgesia regional adecuada, se puede realizar una evaluación de la cavidad uterina. Si la extracción manual falla, se puede usar una cureta o unas pinzas grandes ovaladas para su extracción. Debido a la preocupación por la perforación uterina en el útero posparto y para asegurar la eliminación de todos los tejidos, se puede usar guía ecográfica. Si el tejido placentario esta adherido a la pared uterina se debe sospechar placenta acreta.

**c. LESION DEL CANAL DEL PARTO**

Las laceraciones del tracto genital son las complicaciones más comunes del trauma obstétrico. Aunque tales laceraciones son predominantemente sangrado venoso, pueden ser la fuente primaria de una hemorragia posparto. Se debe realizar una rápida identificación y reparación de laceraciones cervicales, laceraciones complicadas por sangrado arterial y laceraciones vaginales altas. “De manera similar, las laceraciones distales vaginales, vulvares, periclitorales y perineales deben repararse si contribuyen significativamente a la pérdida de sangre.” Si se sospecha una laceración de la arteria uterina, se debe considerar la radiología intervencionista o la exploración quirúrgica y la ligadura. La reparación puede requerir asistencia de anestesia y traslado a una sala de operaciones.

**d. ROTURA UTERINA**

Pasar a sala de operaciones para reparar las laceraciones uterinas o realizar histerectomía según la extensión de la rotura, su localización, estado de la paciente y sus expectativas reproductivas.

e. **INVERSIÓN UTERINA**

Pasar a sala de operaciones y administrar anestesia general. Si la placenta aún no se desprendió, realizar la reposición del útero y separarla después. Reposición manual del útero empujando el fondo con la punta de los dedos con la palma hacia arriba. De no lograr reponer el útero realizar histerectomía total abdominal.”

**2.2 Marco referencial**

**INTERNACIONALES**

“**Flores Suárez JC (Loja -Ecuador 2016)** en su estudio “Prevalencia y Factores de riesgo asociados a hemorragia postparto durante el puerperio inmediato en las mujeres gestantes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora Loja, 2015” cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y Factores de Riesgo Asociados a Hemorragia Postparto durante el puerperio inmediato . Se realizó un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y transversal, se tuvo un total de 763 partos y 572 cesáreas de los cuales 27 casos presentaron hemorragia posparto que representa una prevalencia de 2%. Se encontró como principales factores de riesgo la multiparidad (44%), polihidramnios (18%), macrosomía fetal (18%), estados hipertensivos del embarazo (15%), y episiotomía medio-lateral (30%), inducción del trabajo de parto (26%), trabajo de parto prolongado (26%) como factores de riesgo de hemorragia .Se concluye “que es importante tener en consideración los factores mencionados durante la atención del parto (20).”

**Verdezoto Echeverria AA. (Guayaquil-Ecuador, 2016)**, “en su estudio “Hemorragia postparto: factores de riesgo y complicaciones en adolescentes de 12- 19 años de edad del hospital provincial Martin Icaza entre enero del 2014 y 2015”.Cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo y complicaciones de la hemorragia postparto en adolescentes de 12 a 19 años de edad mediante la observación indirecta. Se realizó un estudio transversal, retrospectivo; contando con 64 casos. En cuyos resultados se tuvo que la prevalencia de la HPP fue del 8%, entre los factores de riesgo asociados destaca, la edad materna (rango de 11 a 15 años de edad) en 75% de los pacientes, la nuliparidad 20 %, hemoglobina gestacional <10,5 g/dl en 60 %, episiotomía 75% y los pocos controles prenatales (3<) 30%, los cuales estuvieron asociados significativamente. El 100% de los casos requirieron transfusiones sanguíneas

debido a la anemia marcada que presentaron; el shock hipovolémico se presentaron en el 12,5% de los casos estudiados. Se concluye que el saber reconocer los factores de riesgo de la HPP permitirá un diagnóstico y manejo temprano, que es la clave para evitar complicaciones y muerte materna. (21)”

**Ononge S, Mirembe F, Wandabwa J, Campbell OMR. (Kampala-Uganda, 2016)**, “en su estudio “Incidencia y factores de riesgo para el hemorragia postparto en Uganda”. Cuyo objetivo fue “determinar la incidencia y los factores de riesgos de las mujeres de la zona rural de Uganda. Se realizó un estudio prospectivo de cohortes en seis centros de salud de Uganda, entre marzo de 2013 y 2014, con un total de 1188 mujeres de parto vaginal. “En cuyos resultados: la incidencia global de HPP fue del 9,0% (IC 95%: 7,5 a 10,6%) y de la HPP grave (>1000 ml) fue del 1,2% (95%IC 0.6-2.0%).”Entre los factores de riesgo destaca: “La edad >34 años OR 1.17 (0.51–2.64), ≤19años OR 1.11(95%IC 0.63–1.95) ,Casada OR 0.69 (95%IC 0.38–1.27), primípara aOR 0.85 (95%IC 0.49-1.44) , antecedente de HPP OR 1.86 (95%IC 0.81-4.26) ,pretérmino OR 0.80 (95%IC 0.44-1.46) ,post término OR1.07 (95%IC 0.58–1.99),anemia de moderada a grave en el embarazo OR1.37 (95%IC0.47–3.98),Inducción del parto OR 0.71 (0.22-2.34) ,no alumbramiento dirigido 2.23 (0.80-6.21) ,episiotomía / desgarro perineal 1.44 (0.71-2.94),parto por cesárea aOR 7,54; 95%IC 4.11-13.81); macrosomía fetal ≥ 4000 g (aOR 2,18; IC del 95%: 1,11 a 4,29). Conclusión:” Los factores de riesgo identificados podrían abordarse mediante una vigilancia adicional durante el trabajo de parto y el tratamiento de la HPP. (22)”

**Dupont C, Rudigoz R-C, Cortet M, Touzet S, Colin C, Rabilloud M, et al. (Paris –Francia ,2014)**, en su estudio “Frecuencia, causas y factores de riesgo de la hemorragia posparto: un estudio poblacional en 106 unidades de maternidad francesas”.

“Cuyo objetivo fue estimar la incidencia, describir la etiología e identificar los factores de riesgo de la HPP. Se realizó un estudio prospectivo caso y control, en 106 unidades de maternidad francesas de seis redes perinatales entre Diciembre de 2004 y Noviembre de 2006”. “En cuyos resultados se tuvo que la incidencia de HPP fue del 6,4% (IC 95% 6.3-6.5) y 1.7% (IC 95% 1.6-1.8) de la HPP grave; la atonía uterina fue la principal etiología con 60 %. Los factores de riesgo identificados fueron edad > 35 años OR 0.93 0.74-1.15, multiparidad con

antecedentes de cesárea OR 1.88 1.36-2.61, primípara 1.71 1.43-2.05, historial de HPP OR 3.50 2.29-5.35, edad gestacional <37 semanas OR 1.07 0.74-1.56, ≥41 semanas OR 1.30 1.08-1.56, trabajo de parto prolongada OR 1.70 1.43-2.01, inducción del trabajo del parto OR 1,23 1,03-1,47 , episiotomía OR 3.76 3.00-4.71, peso del recién nacido (≥4000 g ) OR 1.70 1.32-2.19 .”Se concluye que el perfil de HPP se caracterizó por una incidencia de formas graves, superior a la de otros países. Esto sugiere una agravación más frecuente de HPP y la implicación de un manejo inadecuado de la HPP”. (23)

**Wetta LA, Szychowski JM, Seals MS, Mancuso MS, Biggio JR, Tita AT. (Birmingham - Reino Unido, 2013)**, en su estudio “Factores de riesgo para la hemorragia postparto por atonía uterina requiriendo tratamiento después del parto vaginal”. Cuyo objetivo fue “identificar los factores de riesgo de la HPP por atonía uterina”. “Se realizó un ensayo aleatorio a doble ciego, en 3 grupos de un total de 1798 mujeres asignadas al azar, con dosis de oxitocina 10 UI, 40 UI y 80 UI aplicadas después del parto vaginal. Se realizó regresión logística. “En sus resultados: la atonía uterina tratada ocurrió en el 7%, la preeclampsia (OR 3.2, IC 95% 2.0-4.9) y corioamnionitis (OR 2.8; IC 95% 1.6-5.0) fueron factores de riesgo independientes consistentes. Otros factores de riesgo fueron sobrepeso (IMC 25-30) OR 2.5 (1.1, 5.6), obesidad (IMC ≥30) 2.6 (1.2, 5.7), inducción del trabajo de parto OR 2.3 (1.2, 4.3), peso de nacimiento <2500g OR 0.8 (0.4-1.5), peso > = 4000g 1.1 (0.5, 2.3), nuliparidad 1.4 (1.0, 2.1), polihidramnios OR 1.9 (0.7, 5.0), lactancia precoz 1.5 (1.0, 2.2), RPM 0.9 (0.6, 1.4), cesárea previa 1.3 (0.6, 2.8), parto instrumentado OR 1.3 (0.7, 2.4), anemia (hemoglobina <9) 1.9 (0.7, 4.8) , parto prolongada 2.3 (1.3, 4.1). Se conclusión: “los factores de riesgo independientes para la atonía uterina que requieren tratamiento incluyen principalmente la preeclampsia y corioamnionitis”.(24)

## **NACIONALES**

**“Flores Lapa DA. (Lima- Perú, 2018)** en su estudio “Factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP Luis N. Sáenz, 2016 al 2017.” Cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a la hemorragia del puerperio inmediato. Se realizó un estudio retrospectivo, analítico de casos y controles. La población estuvo conformada por la totalidad de puérperas (716). Los casos fueron 20 pacientes con hemorragia del puerperio inmediato, 40 puérperas como controles, su muestreo fue probabilístico con

aleatoriedad. Cuyos resultados: Los factores de riesgo fueron la edad de 35 años a más ( $p = 0.000$ ;  $OR=7,9$ ,  $IC95\%= 2.31 - 26.9$ ), multiparidad ( $p = 0,001$ ;  $OR 7,42$  con  $IC 95\%= 2.07 - 26.55$ ), parto por cesárea ( $p =0.001$ ;  $OR =8.3$ ,  $IC 95\% =2.31 - 29.87$ ), antecedente de cesárea previa no es un factor de riesgo ( $p = 0,065$   $OR = 2,78$ ;  $IC 95\% 0.92-8.41$ ). Concluyendo: “Los factores de riesgo para presentar hemorragia del puerperio inmediato fueron edad de 35 años a más, multiparidad, y parto por cesárea. (25)”

**“Candiotti Ramirez EJ. (Lima- Perú, 2018)** en su estudio “Incidencia de la hemorragia inmediata postparto vaginal en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el año 2015”. Cuyo objetivo fue determinar la incidencia y factores asociados de la hemorragia inmediata postparto vaginal .Se realizó un estudio descriptivo, transversal, y retrospectivo. Con un total 80 casos. En cuyos resultados: La incidencia de hemorragia post parto es 5.3%. Las principales causas de hemorragia post parto fueron atonía uterina (63.75%), desgarros perineales (27.5%) y atonía más retención de restos placentarios (3.75%). La frecuencia de anemia anteparto es de 17.5%. Los factores de riesgo durante el embarazo fueron no control pre natal (26.25%), adolescente (20%). Los factores de riesgo en el intraparto fueron parto prolongado (30%) y macrosomía fetal (6.25%). Se concluye: “Es necesario detectar los factores de riesgo que presentan las gestantes durante el embarazo y en el intraparto para poder evitar y estar preparados ante cualquier complicación (26).”

**“Mamani Humpiri LR. (Lima- Perú, 2017)** en su estudio “Preeclampsia como factor predisponente está asociado a hemorragia post parto inmediato en el Hospital Santa Rosa de Enero - Diciembre 2015.” Cuyo objetivo fue determinar si la preeclampsia como factor predisponente está asociado a hemorragia post parto inmediato. Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, analítico de casos y controles. Se tuvo 192 de con hemorragia, 148 pacientes presentaron preeclampsia, y de los cuales 107 gestantes presentaron hemorragia post parto inmediato. En cuyos resultados: se encontró 72.3% pacientes presentaron preeclampsia, de las cuales preeclampsia severa tuvieron hemorragia post parto inmediato en 74 (84.1%), y 33 (15.9%) pacientes con preeclampsia leve se demostró asociación estadísticamente significativo entre la presentación de HPPP y preeclampsia  $OR 6.223$   $IC 95\% (2.96 - 13.05)$   $p=0.000$ . Se concluye que la preeclampsia es un factor asociado a hemorragia post parto inmediato sobre todo la preeclampsia severa (27).

**“Gil Cusirramos MA. (Lima- Perú, 2016)** en su estudio “Factores asociados a hemorragia post parto inmediato por atonía uterina en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo Enero – Septiembre del año 2015.” Cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a hemorragia post parto inmediato por atonía uterina .Se realizó un estudio analítico, retrospectivo, transversal, de casos y controles. “La población estuvo constituida por todas las pacientes que tuvieron HPP inmediato por atonía uterina que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Se estudiaron 80 casos y 80 controles. En cuyos resultados los factores de riesgo estadísticamente significativos fueron la edad > 30 años ( $p = 0,000$ ; OR = 3,64, IC 95% 1,8 - 7,0), multiparidad representando 65,4% ( $p = 0,017$ ; 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) .Se concluye “que los principales factores de riesgo para desarrollar HPP por atonía uterina fueron edad >30 años, multiparidad, parto por cesárea, antecedente de cesárea previa,los que deben ser considerados en la admisión de la paciente. (28)”

**“Díaz Aranda, DL, Lapa Álvarez L. (Huancavelica-Perú, 2014)**, en su estudio “Antecedentes obstétricos y hemorragia postparto en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica”. Cuyo objetivo fue determinar los antecedentes obstétricos asociados a HPP en puérperas inmediatas. Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, de casos y controles, en una población de 363 puérperas inmediatas por parto vaginal y cesárea, se encontró 20 casos y 80 controles. En cuyos resultados se registró 6% de HPP inmediato, el grupo etáreo joven (19-35 años) 95%, 52% eran convivientes, 55% con secundaria completa, entre los principales antecedentes obstétricos: 80% multíparas, 14% con antecedente de aborto (OR 0.630 95%IC 0.129- 3.071), 14% con antecedente de cesárea , del cual destaca que del 100% de estas pacientes presentaron hemorragia; el 29% registran antecedente de periodo intergenésico corto (OR 5.063 95%IC 1.207-20.777).Se concluye: “La HPP sigue siendo prevalente y requiere una evaluación de los antecedentes obstétricos para la valoración de estas pacientes. (29)”

## LOCALES

**“Vargas Medina E. (Cusco – Perú, 2011)** en su estudio “Factores de riesgo asociados a la hemorragia postparto inmediato en la Micro Red Yanaoca, Cusco –Perú, 2005 al 2009”.Cuyo objetivo fue “determinar los factores de riesgo asociados a la hemorragia postparto inmediata. Se llevó a cabo un estudio analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles”.

La muestra fue de 73 casos según criterios de inclusión y exclusión en cuyos resultados la Hemorragia postparto inmediato fue de 11.11%, las mujeres entre 20 a 34 años de edad fueron 73.97%, convivientes 69.18 %, amas de casa (84.25%), los principales factores de riesgo obstétricos fueron retención de restos placentarios OR 18.42 IC95%(6.64-51.09),p 0.0001  $X^2$  42.95,periodo intergenésico “ninguno” OR 5.16 IC95%(2.03-13.12), nuliparidad OR 2.17 IC95% (1.07-5.95) p 0.0153, parto precipitado OR 2.049, , inducción del trabajo de parto OR 4.46 IC95% (1.40-14.18), desgarro de cérvix, vagina o periné OR 3.48 IC 95%(1.53 -10.69) p 0.0021  $X^2$  9.438 ,principales factores perinatales fueron tipo de parto vertical OR 3.465 IC95% (1.18-10.11) p 0.0175  $X^2$  5.64, peso del recién nacido de 4000 gramos a más OR 3.28 IC95%(1.34-8.00) (31).”

**“Rodas Utani G. (Cusco – Perú, 2011)** en su estudio “Factores de riesgo asociados a atonía uterina que requirieron histerectomía – Hospital Antonio Lorena 1997-2011.Cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a atonía uterina. Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles. Los casos fueron 18, la relación caso control 1:2.”En cuyos resultados se tuvo: 58 pacientes con atonía uterina, 31.03% requirieron histerectomía, entre los principales factores obstétricos: multiparidad (>4 partos) OR 3.75 IC95% (1.0701-5.0554) p 0.0341, parto prolongado OR 3.800 IC95%(1.344-8.0084) p 0.0056, neonato macrosómico OR 4.3056 IC95% 2.4028-11.3033) p 0.0341, embarazo múltiple OR 2.4667 IC95%(1.0052-5.1541) p 0.0454 y polihidramnios OR 2.3750 IC95% ( 1,18-6.117) p =0.0175. Se concluye que la los principales factores de riesgo son la multiparidad, neonato macrosómico, y parto prolongado principalmente (32).”



## 2.3 Glosario de términos

**Hemorragia postparto primaria:** Sangrado mayor o igual a 500 ml en parto vaginal o 1000 ml por cesárea en las primeras 24 horas postparto, o manifestación de síntomas (2).”

**Atonía uterina:** Sangrado vaginal abundante, útero aumentado de tamaño, que no se contrae (26).

**Retención Placentaria:** Placenta adherida por más de 30 minutos en alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos si se realizó alumbramiento dirigido (26).

**Lesión de Canal del Parto:** Sangrado continuo con útero contraído y Placenta completa (26).

**Inversión Uterina:** Útero no palpable a nivel del abdomen, tumoración que se palpa en canal vaginal o protruye por fuera del canal vaginal. Dolor hipogástrico agudo (26).

**La ruptura o rotura uterina:** Es la solución de continuidad no quirúrgica del útero, que ocurre por encima del cuello uterino (27).

**Defectos de la coagulación:** Son alteraciones en el tiempo normal de coagulación por ausencia o déficit de ciertos factores que intervienen en la coagulación (28).”

**Aborto:** La OMS define el aborto como la Interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno, con un embrión o feto de menos de 500 gramos de peso, que se alcanza a las 22 semanas. (29)”

**Periodo intergenésico:** El periodo intergenésico es el lapso de tiempo entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente. La asociación panamericana de la salud ha establecido como adecuado un periodo intergenésico de al menos 24 meses. (30).

**Fibroma uterino:** Los fibromas uterinos son tumores benignos (no cancerosos) en el útero, los fibromas causan problemas debido a su tamaño, cantidad y ubicación (31).

**Control prenatal:** se define como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la Morbilidad y Mortalidad materna y **perinatal** (32).

**Ganancia de peso:** Fenómeno complejo influenciado por cambios fisiológicos y metabólicos maternos y placentario que permite el aumento ponderal expresado en kilogramos. (33).

**Diabetes gestacional.** La diabetes mellitus gestacional es una afección en mujeres que tienen intolerancia a los carbohidratos con inicio o reconocimiento durante el embarazo (34).

**Alteraciones del volumen de líquido amniótico.** Referido al déficit o aumento de líquido amniótico por alteración de los mecanismo de regulación, donde se tiene el polihidramnios (con un índice de líquido amniótico (ILA) > de 20 a 25) o el oligohidramnios con un ILA < de 5 cm (35).

**Hipertensión gestacional:** Elevación de la presión arterial, en ausencia de proteinuria, encontrados en una gestante después de la semana 22 de gestación, o diagnosticada por primera vez en el puerperio (36).

**Preclampsia** Trastorno grave de la presión arterial alta que puede afectar a la gestante y el feto. Ocurre después de las 22 semanas de gestación, o diagnosticada por primera vez en el puerperio (37).

**Eclampsia:** convulsiones producidas se asocia a presión arterial alta durante la gestación. (37).

**Hipertensión crónica:** Presencia de hipertensión arterial diagnosticada previa al embarazo o antes de las 20 semanas de gestación, o no se controla pasadas las 12 semanas. (37)

**Síndrome de HELLP:** Es una de las complicaciones maternas y fetales más graves durante el embarazo. El 10% de los embarazos complicados con preeclampsia severa o eclampsia son afectados por el SH.; de acuerdo a sus siglas en ingles comprende hemólisis, aumento enzimas hepáticas y trombocitopenia (38).

**Alumbramiento dirigido:** Intervención en el tercer periodo del parto mediante el uso de uterotónicos, la OMS recomienda la oxitocina 10 UI IM /EV (39).

**Duración del trabajo de parto:** Número de horas que comprende la fase pasiva y activa del parto; alrededor de 20 horas en las nulíparas y 14 horas en las multíparas, mayor a este es un parto prolongado; un parto precipitado es aquel en la el trabajo de parto culmina en menos de 3 horas; que la velocidad de dilatación es > 5cm/h en las nulíparas y > 10 cm/h en las multíparas. (40)

**Maniobra de kristeller:** Es aquella en la que alguien presiona el abdomen de la madre (el fondo del útero) hacia abajo, para conseguir que el bebé salga o como mínimo llegue a la coronación. (41)

**Inducción del trabajo de parto:** Es un conjunto de procedimientos dirigidos a provocar contracciones uterinas de manera artificial desencadenando el parto en el momento más adecuado para la madre y el feto (42).

**Conducción del trabajo de parto:** Estimulación de las contracciones uterinas cuando las contracciones espontaneas han fallado (43).

**Episiotomía:** Es un procedimiento quirúrgico que consiste en realizar una pequeña incisión a nivel del perineo de la mujer y así facilitar el expulsivo, tiene como objetivo evitar una rotura traumática del perineo, siendo dos tipos principales: la mediana y la episiotomía mediolateral (44).

**Parto instrumentado:** Los partos vaginales instrumentados representan alrededor del 15-20 % del total de partos vaginales. El instrumento (fórceps / espátulas / ventosa) se aplica sobre la cabeza fetal y se obtiene la presentación mediante tracción de la misma y/o ampliando el canal del parto. (45)

**Desprendimiento de la placenta normo incerta:** Es la separación parcial o total de la placenta de su inserción decidual en el fondo uterino, previa al nacimiento del feto. (46)

**Lactancia materna precoz.** Es el suministro de leche materna al neonato durante la primera hora de vida, así se asegura que recibe el calostro, rico en factores de protección (47).

**Rotura prematura de membranas:** La rotura de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico. (48)

**Corioamnionitis:** Es una infección que produce inflamación del líquido amniótico, la placenta, el feto, las membranas fetales o la decidua, suele ser el resultado de la migración ascendente de la microflora cervicouterina o vaginal. (49).

**Paridad:** Se denomina al parto sea por cualquier vía (vaginal o por cesárea) de uno o más productos (vivos o muertos), que pesan 500gramos o más o que poseen más de 20semanas de gestación. (50)

**Hábitos nocivos:** conductas o estilos de vida no saludables que pueden tornarse adictivas (51).

**Edad gestacional:** La **edad gestacional** es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Un embarazo normal puede ir desde 38 a 42 semanas (52).

**Presentación:** Es la parte del feto que toma contacto con el estrecho superior de la pelvis, ocupándolo en gran parte y que puede desencadenar un trabajo de parto. Existen dos clases de presentaciones: cefálica y pelviana. (53)

**Frecuencia cardíaca:** Frecuencia cardíaca al número de pulsaciones (latidos del corazón) por unidad de tiempo. Esta frecuencia suele expresarse en pulsaciones por minuto (54).

**Presión arterial:** Fuerza que ejerce la sangre que circula contra las paredes de las arterias. La presión arterial se toma mediante dos mediciones: sistólica (medida cuando el corazón late, cuando la presión arterial está en su punto más alto) y diastólica (medida entre latidos cardíacos, cuando la presión arterial está en su punto más bajo) (55).

## **CAPITULO III: METODOLOGIA**

### **3.1 Tipo de estudio**

Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, correlacional, retrospectivo, de razón de prevalencia. Se trabajó con una muestra seleccionada del total de partos ocurridos durante el periodo de Enero a Diciembre del año 2018.

### **3.2 Universo y muestra**

La población lo constituyen todas las pacientes que se hospitalizaron en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital III de Emergencias Grau durante el periodo Enero a Diciembre del año 2018 siendo la población 3589.

El tamaño de muestra se determinó con el programa Epi Info 7.0 de la OMS (el cual es un programa de dominio público para fines de investigación el cual se encuentra disponible de forma gratuita en la página oficial de la OMS y del Centro de control de enfermedades de Atlanta (CDC)) el cual calculó el tamaño muestral con un nivel de confianza del 95% y 5% de margen de error, determinándose como tamaño muestral 130 historias clínicas. Para determinar los componentes de la muestra se realizó un muestreo aleatorio simple mediante la aplicación de un software contenido en el paquete estadístico STATA que de acuerdo al tamaño poblacional es mucho más factible y confiable, seleccionándose a las pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. De las cuales se recolectó los datos requeridos de estas historias clínicas obstétricas en la ficha de recolección de datos previamente validada.

**StatCalc - Sample Size and Power**

**Population survey or descriptive study**  
**For simple random sampling, leave design effect and clusters equal to 1.**

Population size:	999999	Confidence Level	Cluster Size	Total Sample
Expected frequency:	6%	80%	37	37
Acceptable Margin of Error:	5%	90%	61	61
Design effect:	1,0	95%	87	87
Clusters:	1	97%	106	106
		99%	150	150
		99.9%	244	244
		99.99%	341	341

Fuente: Epi Info 7.0 de La Organización Mundial De La Salud.

### 3.3 Criterios de elegibilidad

#### Criterios de inclusión:

- Puérpera inmediata de parto intrahospitalario, por vía vaginal y cesárea

#### Criterios de exclusión:

- Que no se cuente con datos completos en las historias clínicas sobre la entidad a estudiar y la conducta terapéutica de esta.
- Historias clínicas de pacientes referidas.

## 3.4 Variables

### 3.4.1 Variables implicadas

#### 3.4.1.1 Variable independiente

- **Antecedentes Obstétricos**
  - Aborto(s)
  - Antecedente de hemorragia postparto.
  - Antecedente de legrado uterino
  - Periodo intergenésico.
  - Cirugía uterina previa
  - Fibroma(s) uterino(s)
- **Factores durante la gestación.**
  - Controles prenatales.
  - Ganancia de peso.
  - Diabetes gestacional.
  - Volumen de líquido amniótico.
  - Estados hipertensivos de la gestación
    - HTA gestacional
    - HTA crónica
    - Preeclampsia,
    - Eclampsia.
    - Síndrome de HELLP.
  - Hemoglobina y hematocrito (antes del parto).
- **Factores intraparto y postparto.**
  - Tipo de parto
  - Alumbramiento dirigido.
  - Duración del trabajo de parto
  - Maniobra de kristeller
  - Inducción o conducción del trabajo de parto.
  - Episiotomía.

- Parto instrumentado.
- Desprendimiento de la placenta normo incerta
- Lactancia materna precoz.
- Peso de la placenta.
- Rotura prematura de membranas.
- Corioamnionitis.
  
- **Factores maternos.**
  - Edad de la madre.
  - Paridad.
  - Hábitos nocivos (alcohol, tabaco).
  - Índice de masa corporal
  
- **Factores fetales.**
  - Edad gestacional.
  - Peso al nacer.
  - Presentación fetal.
  
- **Conducta terapéutica**
  - Funciones vitales postparto:
    - Frecuencia cardiaca
    - Presión arterial
  - Estado mental
  - Canalización de vía endovenosa
  - Reposición de volumen
  - Clasificación del grado de shock
  - Uso de úterotónicos
  - Uso de análogos de prostaglandina E1.
  - Masaje bimanual
  - Extracción de placenta
  - Histerectomía.



#### 3.4.1.2 Variable dependiente

- Hemorragia postparto primaria (dos primeras horas). Atonía uterina, Retención de placenta, Trauma obstétrico, Retención placentaria, inversión uterina.

#### 3.4.2 Variables no implicadas

- Procedencia.
- Grado de instrucción.
- Estado civil.
- Ocupación.
- Estado socioeconómico

### 3.5 Operacionalización de variables

#### 3.5.1 Variables implicadas

##### 3.5.1.1 Variable dependiente

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PROCESO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL
<b>HEMORRAGIA POSTPARTO PRIMARIA.</b>	<p>Pérdida de más de 500 ml de sangre después de un parto vaginal o más de 1000 ml de sangre después de una cesárea, en las primeras 2 horas del puerperio o inestabilidad hemodinámica dentro de las primeras 2 horas post parto.(2)</p> <p>También se define por:</p> <p>a). Sangrado postparto con cambios hemodinámicas que requiere transfusión de sangre.</p> <p>b). Caída del hematocrito en más del 10%/y/o 2.9 gr % en la Hb.</p> <p>c). Pérdida de sangre mayor al 1% del peso corporal.</p>	Cualitativa	Indirecta	<p>Pérdida de más de 500 ml de sangre después de un parto vaginal o más de 1000 ml de sangre después de una cesárea, en las primeras 2 horas.</p>	Nominal	Mediante la recolección de los datos de los registros del parto y puerperio inmediato consignados en la historia clínica.	Si ( ) No ( )	La expresión final de la variable será: la presencia de la hemorragia postparto ocurrida dentro de las 2 primeras horas.
<b>C</b>	<b>Atonía vaginal abundante con útero aumentado de tamaño, que no se contrae (33).</b>	Cualitativa	Indirecta	Falta de contracción uterina, con útero por encima de la cicatriz umbilical.	Nominal	Mediante la recolección de los datos de los registros del parto y puerperio inmediato consignados en la historia clínica.	Si ( ) No ( )	La expresión final de la variable será: La presencia o no de la falta de contracción uterina.
<b>A</b>	<b>Retención placentaria.</b>	Cualitativa	Indirecta	El tiempo en minutos de la adhesión placentaria que dependerá del tipo de alumbramiento ya sea espontaneo o dirigido.	Nominal	Mediante la recolección de los datos de los registros del parto y puerperio inmediato consignados en la historia clínica.	<p>Si ( ) No ( )</p> <p>Si es si el tipo de alumbramiento fue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Espontáneo ( )</li> <li>▪ Dirigido ( )</li> </ul> <p>Tiempo de retención placentaria: ____ min.</p>	La expresión final de la variable será: la retención o no de la placenta, y si hay retención especificar el tipo de alumbramiento y tiempo de retención.
<b>U</b>	<b>Placenta adherida por más de 30 minutos en alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos si se realizó alumbramiento dirigido (33).</b>	Cualitativa	Indirecta					
<b>S</b>								

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PROCESO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL
C	<b>Lesión del canal de parto.</b> <b>Desgarros:</b> Los desgarros del periné son los más frecuentes y afectan la piel de la vulva, vagina y músculos perineales en grados variables y extensión diversa. Se clasifican en 4 grados de acuerdo al compromiso de piel, mucosa, músculo y esfínter rectal: Grado I Grado II Grado III Grado IV respectivamente. (33)	Cualitativa	Indirecta	Laceraciones del canal vaginal en el parto.	Ordinal	Mediante la recolección de los datos de los registros del parto y puerperio consignados en la historia clínica.	Laceración : sí () No () Desgarro : sí () No () <b>Grados</b> a. 1er grado () b. 2do grado () c. 3ro grado () d. 4to grado ()	La expresión final de la variable será: la presentación de laceración en el canal de parto o desgarro y si es desgarro el grado que va del I al IV grado.
A								
U	Útero no palpable a nivel del abdomen, tumoración que se palpa en canal vaginal o protruye por fuera del canal vaginal (33).							
S								
A		Cualitativa	Indirecta	La palpación del útero como tumoración en el canal vaginal o protrusión por fuera de este consignado en la historia clínica.	Nominal	Mediante la recolección de los datos de los registros del parto y puerperio consignados en la historia clínica.	Si (—) No (—)	La expresión final de la variable será: La presentación o no de la inversión uterina.
S								

3.5.1.2

Variables independientes

Antecedentes Obstétricos

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PROCESO DE MEDICIÓN	EXPRÉSION FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL
<b>Aborto(s)</b>	La OMS define el aborto como la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno, con un embrión o feto de menos de 500 gramos de peso, que se alcanza a las 22 semanas. (36)	Cuantitativa	Indirecta	Número de aborto(s) previos.	Nominal	Mediante la recolección de los datos de cartillas de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	Número de aborto(s) : _____	La expresión final de la variable será paciente con antecedente de aborto(s) expresado en número de aborto(s).
<b>Período intergenésico</b>	Tiempo entre un parto y otro menor a los 18 meses (37).	Cualitativa	Indirecta	Periodo de tiempo en meses a partir del último parto.	Nominal	Mediante la recolección de los datos de cartillas de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	Número de meses: _____	La expresión final de la variable será paciente con periodo intergenésico expresado en número de meses.
<b>Antecedente de legrado uterino.</b>	Presentación de un cuadro gineobstétrico que haya requerido el procedimiento de legrado uterino.	Cualitativa	Indirecta		Nominal	Mediante la recolección de los datos de cartillas de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	Si () No () No sabe ()	La expresión final de la variable será:
<b>Antecedente de Hemorragia postparto</b>	Presentación de uno o varios cuadros de HPP en embarazos anteriores.	Cualitativa	Indirecta	Antecedente previo de hemorragia postparto según encuesta.	Nominal	Mediante la recolección de los datos de cartillas de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	si () No () No sabe ()	La expresión final de la variable será: paciente con antecedente de hemorragia postparto.
<b>Cirugía uterina previa</b>	Cirugía uterina como antecedente por patología uterina.	Cualitativa	Indirecta	Intervenciones uterinas previas según antecedente.	Nominal	Mediante la recolección de los datos de cartillas de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	si () No () Cuál : a) Miomectomía. () b) Otros.	La expresión final de la variable será: Cirugía uterina previa.
<b>Fibromas uterinos</b>	Los fibromas uterinos son tumores benignos (no cancerosos) en el útero, los fibromas causan problemas debido a su tamaño, cantidad y ubicación. (38)	Cualitativa	Indirecta	Antecedente o presencia de fibromas uterinos.	Nominal	Mediante la recolección de los datos de cartillas de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	si () No () No sabe () Tamaño : _____	La expresión final de la variable será: paciente con antecedente de fibroma uterino o presencia actual de fibroma(s) uterino.

• Factores durante la gestación

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PROCESO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL
<b>Control prenatal</b>	Definido como todas las acciones y procedimientos, periódicos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la Morbilidad y Mortalidad materna y perinatal (39)	Cuantitativa	Indirecta		Nominal	Mediante la recolección de los datos de cartillas de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	Número : _____	La expresión final de la variable será: El número de controles prenatales realizados.
<b>Tipo de Gestación</b>	Gestación con producto único o múltiple.	Cualitativa	Indirecta	Diagnóstico de embarazo único o múltiple.	Nominal	Mediante la recolección de los datos de cartillas de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	Número : _____	La expresión final de la variable será: Número de productos que concibe la gestante,
<b>Ganancia de peso</b>	Fenómeno influenciado por cambios fisiológicos y metabólicos maternos y placentario. (40)	Cuantitativa	Indirecta	Diferencia de peso expresado en Kg, del peso al inicio del embarazo y durante la hospitalización para el parto.	Nominal	Mediante la recolección de los datos de cartillas de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	Diferencia de peso: _____	La expresión final de la variable será: La ganancia de peso durante la gestación se expresará en Kg ganados durante la gestación.
<b>Diabetes Gestacional.</b>	Diabetes gestacional. La diabetes mellitus gestacional es una afección en mujeres que tienen intolerancia a los carbohidratos con inicio o reconocimiento durante el embarazo. (41)	Cualitativa	Indirecta	Diagnóstico de Diabetes gestacional.	Nominal	Mediante la recolección de los datos de cartillas de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	Si ( ) No ( ) Si es si ¿A los cuantos meses de embarazo se diagnosticó? _____ meses de embarazo. Tratamiento: _____.	La expresión final de la variable será: La presentación o no de diabetes gestacional, a los cuantos meses se realizó el diagnóstico y el tratamiento que sigue.
<b>Alteración de Volumen de líquido amniótico.</b>	Referido al déficit o aumento de líquido amniótico por alteración de los mecanismo de regulación, donde se tiene el polihidramnios (con un índice de líquido amniótico (ILA) > de 20 a 25) o el oligohidramnios con un ILA < de 5 (42).	Cualitativa	Indirecta	Alteración en volumen del líquido amniótico en la gestación actual.	Nominal	Mediante la recolección de los datos de cartillas de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	ILA : _____ (ml ) Pozo mayor : _____ (cm)	La expresión final de la variable será: volumen de líquido amniótico expresado en ml (ILA) o cm (pozo mayor).

• Factores durante la gestación.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURA LEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PROCESO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL
E S T A D O S	Hipertensión gestacional: elevación de la presión arterial en ausencia de proteinuria, encontrados en una gestante después de la semana 22 de gestación, o diagnosticada por primera vez en el puerperio(43)	Cualitativa	Indirecta	Diagnóstico de Hipertensión gestacional.	Nominal	Mediante la recolección de los datos de cartillas de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	HTA gestacional: Si ( ) No ( ). Tratamiento: _____	La expresión final de la variable será: La presencia o no de la Hipertensión gestacional.
	Trastorno grave de la presión arterial alta que puede afectar a la gestante y el feto. Ocurre después de las 22 semanas de gestación, o diagnosticada por primera vez en el puerperio(44).	Cualitativa	Indirecta	De acuerdo a los criterios diagnósticos de la guía de emergencias obstétricas y perinatales del ministerio de salud.	Nominal	Mediante la recolección de los datos de cartillas de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	<p><u>Preclamsia Leve:</u></p> <p>a) PAS &lt; 160 o diastólica &lt; de 110 mmHg.  b) Proteinuria cualitativa 1 +(test de ácido sulfosalicílico) o 2+(tira reactiva) o con proteinuria ≥ 300 mg en orina de 24 horas,  c) No presentan daño en otro órgano blanco.</p> <p><u>Preclamsia severa:</u>  Ante la presencia de cualquiera de los siguientes hallazgos se considera severa.  a) PA sistólica ≥160 mmHg o PA diastólica igual o mayor de ≥ 110 mmHg.  b) Proteinuria ≥ 2gr en orina de 24 horas, y/o ≥ 2 + al usar tira reactiva o Acido Sulfosalicílico.  c) <b>Evidencia de daño de órgano blanco</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trombocitopenia &lt; 100,000/mL</li> <li>▪ Compromiso de la función hepática: elevación de transaminasas,(TGO y/o TGP ≥ 70 UI/ml ) o dolor en cuadrante superior derecho o epigástrico.</li> <li>▪ Creatinina sérica ≥ 1.2 mg/dl</li> <li>▪ Compromiso neurológico definido por cefalea persistente y alteraciones visuales (irritación cortical) ( ):_____</li> <li>▪ Edema pulmonar o cianosis.( )_____</li> <li>▪ Insuficiencia renal progresiva.</li> </ul>	La expresión final de la variable será:
H I P E R T E N S I V O S								

• Factores durante la gestación

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PROCESO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL
E S T A D O S H I P E R T E N S I V O S	<b>Eclampsia</b>	Eclampsia: síndrome convulsivo y/o evento neurológico agudo, en gestantes con preeclampsia (43).	Indirecta	De acuerdo a los criterios diagnósticos de la guía de emergencias obstétricas y perinatales del ministerio de salud.	Nominal	Mediante recolección de los datos de cartillas de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	¿Ocurrió Convulsión y/o evento neurológico asociado a la presentación de preeclampsia severa? Si ( ) No ( ) Tratamiento : _____	La expresión final de la variable será: la presentación de algún evento neurológico y/o convulsivo en el contexto de una preeclampsia severa.
	<b>Hipertensión crónica</b>	Presencia de hipertensión arterial diagnosticada previa al embarazo o antes de las 20 semanas de gestación, o no se controla pasadas las 12 semanas (43).	Indirecta	Presión arterial elevada antes del embarazo y/o antes de las 22 semanas de gestación.	Nominal	Mediante recolección de los datos de cartillas de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	Si ( ) No ( ) Si es si ¿Cuál es el tiempo de diagnóstico? _____ Años. Tratamiento: _____.	La expresión final de la variable será: La presentación o no de la hipertensión crónica consignado como antecedente en la historia clínica.
	<b>Síndrome de HELLP.</b>	Es una de las complicaciones maternas y fetales más graves durante el embarazo. El 10% de los embarazos complicados con preeclampsia severa o eclampsia son afectados por el SH.; de acuerdo a sus siglas en inglés comprende hemólisis, aumento enzimas hepáticas y trombocitopenia (45).	Cualitativa	Indirecta	De acuerdo a los criterios diagnósticos de la guía de emergencias obstétricas y perinatales del ministerio de salud, que debe de cumplir por lo menos uno de los criterios para catalogarlo como síndrome de HELLP.	Nominal	Mediante recolección de los datos de cartillas de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	¿Se presentó alguno de los criterios siguientes? a) Esquistositos fragmentados en lámina periférica). ( ) b) Plaquetas: < 100 000 /MI ( ). c) Deshidrogenasa láctica (LDH) > 600 U/L ( ). d) Aspartato transaminasa (AST/TGO). > 70 U/L ( ). e) Alanina transaminasa (ALT/TGP). > 70 U/L ( ). f) Bilirrubina Total: > 1.2mg/100 mL. Tratamiento : _____
<b>Hemoglobina y hematocrito</b>	<b>Hemoglobina:</b> Proteína de la sangre, de color rojo característico, que transporta el oxígeno desde los órganos respiratorios hasta los tejidos.(46) <b>Hematocrito:</b> Cantidad de sangre total compuesta de glóbulos rojos. Se puede usar para determinar la presencia de afecciones como la anemia, la deshidratación, la desnutrición y la leucemia (47).	Cuantitativa	Indirecta	Expresión numérica de los valores de la hemoglobina y hematocrito tomados en la hospitalización de la paciente.	Nominal	Mediante recolección de datos de la cartilla de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	<b>Hemoglobina:</b> _____ g/dl <b>Hematocrito:</b> _____%	La expresión final de la variable será: nivel de hemoglobina y hematocrito antes del parto.

• Factores Intra parto y postparto.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PROCESO DE MEDICIÓN	EXPRÉSION FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL
<b>Tipo de parto</b>	Proceso que provoca la salida del feto desde el interior del útero materno a la vida extrauterina. <b>Parto eutócico</b> (normal) es aquel evento fisiológico en que los factores del trabajo de parto: conducto (tejidos óseos y blancos de la pelvis materna), (contracciones uterinas, feto y placenta interactúan en forma fisiológica y determinan la expulsión de los productos de la concepción (feto cefálico) por vía vaginal sin complicaciones (48).	Cualitativa	Indirecta	Vía de parto ya sea vaginal o abdominal.	Nominal	Mediante la recolección de datos de la cartilla de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	<input type="radio"/> Vaginal ( ) <input type="radio"/> Cesárea ( ) <input type="radio"/> Si es cesárea ¿Cuál fue el motivo de la cesárea: a) Macrosómico b) Cesárea iterativa. c) Podálico d) Preclampsia severa. e) Eclampsia. f) Otros: _____	La expresión final de la variable será: tipo de parto ya sea vaginal o cesárea y si es cesárea el motivo de la cesárea.
<b>Alumbramiento dirigido.</b>	Intervención en el tercer periodo del parto mediante el uso de uteróticos, el recomendado por la OMS ; oxitocina 10 UI IM /EV, para prevenir la HPP inmediatamente después del expulsivo (49).	Cualitativa	Indirecta	Uso de oxitocina 10 UI inmediatamente después del nacimiento del neonato.	Nominal	Mediante la recolección de datos de la cartilla de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	<input type="checkbox"/> Si ( ) No ( ) <b>Si es si ¿ Cuántas UI de oxitocina se usaron? (UI)</b>	La expresión final de la variable será: el uso de uteróticos en el alumbramiento, la cantidad de UI de oxitocina usados
<b>Duración del trabajo de parto</b>	Tiempo de duración de trabajo de parto dependiendo al tipo de gestante primipara o multipara (50).	Cualitativa	Indirecta	Adecuado entre las 24 a 14 horas de trabajo de parto en las multiparas y primiparas respectivamente.  Precipitado: < de 2 horas en primiparas;< de 1 hora en multiparas.  Parto prolongado > de 24 horas en primiparas y > de 14 horas en multiparas.	Nominal	Mediante la recolección de datos de la cartilla de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	<b>Tiempo: _____ horas.</b>	La expresión final de la variable será: duración de trabajo de parto expresado en horas.
<b>Maniobra de kristeller</b>	Maniobra en la que alguien presiona el abdomen de la madre (el fondo del útero) hacia abajo, para conseguir que el feto salga o como mínimo llegue a la coronación (51).	Cualitativa	Indirecta	Maniobra en la que alguien presiona el fondo del útero hacia abajo, para conseguir que el feto salga o como mínimo llegue a la coronación.	Nominal	Mediante la recolección de datos de la cartilla de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	<input type="checkbox"/> Si ( ) No ( )	La expresión final de la variable será: aplicación o no de la maniobra de kristeller.



• Factores Intra parto y postparto.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICION	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PROCESO DE MEDICION	EXPRESION FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL
<b>Inducción o conducción del trabajo de parto</b>	Es un conjunto de procedimientos dirigidos a provocar contracciones uterinas de manera artificial con la intención de desencadenar el parto en el momento más adecuado para la madre y el feto. (52)  Conducción del trabajo de parto: Estimulación de las contracciones uterinas cuando las contracciones espontáneas han fallado en lograr una dilatación cervical progresiva y/o descenso del feto (53).	Cualitativa	Indirecta	Uso de análogos de prostaglandina E1(misoprostol) y/o oxitócicos; para iniciar o conducir el trabajo de parto.	Nominal	Mediante recolección de datos de la cartilla de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	o Inducción de trabajo de parto. Si ( ) No( )  Si es si ¿Cuántas microgramos de misoprostol se usaron? : ____microgr.  Si es si ¿Cuántas Unidades de oxtocina se usaron? : ____UI  o Conducción de trabajo de parto. Si ( ) No( )  Unidades de oxtocina usados : _____	La expresión final de la variable será: o inducción de conducción de trabajo de parto y si se realizó.
<b>Episiotomía</b>	Procedimiento quirúrgico que se realiza durante el parto. Consiste en realizar una pequeña incisión a nivel del perineo de la mujer para agrandar la abertura y facilitar el expulsivo, hay dos tipos principales de episiotomía: la mediana y la episiotomía mediolateral (54).	Cualitativa	Indirecta	Tipo de episiotomía: medio lateral; mediana.	Nominal	Mediante recolección de datos de la cartilla de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	¿Cuál es el tipo de episiotomía que se realizó? a) Mediolateral ( ) b) Mediana ( )	La expresión final de la variable será: episiotomía: mediolateral o mediana.
<b>Parto instrumental</b>	Los partos vaginales instrumentados representan alrededor del 15-20 % del total de partos vaginales. El instrumento (fórceps / espátulas / ventosa) se aplica sobre la cabeza fetal y se obtiene la presentación mediante tracción de la misma y/o ampliando el canal del parto (55).	Cualitativa	Indirecta	Uso de valvas o fórceps en el parto.	Nominal	Mediante recolección de datos de la cartilla de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	Si ( ) No( )	La expresión final de la variable será: Parto instrumentado o no.

• Factores Intra parto y postparto.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PROCESO DE MEDICIÓN	EXRESION FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL
Controles puerperales	(cada 15 minutos las dos primeras horas post parto)	Cualitativa	Indirecta	Control cada 15 minutos del puerperio durante las dos primeras horas.	Nominal	Mediante la recolección de datos de la cartilla de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	<b>Si ( ) No ( )</b>	La expresión final de la variable será: cumplimiento o no de los controles puerperales c/15 min durante ls dos primeras horas.
Lactancia materna precoz.	Es el suministro de leche materna al neonato durante la primera hora de vida, así se asegura que recibe el colostro, rico en factores de protección (57).	Cualitativa	Indirecta	Contacto del recién nacido con la madre dentro de la primera hora postparto e inicio de la lactancia.	Nominal	Mediante la recolección de datos de la cartilla de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	<b>Si ( ) No ( )</b>	La expresión final de la variable será: contacto del recién nacido o no con la madre e inicio de la lactancia.
Peso de la placenta	Peso en gramos de la placenta y componentes ovulares ( ).	Cuantitativa	Indirecta	Expresión en gramos de la placenta y membranas ovulares.	Nominal	Mediante la recolección de datos de la cartilla de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	<b>Peso: _____gramos</b>	La expresión final de la variable será: Peso en gramos de la placenta y membranas ovulares.
<b>Rotura prematura de membranas</b>	Es la rotura de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico. (58)	Cualitativa	Indirecta	Rotura de las membranas ovulares antes del inicio del parto con pérdida de líquido amniótico. Evidenciada por el test de Helecho.	Nominal	Mediante la recolección de datos de la cartilla de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	<b>Si ( ) No ( )</b> Si es si ¿De cuantas horas es la rotura de membranas?: ___ Horas	La expresión final de la variable será: rotura o no de membranas ovulares y el tiempo desde su rotura hasta su detección expresado en horas.
<b>Coriamnionitis</b>	Infección inespecífica de la cavidad amniótica sus anexos y eventualmente del feto (bolsas o membranas amnióticas) que se origina durante la gestación a partir de las 22 semanas (59).	Cualitativa	Indirecta	Se diagnosticara con algunos de los criterios mencionados por el Ministerio de Salud.	Indirecta	Mediante la recolección de datos de la cartilla de control y atención del parto consignados en la historia clínica.	<b>Si ( ) No ( )</b>	La expresión final de la variable será: corioamnionitis será catalogado con la presencia de alguno de los criterios mencionados.

▪ **Factores maternos.**

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICION	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PROCESO DE MEDICION	EXPRESION FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL
<b>Edad materna</b>	Cuantificación de los años de vida de la gestante, transcurridos hasta el momento del ingreso hospitalario.	Cuantitativa	Indirecta	Edad materna en años	De Intervalo	Mediante la recolección de datos consignados en la historia clínica obstétrica.	▪ Años : _____	Edad de la madre expresada en años cumplidos al momento del ingreso hospitalario, en las siguientes categorías < 18 años, de 18 a 34 años y ≥ 35 años.
<b>Paridad</b>	Número de partos hasta el momento de ingreso hospitalario (60).	Cuantitativa	Indirecta	Número de partos previos	De razón	Mediante la recolección de datos consignados en la historia clínica.	▪ Número de partos : _____	Se expresará como: Nuliparidad, primiparidad, 2-3 partos, multiparidad cuyo indicador será el número de partos previos
<b>Hábitos nocivos</b>	Estilos de vida y conducta dañinos para la salud materna y fetal (61).	Cualitativa	Indirecta	Consumo de algún tipo de sustancia nociva durante la gestación actual (alcohol, tabaco, otros).	Nominal	Mediante la recolección de datos consignados en la historia clínica.	▪ Tabaco Si ( ) años:____ No() ▪ Alcohol Si ( ) años:____ No() ▪ Otros _____	Consumo de algún tipo de sustancia nociva durante la gestación actual. Afirmando o negando el uso de alguna
<b>Índice de masa corporal.</b>	Es un número que se calcula con base en el peso y la estatura, indicador confiable de la gordura.	Cuantitativa	Indirecta	Peso de la madre en kilogramos sobre la talla en metros al cuadrado en la hospitalización.	Nominal	Mediante la recolección de datos consignados en la historia clínica	_____ kg/m <sup>2</sup>	Se expresará como:IMC expresado en kg/m <sup>2</sup> al final de la gestación.

• Factores fetales.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PROCESO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Edad gestacional al al nacer.	Edad gestacional en semanas del neonato según escala de Capurro (62).	cuantitativa	indirecta	Edad gestacional en semanas del neonato según escala de capurro.	De intervalo	Mediante la recolección de datos consignados en la historia clínica obstétrica.	Semanas: _____	La expresión final de la variable será: edad gestacional del neonato al nacer.
Peso al nacer	Peso en gramos al nacimiento del neonato.	Cuantitativa	indirecta	Peso en gramos al nacimiento del neonato.	Ordinal	Mediante la recolección de datos consignados en la historia clínica obstétrica.	Gramos : _____	La expresión final de la variable será: peso en gramos del producto. Macrosomia > 4000 g, A termino 2.5 -3.9 kg, Bajo peso <2500 g , Muy bajo peso < 1500 g Extremado bajo peso. < 1000g.
Presentación fetal.	Es la parte del feto que toma contacto con el estrecho superior de la pelvis, ocupándolo en gran parte y que puede desencadenar un trabajo de parto. Existen dos clases de presentaciones: cefálica y pelviana (63).	cualitativa	Indirecta	Parte fetal que se encuentra en contacto con pelvis superior determinado por ecografía o Maniobras de Leopold.	Nominal	Mediante la recolección de datos consignados en la historia clínica obstétrica.	a) Cefálico (), b) Podálico (). c) Transversal () d) Oblicuo () e) Otros: _____	La expresión final de la variable será:  Presentación fetal: cefálica o podálica.
Longitud del cordón umbilical	Magnitud física que expresa la distancia entre dos puntos. (64)	Cuantitativa	Indirecta	expresión en cm de la longitud del cordón umbilical.	Nominal	Mediante la recolección de datos consignados en la historia clínica obstétrica.	Tamaño : _____ (cm)	La expresión final de la variable será: longitud en cm del cordón umbilical.

• **Conducta terapéutica**

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURAL EZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PROCESO DE MEDICION	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL
<b>Frecuencia cardiaca</b>	Frecuencia cardiaca al número de pulsaciones (latidos del corazón) por unidad de tiempo. Esta frecuencia suele expresarse en pulsaciones por minuto (65).	Cuantitativa	Indirecta	Número de pulsaciones por minuto, medido en la muñeca derecha de la paciente.	Nominal	Mediante recolección de datos consignados en la historia clínica obstétrica.	____ latidos / min	La expresión final de la variable será: número de pulsaciones por minuto.
<b>Presión arterial</b>	Fuerza que ejerce la sangre que circula contra las paredes de las arterias (67).	Cuantitativa	Indirecta	Medición de la presión sistólica sobre la diastólica.	Nominal	Mediante recolección de datos consignados en la historia clínica obstétrica.	____ mmHg	La expresión final de la variable será: la presión sistólica sobre la presión diastólica.
<b>Estado mental</b>	Estado mental referida al rendimiento cognitivo en general influenciada por determinadas variables: edad, sexo, lenguaje, educación, antecedentes familiares, déficits sensoriales, consumo de fármacos o drogas, etc (70).	Cualitativa	Indirecta	Estado de alerta de la paciente al momento del diagnóstico de la HPPP.	Nominal		Estado mental: a) Normal b) Agitado c) Confuso d) Letárgico	La expresión final de la variable será: Estado de alerta de la paciente en el posparto expresado como : normal , agitado , confuso o letárgico.
<b>Canalización de vía endovenosa</b>	Es la acción de colocar un catéter plástico corto y pequeño que se introduce a través de la piel dentro de una vena, usualmente en la mano, el codo o el pie (72).	Cualitativo	Indirecta	Indicación del número y calibre del catéter registrados en la historia clínica.	Nominal	Mediante la recolección de datos consignados en la historia clínica obstétrica.	Numero de vías que se colocaron : _____	La expresión final de la variable será: el número de vías que se utilizaron frente al evento.
<b>Clasificación del grado de shock</b>	Shock: Es una afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre o líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo (75).	Cualitativo	Indirecta	Determinación de la clasificación del grado de shock consignado en la historia clínica.	Nominal	Mediante la recolección de datos consignados en la historia clínica obstétrica.	Lo clasificaron? Si() NO() Si es si que Grado : _____	La expresión final de la variable será: La clasificación o no del grado de shock , y si es si fue de I , II o III grado.

• **Conducta terapéutica**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PROCESO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL
<b>Uso de análogos de prostaglandina.</b>	Administración de Misoprostol intrarrectal principalmente. Misoprostol por vía rectal es efectivo, seguro y bien tolerado para controlar la HPP por atonía uterina. Se presenta como una gran alternativa para controlar problemas de HPP en lugares apartados que no cuentan con recursos técnicos apropiados.	Cualitativa	Indirecta	Uso de misoprostol. Consignado en la indicación terapéutica registrada en la historia clínica.	Nominal	Mediante recolección de datos de Historia clínica.	Si ( ) No ( ) Si es si: _____ microgramos de misoprostol.	La expresión final de la variable será: El uso de análogos de prostaglandina y la cantidad utilizada expresada en microgramos.
<b>Compresión bimanual uterina.</b>	Maniobra muy útil en caso de atonía uterina que mediante la compresión permite una mejor contracción uterina.	Cualitativa	Indirecta	Uso de la compresión bimanual consignado en la indicación terapéutica registrada en la historia clínica.	Nominal	Mediante recolección de datos de Historia clínica.	Si ( ) No ( )	La expresión final de la variable será: la aplicación o no de la técnica de aplicación de compresión bimanual.
<b>Terapia antifibrinolítica.</b>	Administración de un medicamento que ayuda a coagular la sangre.	Cualitativa	Indirecta	Administración de ácido tranexámico consignado en la indicación terapéutica registrada en la historia clínica.	Nominal	Mediante recolección de datos de Historia clínica.	Si ( ) No ( )	La expresión final de la variable será: El uso o no de ácido tranexámico.
<b>Globo de compresión o balón intrauterino.</b>	Técnica utilizada que consiste en colocar un globo de compresión intraútero.	Cualitativa	Indirecta	Técnica de colocación de globo intrauterino consignado en la indicación terapéutica registrada en la historia clínica.	Nominal	Mediante recolección de datos de Historia clínica.	Si ( ) No ( )	La expresión final de la variable será:
<b>Sutura de lesión del canal de parto.</b>	Uso de catgut crómico para tratar de reparar la lesión de continuidad producida durante el parto.	Cualitativa	Indirecta	Uso de catgut crómico 2/0, para reparar lesiones del canal del parto consignado en la indicación terapéutica registrada en la historia clínica.	Nominal	Mediante recolección de datos de Historia clínica.	Si ( ) No ( )	La expresión final de la variable será:
<b>Procedimiento B-Lynch</b>	Sutura mediolateral en banda alrededor del cuerpo uterino, el cual comprime el útero de forma duradera.	Cualitativa	Indirecta	Procedimiento consignado en la indicación terapéutica registrada en la historia clínica.	Nominal	Mediante recolección de datos de Historia clínica.	Si ( ) No ( )	La expresión final de la variable será:
<b>Histerectomía</b>	Operación quirúrgica que consiste en extirpar el útero total o parcialmente.	Cualitativa	Indirecta	Operación quirúrgica consignada en la indicación terapéutica registrada en la historia clínica.	Nominal	Mediante recolección de datos de Historia clínica.	Si ( ) No ( )	La expresión final de la variable será:

**2.5.5 variables no implicadas:**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURAL DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PROCESO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL
<b>Grado de instrucción</b>	Nivel de estudios alcanzados de la gestante, hasta el momento del ingreso hospitalario.	Cualitativa	Indirecta	Nivel de escolaridad alcanzado	Ordinal	Mediante la recolección de datos consignados en la historia clínica obstétrica.	a) Sin instrucción b) Primaria incompleta c) Primaria completa d) Secundaria incompleta e) Secundaria completa f) Superior técnica g) Superior universitaria	Será el más alto grado académico alcanzado por la madre. Se expresará como: sin instrucción, Primaria incompleta, Primaria completa, Secundaria incompleta, Secundaria completa, Superior técnica, superior universitaria
<b>Procedencia</b>	Lugar donde conforme su hogar y del cual acude para atención hospitalaria.	Cualitativo	Indirecta	Lugar de procedencia de la madre últimos 5 años.	Nominal	Mediante la recolección de datos consignados en la historia clínica obstétrica.	a) Urbano b) marginal	Será el lugar de donde procede la madre y se expresara como rural, urbano, marginal.
<b>Estado civil</b>	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.(estado)	Cualitativa	Indirecta	Estado civil actual de la madre	Nominal	Mediante la recolección de datos consignados en la historia clínica obstétrica.	a) Soltera b) Casada c) Conviviente d) Otro:_____	La expresión final de la variable será: Soltera, Casada y Conviviente cuyo indicador es el estado civil actual de la madre y el procedimiento para medirla será a través de la ficha de recolección de datos
<b>Ocupación</b>	Oficio laboral desempeñado en el área pública o privada.	Cualitativo	Indirecta	Actividad que realiza la madre	Nominal	Mediante la recolección de datos consignados en la historia clínica obstétrica.	a) Ama de casa b) Empleada c) Comerciante d) Estudiante e) Profesional f) Otro:_____	La expresión final de la variable será: ama de casa, empleada, comerciante, estudiante, profesional u otro cuyo indicador será la actividad u oficio que desempeña la madre y el procedimiento para medirla será a través de la ficha de recolección de datos.
<b>Nivel socioeconómico.</b>	Estrato socioeconómico en función de las características sociales y económicas del núcleo familiar.	Cuantitativo	Indirecta	Ingresos familiares mensuales en promedio.	Ordinal	Mediante la recolección de datos consignados en la historia clínica obstétrica.	• Soles que gana al mes:_____	Se 3 niveles socioeconómicos de acuerdo con los ingresos familiares mensuales en promedio. Como alto,medio y bajo.

### 3.6 Secuencia metodológica

- Una vez aprobado el tema y terminado el proyecto se presentó a la autoridad de la Escuela de Medicina Humana una solicitud para la aprobación de la sustentación ante el jurado A al 50%.
- Con las correcciones ante el jurado A al 50% se procedió a solicitar el permiso al comité de investigación del hospital donde se realizó el estudio.
- Se identificó la historia clínica, historia perinatal e informes postoperatorios de las pacientes que se obtuvieron mediante el muestreo aleatorio.
- Los datos recolectados, se pasaron a una base de datos pasados a un a base de datos usando el programa Microsoft Excel 2013 y se realizó el procesado de los datos en el paquete estadístico STATA (cuyo significado resulta de la unión de dos palabras en ingles statistics (estadística) y data (datos)), obteniendo tablas en función a los objetivos.
- Se procedió a presentar y sustentar el proyecto final ante el jurado A al 100 %, levantando las correcciones hechas en la presentación.
- Con las correcciones correspondientes se procedió a solicitar Jurado B, ante el cual se sustentará esperando su aprobación.

### 3.7 Manejo de data

Para el análisis de los datos, primero se realizó un análisis univariado, donde se hizo uso de la estadística descriptiva para cada una de las variables estudiadas por separado.

Se hizo uso de las Medidas de tendencia central, el análisis multivariado (chi cuadrado prueba de Fisher) haciendo uso también de la estadística inferencial, todo ello se calculó con el paquete estadístico STATA .

Al ser este un estudio transversal del tipo correlacional se halló como medida de significancia estadística la Razón de Prevalencia (RP), con su respectivo intervalo de confianza siendo en este estudio del 95% y con su respectivo valor de p, para valorar la asociación.

Se interpretará como factor de riesgo si el valor del RP es mayor de la unidad, y los valores extremos del intervalo de confianza son mayores a la unidad, y el valor de p es menor de 0.05. Y como factor protector si el RP es menor a la



unidad, al igual que los valores extremos del intervalo de confianza, con el respectivo valor de  $p$  menor a 0.05 para indicar que hay asociación estadísticamente significativa.

## CAPITULO IV: RESULTADOS

### ANÁLISIS DE LAS VARIABLES

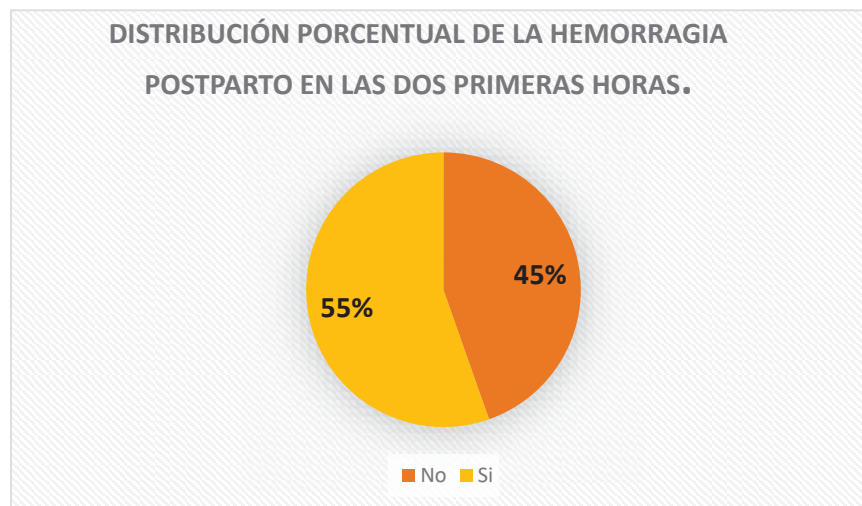
#### VARIABLE DEPENDIENTE

**TABLA 1: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA DISTRIBUCION DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN LAS DOS PRIMERAS HORAS DEL TOTAL DE MUESTRA OBTENIDA DEL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018.**

Hemorragia Post Parto primaria dentro de las dos primeras horas.	Frecuencia	Porcentaje
No	58	44.62 %
Si	72	55.38 %
Total	130	100.00 %

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

**GRÁFICO 1: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN LA MUESTRA TOTAL EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018.**



Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

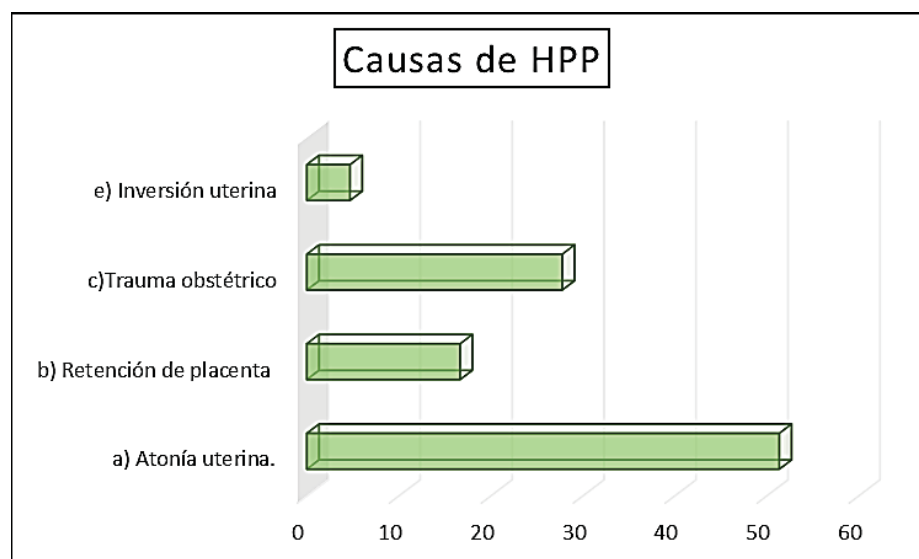
En el muestreo aleatorio se obtuvo 130 historias clínicas de puérperas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, Las pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas fueron 72 (55.38 %) del total.

**TABLA 2. CAUSAS DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN LAS DOS PRIMERAS HORAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018.**

CAUSAS DE HEMORRAGIA POSTPARTO EN LAS DOS PRIMERS HORAS.	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Atonía uterina.	37	51.38 %	62.49 %
Retención de placenta	12	16.67 %	68.06 %
Trauma obstétrico	20	27.78 %	95.83 %
Inversión uterina	3	4.17 %	100.00 %
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100.00 %</b>	

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

**GRAFICO 2.CAUSAS DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO PRIMARIA EN LAS DOS PRIMERAS HORAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018.**



Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

**INTERPRETACIÓN:** De entre las causas de la hemorragia postparto primaria dentro de las dos primeras horas, la atonía uterina fue la principal causa con 51.38% seguido de trauma obstétrico con 27.78 %.

**TABLA 3: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL TIPO DE PARTO DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018.**

TIPO DE PARTO	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTAJE
<b>VAGINAL</b>	52	72.22 %	43	74.14 %
<b>CESÁREA</b>	20	27.78 %	15	25.86 %
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100.00 %</b>	<b>58</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes las puérperas con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas tuvieron parto vaginal el 72.22% y parto por cesárea 27.78%; de las pacientes que no tuvieron hemorragia postparto el parto vaginal represento el 74.14%.

**TABLA 4: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL MOTIVO DE LA CESÁREA DE PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO EN LAS DOS PRIMERAS HORAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018.**

MOTIVO DE CESÁREA	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTAJE
MACROSÓMICO	3	15.00	2	13.33
CESÁREA ITERATIVA	4	20.00	2	13.33
PODÁLICO	7	35.00	7	46.67
PELVIS ESTRECHA	3	15.00	1	6.67
PREECLAMPSIA SEVERA	2	10.00	2	13.33
ECLAMPSIA.	1	5.00	1	6.67
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100.00 %</b>	<b>15</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas de acuerdo al tipo de parto el 26.92 % fue Cesárea y de este total el motivo por el cual se realizó la cesárea principalmente fue por podálico con un 31.43%, seguido de macrosomía con un 14.29%.

## VARIABLES INDEPENDIENTES

### ANTECEDENTES OBSTETRICAS

**TABLA 5: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL ANTECEDENTE DE ABORTO(S) DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018.**

ANTECEDENTE DE ABORTO(S)	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTAJE
SI	40	55.56	31	53.45
NO	32	44.44	27	46.55
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100.00%</b>	<b>58</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

Rp	IC 95%		p
1,82	1,14	1,92	0.021

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, tuvieron como antecedente de aborto(s) 55.56 % (40) y de las puérperas que no tuvieron hemorragia 53.45 % (31) tuvo el antecedente mencionado.

Las puérperas con el antecedente de aborto(s) tienen un riesgo de 1.82 veces mayor de probabilidad de presentar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas respecto a las mujeres sin ningún aborto previo.

**TABLA 6: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ANTECEDENTE DE HEMORRAGIA POST PARTO DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018.**

<b>Antecedente de hemorragia post parto</b>	<b>HEMORRAGIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>NO HEMORRAGIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SI</b>	45	62.50	44	75.86
<b>NO</b>	27	37.50	14	24.14
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100.00 %</b>	<b>58</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

<b>Rp</b>	<b>IC 95%</b>		<b>p</b>
<b>3.56</b>	<b>1.33</b>	<b>3.95</b>	<b>0.030</b>

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, tuvieron como antecedente de hemorragia postparto 62.5%. Y las que no tuvieron hemorragia 75.86% tuvieron dicho antecedente. El valor de p mayor de 0.05 no nos muestra significancia estadística.

Las puérperas con antecedente de hemorragia postparto tienen un riesgo de 3.56 veces mayor de probabilidad de presentar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas respecto a las puérperas sin dicho antecedente.

**TABLA 7: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL ANTECEDENTE DE LEGRADO UTERINO DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018.**

	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTAJE
<b>Antecedente de legrado uterino.</b>	37	51.39	31	53.45
<b>No Antecedente de legrado uterino.</b>	35	48.61	27	46.55
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100.00%</b>	<b>58</b>	<b>100.00 %</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

Rp	IC 95%		p
1,81	1,56	2,18	0.026

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, tuvieron antecedente de legrado uterino 48.61 % de las pacientes. Y de las pacientes que no tuvieron hemorragia postparto 53.45% tuvieron dicho antecedente. El valor de p no fue estadísticamente significativo.

Las púerperas con el antecedente de legrado uterino tienen un riesgo de 1.81 veces más de probabilidad de presentar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas respecto a las mujeres sin ningún legrado uterino previo.

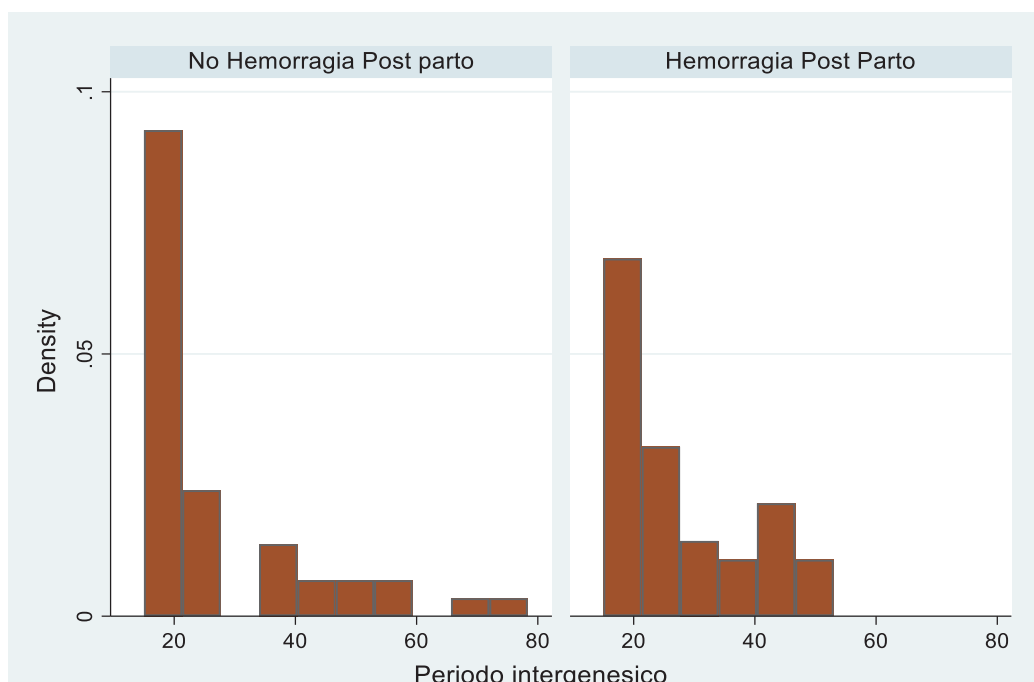


**TABLA 8: RANGO DEL PERIODO INTERGENESICO DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL EMERGENCIAS GRAU 2018.**

	HEMORRAGIA	NO HEMORRAGIA	PROMEDIO
<b>Periodo intergenésico</b>	27,5 ± 11,1 meses	26,9 ± 14,8 meses	27,2 ± 13,1 meses.

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

**GRAFICO 3.DISTRIBUCIÓN DEL PERIODO INTERGENESICO EN MESES DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU**



Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

	RAZÓN DE PREVLENCIA	IC 95%		p
<b>&lt; 18 meses</b>	2,82	1,14	1,92	0.021
<b>&gt; 60 meses</b>	1.32	0.23	1.46	0.340

**INTERPRETACIÓN:** Las pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, tuvieron un periodo intergenésico comprendido entre 27,5 ± 11,1 meses siendo el intervalo menor de 16.4 meses y el intervalo mayor de 38.6 meses.

Las puérperas con un periodo intergenésico corto tienen un riesgo de 2.82 veces mayor de probabilidad de presentar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas respecto a las mujeres con un periodo intergenésico largo, con el cual no se halló asociación.

**TABLA 9: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ANTECEDENTE DE CIRUGÍAS UTERINAS DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL EMERGENCIAS GRAU 2018.**

<b>Antecedente de Cirugía(s) uterina</b>	<b>HEMORRAGIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>NO HEMORRAGIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SI</b>	55	76.39	6	89.66
<b>NO</b>	17	23.61	52	10.34
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100.00%</b>	<b>58</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

<b>RAZÓN DE PREVALENCIA</b>	<b>IC 95%</b>		<b>p</b>
2,43	1,99	3,05	0.046

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, tuvieron como antecedente cirugía(s) uterina 23.62 %.

Las puérperas con el antecedente de cirugía(s) uterina tienen un riesgo de 2.43 veces más probabilidad de presentar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas respecto a las mujeres sin ninguna cirugía(s) uterina.

**TABLA 10: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE FIBROMAS DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018.**

<b>FIBROMAS UTERINOS</b>	<b>HEMORRAGIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>NO HEMORRAGIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SI</b>	20	27.78	12	20.69
<b>NO</b>	52	72.22	46	79.31
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100.00%</b>	<b>58</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau

<b>RAZÓN DE PREVLENCIA</b>	<b>IC 95%</b>		<b>p</b>
<b>1,27</b>	<b>0,87</b>	<b>1,85</b>	<b>0.214</b>

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, 27.78% tuvieron fibromas uterinos. El valor de p no fue estadísticamente significativo.

Las púérperas con el antecedente de fibroma(s) uterino no se encontró ninguna asociación estadísticamente significativa, debido al valor de  $p > 0.05$  y el intervalo de confianza que esta entre 0 y 1, los cuales para ser un factor de riesgo deberían ser mayores a la unidad.

## FACTORES DURANTE LA GESTACIÓN

**TABLA 11: RANGO DE LOS CONTROLES PRENATALES DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL EMERGENCIAS GRAU 2018.**

	HEMORRAGIA	NO HEMORRAGIA	PROMEDIO
<b>CONTROLES PRENATALES</b>	4,4 ± 1,4	4,1 ± 5,8	4,1 ± 3

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

Controles Prenatales mayor de 5	Rp	IC 95%		p
	0,82	0,37	0,96	0.000

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, El rango de meses de los controles prenatales fue de 4,4 ± 1,4.

Las púerperas con controles prenatales mayor de 5, tienen 18 % menor de probabilidad de desarrollar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas.

**TABLA 12: RANGO EN KILOGRAMOS DE LA GANANCIA DE PESO DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018.**

	HEMORRAGIA	NO HEMORRAGIA	PROMEDIO
<b>GANANCIA DE PESO</b>	6,6 ± 2,1	7,6 ± 2,1	7 ± 2,2

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau

Ganancia de peso	RAZÓN DE PREVALENCIA	IC 95%		p
Mayor de 16 Kg.	2,27	2,1	4,47	0.039

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, el rango de ganancia de peso en kilogramos fue de 6,6 ± 2,1.

Las puérperas con ganancia de peso mayor de 16 kilogramos tienen un riesgo de 2.27 veces más de probabilidad de presentar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas respecto a las mujeres con ganancia de peso inferior o igual a este.

**TABLA 13: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE DIABETES GESTACIONAL DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018.**

DIABETES GESTACIONAL	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTAJE
SI	12	16.67	8	13.79
NO	60	83.33	50	86.21
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100.00 %</b>	<b>58</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

Rp	IC 95%		p
1,61	0,97	2,68	0.066

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, tuvieron como antecedente diabetes gestacional 16.67 %.

Las púérperas con el antecedente de diabetes gestacional no tienen asociación estadísticamente significativa para desarrollar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, debido a que el valor de p es mayor de 0.05 y el IC 95% está entre 0 y 1; no representando ni factor de riesgo ni protector.

**TABLA 14: RANGO DEL INDICE DE LIQUIDO AMNIOTICO DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL EMERGENCIAS GRAU 2018.**

	HEMORRAGIA	NO HEMORRAGIA	PROMEDIO
<b>Índice De Líquido Amniótico (ILA)</b>	17,6 ± 5,9	14,1 ± 6,4	16 ± 6,4

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

	Rp	IC 95%		p
<i>Oligohidramnios</i>	0,54	0,45	0,66	0.000
<i>Polihidramnios</i>	2,51	1,34	2,83	0.000

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, el rango de índice de líquido amniótico fue de 17,6 ± 5,9 cm.

Las púerperas con oligohidramnios tienen 46 % menor probabilidad de desarrollar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas a diferencia de las pacientes con polihidramnios que tienen el riesgo de 2.51 veces más de probabilidad de desarrollar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas.

**TABLA 15: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA HIPERTENSION GESTACIONAL DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL EMERGENCIAS GRAU 2018.**

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTAJE
<b>SI</b>	5	93.06	8	13.79
<b>NO</b>	67	6.94	50	86.21
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100.00%</b>	<b>58</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

Rp	IC 95%		p
1,9	1,47	2,14	0.046

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, las pacientes con hipertensión gestacional fue de 6.94%.

Las puérperas con hipertensión gestacional tienen un riesgo de 1.9 veces más probabilidad de presentar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas.



**TABLA 16: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA HIPERTENSIO CRONICA DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL EMERGENCIAS GRAU 2018.**

HIPERTENSIÓN CRÓNICA	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTAJE
<b>SI</b>	3	4.17	2	3.45
<b>NO</b>	69	95.83	56	96.55
<b>TOTAL</b>	72	100.00%	58	100.00%

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

Rp	IC 95%		p
1,1	0,52	2,32	0.798

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, las pacientes con hipertensión crónica fueron 4.17 %(3).

Las púerperas con hipertensión crónica no tienen asociación estadísticamente significativa para desarrollar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas.

**TABLA 17: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA PREECLAMPSIA DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL EMERGENCIAS GRAU 2018.**

PREECLAMPSIA	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTAJE
SI ,Sin signos de severidad	5	6.94	4	6.90
SI ,Con signos de severidad	6	8.33	5	8.62
NO	61	84.72	49	84.48
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100.00%</b>	<b>58</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

	Rp	IC 95%		p
SI ,Sin signos de severidad	2.9	1.39	3.06	0.023
SI ,Con signos de severidad	3.1	2.04	4.20	0.043

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, 15.27 % tuvieron Preeclampsia y de estos presentaron signos de severidad 8.33 %.

Las púerperas con preclampsia sin signos de severidad tienen un riesgo de 2.9 veces más de probabilidad de presentar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas en comparación al riesgo de la preclampsia con signos de severidad cuyo riesgo es mayor 3.1 veces más de probabilidad de desarrollar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas.

**TABLA 18: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ECLAMPSIA DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL EMERGENCIAS GRAU 2018.**

ECLAMPSIA	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTAJE
SI	3	4.17	6	10.34
NO	69	95.83	52	89.66
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100.00%</b>	<b>58</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

Rp	IC 95%		p
1.29	0,05	1,77	0,181

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, tuvieron Eclampsia 4.17%.

Las puérperas con eclampsia tienen no tienen asociación estadísticamente significativa para desarrollar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas respecto.

**TABLA 19: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL SINDROME DE HELLP DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL EMERGENCIAS GRAU 2018.**

SÍNDROME HELLP	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTAJE
<b>SI</b>	1	1.39	0	0.00
<b>NO</b>	71	98.61	58	100.00
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100.00%</b>	<b>58</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

Rp	IC 95%		p
1,84	1,53	2,22	0.000

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, presentaron síndrome de HELLP 1.39 %. Que corresponde a un caso durante el 2018.

Las puérperas con síndrome de HELLP tienen un riesgo de 1.84 veces más de probabilidad de desarrollar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas.

**TABLA 20: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ANEMIA DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL EMERGENCIAS GRAU 2018.**

ANEMIA	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTAJE
SI	48	66.67	13	22.41
NO	24	33.33	45	77.59
<b>TOTAL</b>	72	100.00%	58	100.00%

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

Rp	IC 95%		p
2,33	1,74	3,41	0.033

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, presentaron anemia 33.33 %

Las puérperas con anemia hemoglobina menor de 10 g/dl tienen un riesgo de 2.33 veces más de probabilidad de desarrollar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas.

## FACTORES INTRAPARTO Y POSTPARTO

**TABLA 21: RANGO DE HORAS DE TRABAJO DE PARTO DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL EMERGENCIAS GRAU 2018.**

	HEMORRAGIA	NO HEMORRAGIA	PROMEDIO
<b>Horas de Trabajo de parto</b>	14,2 ± 5,2	13,2 ± 3,7	13,8 ± 4,6

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

	Rp	IC 95%		p
Trabajo de parto prolongado	1,82	1,26	2,45	0,038
Trabajo de parto precipitado	2,35	1,98	3,20	0,025

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, el rango en horas del trabajo de parto fue de 14,2 ± 5,2.

Las púerperas con trabajo de parto prolongado tienen un riesgo de 1.83 veces más de probabilidad de desarrollar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas; y 2.35 veces más de probabilidad si el trabajo de parto es precipitado.

**TABLA 22: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA MANIOBRA DE KRISBTELLER EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL EMERGENCIAS GRAU 2018.**

MANIOBRA DE KRISTELLER	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTAJE
<b>SI</b>	23	31.94	1	1.72
<b>NO</b>	49	68.06	57	98.28
<b>TOTAL</b>	72	100.00%	58	100.00%

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

Rp	IC 95%		p
2,16	1,64	2,84	0.000

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, se realizó la maniobra de Kristeller en 18.46 %.

Las púerperas con trabajo de parto prolongado tienen un riesgo de 2.16 veces más de probabilidad de desarrollar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas.

**TABLA 23: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL EMERGENCIAS GRAU 2018.**

INDUCCIÓN DEL PARTO	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTAJE
<b>SI</b>	10	13.89	8	13.79
<b>NO</b>	62	86.11	50	86.21
<b>TOTAL</b>	72	100.00%	58	100.00%

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

<i>Rp</i>	IC 95%		p
3.02	2,76	3,68	0.012

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, requirieron inducción del trabajo de parto fueron 13.89 %. El valor de p de ambas variables no es estadísticamente significativo.

Las puérperas a las que se les realizó inducción de trabajo de parto tienen un riesgo de 3.02 veces más de probabilidad de desarrollar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas.



**TABLA 24: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA CONDUCCION DE TRABAJO DE PARTO DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL EMERGENCIAS GRAU 2018.**

CONDUCCIÓN DEL PARTO	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTAJE
SI	8	11.11	0	0.00
NO	64	88.89	58	100.00
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100.00%</b>	<b>58</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau

Rp	IC 95%		p
1,68	0,07	1,44	0.076

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, se les realizo conducción del trabajo de parto a 11.11% de ellas.

Las puérperas a las que se les realizo conducción de trabajo de parto no tienen asociación estadísticamente significativa para desarrollar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas.

**TABLA 25: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE EPISIOTOMIA DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL EMERGENCIAS GRAU 2018.**

EPISIOTOMÍA	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTAJE
<b>SI</b>	35	67.31	21	48.84
<b>NO</b>	17	32.69	22	51.16
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>100.00%</b>	<b>43</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

**TABLA 26: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL TIPO DE EPISIOTOMIA DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL EMERGENCIAS GRAU 2018.**

TIPO DE EPISIOTOMÍA	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTAJE
<b>Medio lateral</b>	34	65.38	21	48.84
<b>Mediana</b>	1	1.92	0	0.00 %
<b>NO</b>	17	32.69%	22	51.16
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>100.00%</b>	<b>43</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

**Medio lateral**

Rp	IC 95%		p
1,36	1,22	1,94	0.022

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas a las que se le realizó episiotomía, el tipo de la episiotomía medio lateral predominó con un valor de 94.59%.

Las púerperas a las que se les realizó episiotomía mediolateral tienen el riesgo 1.36 veces más para desarrollar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas con respecto a las púerperas que se les realizó la episiotomía mediana.

**TABLA 27: FRECUENCIA Y PORCENTAJE PARTO INSTRUMENTADO DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL EMERGENCIAS GRAU 2018.**

PARTO INSTRUMENTANDO	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTAJE
<b>SI</b>	12	23.08	2	4.65
<b>NO</b>	40	76.92	41	95.35
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>100.00%</b>	<b>43</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

<i>Rp</i>	IC 95%		p
1,55	1,09	2,2	0.034

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, fue parto instrumentado 23.08 %.

Las puérperas a las que se les realizó parto instrumentado tienen el riesgo 1.55 veces más para desarrollar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas

**TABLA 28: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMOINSERTA DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL EMERGENCIAS GRAU 2018.**

DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMOINSERTA	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTJE
<b>SI</b>	6	8.33	2	3.45
<b>NO</b>	66	91.67	56	96.55
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100.00%</b>	<b>58</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau

<i>Rp</i>	IC 95%		p
2.23	1.07	2,79	0.044

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, las que presentaron Desprendimiento de placenta normoincerta fue 8.33 %.

Las puérperas con diagnóstico de desprendimiento de placenta normoincerta tienen el riesgo 2.23 veces más para desarrollar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas.

**TABLA 29: RANGO DEL PESO PLACENTARIO DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL EMERGENCIAS GRAU 2018.**

	HEMORRAGIA	NO HEMORRAGIA	PROMEDIO
<b>PESO PLACENTARIO</b>	439,5 ± 111,5	379,9 ± 120,6	412,9 ± 119

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, el peso de la placenta estaba dentro del rango 412,9 ± 119. El valor de p de la variable es estadísticamente significativo.

**TABLA 30: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ROTURA PREMATURA DE MENBRANAS DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018.**

RPM	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTJE
<b>SI</b>	26	36.11	11	18.97
<b>NO</b>	46	63.89	47	81.03
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100.00%</b>	<b>58</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

<i>Rp</i>	IC 95%		p
2,43	1,11	3,95	0.012

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, las que presentaron RPM fue el 36.11%.

Las puérperas con rotura prematura de membranas tienen el riesgo 2.43 veces más para desarrollar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas.

**TABLA 31: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE CORIAMNIONITIS DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018**

CORIOAMNIONITIS	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTJE
<b>SI</b>	17	23.61	7	12.07
<b>NO</b>	55	76.39	51	87.93
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100.00%</b>	<b>58</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

<i>Rp</i>	IC 95%		<i>p</i>
3.3	2,03	4.19	0.033

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, tuvieron coriamnionitis 18.46 % de ellas.

Las puérperas con rotura prematura de membranas tienen el riesgo 3.3 veces más para desarrollar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas.

**TABLA 32: FRECUENCIA Y PORCENTAJE ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018**

ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTJE
SI	71	98.59	55	94.83
NO	1	1.40	3	5.17
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100.00 %</b>	<b>58</b>	<b>100.00 %</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

<i>Rp</i>	IC 95%		p
0.42	0.23	0.72	0.030

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, se les realizó alumbramiento dirigido en 98.59 %.

Las puérperas con alumbramiento dirigido tienen 58 % menor probabilidad de desarrollar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas.

**TABLA 33: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL PINZAMIENTO TARDIO DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018.**

PINZAMIENTO TARDÍO DE CORDÓN	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTJE
<b>SI</b>	43	59.72	14	24.14
<b>NO</b>	29	40.28	44	75.86
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100.00 %</b>	<b>58</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

<i>Rp</i>	IC 95%		p
0.59	0.05	0.74	0.034

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, se realizó pinzamiento tardío de cordón 59.72 %.

Las púerperas a las que se realizó pinzamiento tardío de cordón tienen 41 % menor probabilidad de desarrollar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas.



**TABLA 34: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL CONTACTO Y LACTANCIA MATERNA INMEDIATA DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018.**

CONTACTO PIEL A PIEL Y LACTANCIA MATERNA INMEDIATA	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTJE
<b>SI</b>	47	65.28	40	0.00
<b>NO</b>	25	34.72	18	100.00
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100.00%</b>	<b>58</b>	<b>100.00 %</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

<i>Rp</i>	IC 95%		<i>p</i>
0,83	0,53	0,96	0.000

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, Se realizó Contacto piel a piel y lactancia materna inmediata 65.28 %.

Las púérperas a las que se realizó contacto piel a piel y lactancia materna precoz tienen 17 % menor probabilidad de desarrollar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas.

## FACTORES MATERNOS

**TABLA 35: RANGO DE EDAD DE LAS PUERPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018**

	NO HEMORRAGIA	HEMORRAGIA	PROMEDIO
<b>EDAD MATERNA</b>	28,8 ± 6,5	29,1 ± 8,1	29 ± 7,4

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

	Rp	IC 95%		p
<b>&lt; 18 Años</b>	1,76	1,37	1,97	p=0.045
<b>&gt; 35 Años</b>	3,2	1.01	3,37	p=0.039

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, el rango de edad materna fue 29,1 ± 8,1.

Las puérperas con edad menor a los 18 años tienen un riesgo de 1.76 veces más de probabilidad de desarrollar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas y la puérperas mayores de 35 años tienen 3.2 veces más de probabilidad de desarrollar dicho evento.

**TABLA 36: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA PARIDAD DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018**

	HEMORRAGIA	NO HEMORRAGIA	PROMEDIO
<b>PARIDAD</b>	1,3 ± 1,3	1,8 ± 1,3	1,5 ± 1,3

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

	Rp	IC 95%		p
<b>MULTIPARIDAD</b>	2,31	1,45	2.96	0.047

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, la paridad fue en el rango de  $1,3 \pm 1,3$  números de hijos.

Las puérperas multíparas tienen el riesgo 2,31 veces más de probabilidad de desarrollar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas con respecto a las nulíparas.

**TABLA 37: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE INDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018.**

	NO HEMORRAGIA	HEMORRAGIA	PROMEDIO
IMC	28,1 ± 4,9	27,9 ± 5,7	27,9 ± 5,3

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

	Rp	IC 95%		p
<i>IMC 18-25 KG/M2</i>	0.67	0.41	0.91	0.015
<i>IMC 25-35 KG/M2</i>	2.27	1.04	2.91	0.033

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas tuvieron un IMC en rango de 27,9 ± 5,7.

Las puérperas con Índice de masa corporal pre gestacional comprendido entre 18 a 25 Kg/m<sup>2</sup> tienen 33 % menor de probabilidad de desarrollar hemorragia postparto en las dos primeras horas; en cambio la puérperas con un IMC entre 25 a 35 Kg/m<sup>2</sup> tienen riesgo de 2.27 veces más de desarrollar el evento.

**TABLA 38: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE HABITOS NOCIVOS DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018**

HÁBITOS NOCIVOS	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTAJE
<b>ALCOHOL</b>	8	11.11	6	10.34
<b>TABACO</b>	0	0.00	0	0.00
<b>NO</b>	64	88.89	52	89.66
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100.00%</b>	<b>58</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, 10.77% de ellas presentaron hábitos nocivos siendo únicamente al alcohol.

## FACTORES FETALES

**TABLA 39: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA EDAD GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018**

	HEMORRAGIA	NO HEMORRAGIA
<b>EDAD GESTACIONAL</b>	38,4 ± 1,4	38,8 ± 1,5

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

EDAD GESTACIONAL	Rp	IC 95%		p
37-42 SEMANAS	0,82	0,14	0,92	0.021

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, la edad gestacional estuvo comprendida en el rango 38,4 ± 1,4.

Las pacientes con recién nacido con edad gestacional de 37 a 42 semanas tienen 18 % menor probabilidad de desarrollar hemorragia postparto.

**TABLA 40: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL PESO AL NACER DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018**

	<b>HEMORRAGIA</b>	<b>NO HEMORRAGIA</b>
<b>PESO AL NACER</b>	3516,5 ± 567,3	3481,9 ± 537,9

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

	<b>Rp</b>	<b>IC 95%</b>		<b>p</b>
PESO DEL RECIEN NACIDO 2500-3500 g	0.67	0.33	0.85	0.035
PESO DEL RECIEN NACIDO > 3500 g	1.65	1.32	3.42	0.036

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, el peso al nacer del recién nacido estuvo en el rango 3516,5 ± 567,3 gramos.

Las puérperas con recién nacido entre 2500 a 3500 gramos de peso tienen 33% de probabilidad menor de desarrollar hemorragia postparto en las primeras dos horas; en cambio las puérperas con recién nacidos con peso mayor de 3500 gramos tienen riesgo de 1.65 veces más de desarrollar hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas.

**TABLA 41: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA PRESENTACION DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018**

PRESENTACIÓN	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTAJE
CEFÁLICO	63	87.50	51	87.93
PODÁLICO	4	5.56	7	12.07
TRANSVERSAL	3	4.17	0	0.00
OBLICUO	2	2.78	0	0.00
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100.00%</b>	<b>58</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

	Rp	IC 95%		p
<b>PRESENTACION FETAL PODÁLICA</b>	1.97	1.54	2.75	0.023

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, la presentación fetal fue predominantemente cefálico con 87.50 %, podálico 5.56 %.

Las puérperas cuyo feto tuvo una presentación podálica tienen riesgo de 1.97 veces más de desarrollar la hemorragia postparto en las dos primeras horas.



## VARIABLES NO IMPLICADAS

**TABLA 42: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE PROCEDENCIA DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018**

PRESENTACIÓN	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTAJE
URBANO	60	83.33	50	86.21
MARGINAL	12	16.67	8	13.79
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100.00%</b>	<b>58</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, fueron de procedencia urbana 83.33 %.

**TABLA 43: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018.**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTAJE
Sin instrucción- Secundaria incompleta	34	47.22	43	74.14
Secundaria completa- Superior completa	38	52.78	15	25.86
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100.00 %</b>	<b>58</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, predominó grado de instrucción Secundaria completa-Superior completa. El valor de p de la variable es estadísticamente significativo.

**TABLA 43: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE PAREJA ESTABLE DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018**

Pareja estable	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTAJE
SI	71	98.61	58	100.00
NO	1	1.39	0	0.00
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100.00%</b>	<b>58</b>	<b>100.00 %</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, tuvieron pareja estable 98.61% de ellas. El valor de p de la variable no es estadísticamente significativo.

**TABLA 44: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA OCUPACIÓN DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018**

OCUPACIÓN	HEMORRAGIA	PORCENTAJE	NO HEMORRAGIA	PORCENTAJE
AMA DE CASA	29	40.28	26	44.83
EMPLEADA	12	16.67	12	20.69
COMERCIANTE	16	22.22	20	34.48
ESTUDIANTE	2	2.78	0	0.00
PROFESIONAL	13	18.06	0	0.00
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100.00%</b>	<b>58</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, tuvieron como ocupación ama de casa con 42.31%.

**TABLA 45: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS INGRESOS FAMILIARES DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018**

	<b>HEMORRAGIA</b>	<b>NO HEMORRAGIA</b>	<b>PROMEDIO</b>
<b>INGRESOS FAMILIARES</b>	1762,6 ± 424,8	1413,9 ± 623,5	1607 ± 5489,7

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, el ingreso familiar en soles estuvo comprendido dentro del rango de 1762,6 ± 424,8. El valor de p de la variable es estadísticamente significativo.

**MANEJO DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO EN LAS DOS PRIMERAS HORAS.**

**TABLA 46: FRECUENCIA Y PORCENTAJE CONTROLES PUERPERALES DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018.**

<b>Controles Puerperales (Cada 15 Minutos Las Dos Primeras Horas Post Parto).</b>	<b>HEMORRAGIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>NO HEMORRAGIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SI</b>	13	18.06	13	22.41
<b>NO</b>	59	81.94	45	77.59
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100.00 %</b>	<b>58</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, no tuvieron controles puerperales cada 15 min según lo establecido en la guía 81.94 %.

**TABLA 47. FUNCIONES VITALES DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO PRIMARIA EN EL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU 2018**

<b>FUNCIONES VITALES</b>	<b>NO HEMORRAGIA</b>	<b>HEMORRAGIA</b>	<b>PROMEDIO</b>
<b>Frecuencia cardiaca</b>	94,8 ± 19,5	96,5 ± 18,3	95,7 ± 18,8
<b>Presión arterial media</b>	97,2 ± 18,9	95,4 ± 19,9	96,2 ± 19,4

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

**INTERPRETACIÓN:** De entre las funciones vitales registradas en la historia clínica las pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos horas presento frecuencia cardiaca en rango 96,5 ± 18,3 latidos/min y la presión arterial media 95,4 ± 19,9 mmHg.

**TABLA 48. ESTADO MENTAL DE LA PACIENTE AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO DENTRO DE LAS DOS PRIMERAS HORAS.**

<b>Estado Mental de las pacientes con HPPP</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Acumulado</b>
<b>Normal</b>	34	47.22	47.22
<b>Agitado</b>	31	43.06	90.28
<b>Confuso</b>	7	9.72	100.00
<b>TOTAL</b>	72	100.00 %	

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

**INTERPRETACIÓN:** El estado mental de las pacientes con HPPP en las dos primeras horas fue normal en el 47.22 % de ellas, agitado en el 43.06% y confuso 9.72%.

## MEDIDAS GENERALES EN LA CONDUCTA TERAPEÚTICA

**TABLA 49. DE NÚMERO DE VÍAS Y CALIBRE DE CATETER QUE SE USARON**

Canalización de vía endovenosa: Número de vías que se colocaron	Frecuencia	Porcentaje
<b>1 vía</b>	20	27.8
<b>2 vías</b>	52	72.2
<b>TOTAL</b>	72	100
<b>¿Qué calibre de catéter se usó?</b>	Número catéter	
	18	100%

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

A Todas las pacientes con hemorragia se les canalizo vía endovenosa; el número de las vías que mayormente se utilizaron frente a esta emergencia fueron 2 en un 72.2% del total y el calibre de catéter usado en todas las pacientes fue 18.

**TABLA50.TRANSFUNDIERON PAQUETES GLOBULARES**

transfundió paquetes globulares:		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>SI</b>	21	33.33
<b>NO</b>	51	66.67
<b>TOTAL</b>	72	100

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

Las pacientes con hemorragia postparto en las dos primeras horas y que ´presentaron shock grave y requirieron transfusión sanguínea represento el 33.33%.

**TABLA.51 NÚMERO DE PAQUETES GLOBULARES TRANSFUNDIDOS**

<b>Si es si, Número de paquetes Globulares</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 PG</b>	10	13.89 %
<b>2 PG</b>	5	6.94 %
<b>3 PG</b>	6	8.33 %
<b>TOTAL</b>	21	33.33%

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

**INTERPRETACIÓN:** La cantidad de paquetes globulares que se transfundieron más fueron 1 paquete globular en un 13.89%.

**TABLA 52. GRADO DE SHOCK DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO EN LAS DOS PRIMERAS HORAS.**

<b>Si lo clasificaron, que grado le colocaron</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>I</b>	1	6.25
<b>II</b>	9	56.25
<b>III</b>	6	37.5
<b>TOTAL</b>	16	100

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

**INTERPRETACIÓN:** De acuerdo al grado que se le colocó la mayor parte de las pacientes tuvo grado II de shock.

**TABLA 54. TIEMPO DE INICIO Y DE MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSTAPARTO DENTRO DE LAS DOS PRIMERAS HORAS.**

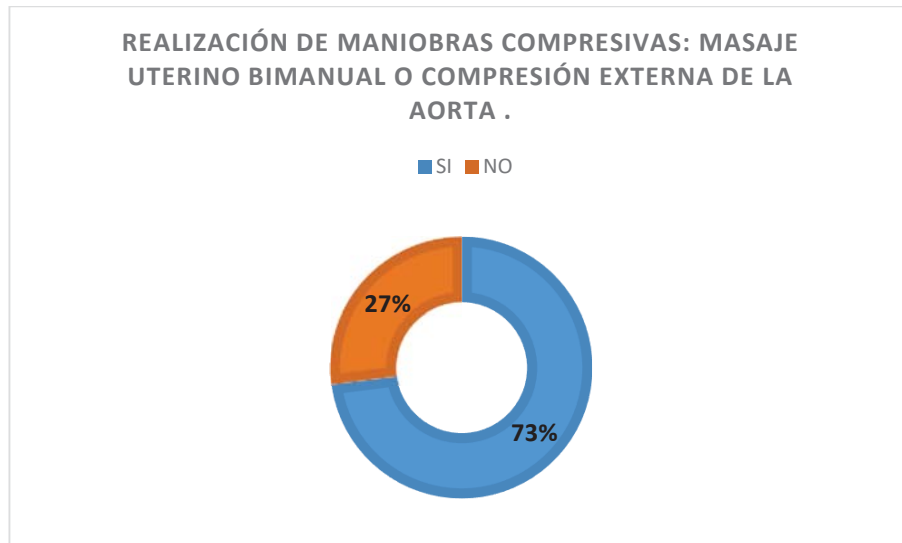
<b>Tiempo De Identificación Y De Manejo De La Hemorragia Postparto En Las Dos Primeras Horas.</b>	
	<b>Media ±DS</b>
<b>Tiempo lo identificación</b>	9,6 ± 8,8
<b>Tiempo iniciaron manejo</b>	8.7±1.1

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

**INTERPRETACIÓN:** En cuanto al tiempo de diagnóstico de la causa de la hemorragia postparto la media y la desviación standard del tiempo en minutos fue  $9,6 \pm 8,8$ . En cuanto al tiempo de manejo a media y la desviación standard en minutos fue de  $8.7 \pm 1.1$ .

## CONDUCTA TERAPEÚTICA ATONIA UTERINA

**GRAFICO 4. REALIZACIÓN DE MANIOBRAS COMPRESIVAS: MASAJE UTERINO BIMANUAL O COMPRESIÓN EXTERNA DE LA AORTA.**



Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

**INTERPRETACIÓN:** Las maniobras compresivas se realizaron en 73% de las pacientes frente a una atonía uterina.



**TABLA 55.DE MANEJO FARMACOLOGICO EN ATONIA UTERINA**

<b>MANEJO FARMACOLOGICO</b>		
	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Administración de Oxitocina.</b>	37 (100 %)	0
<b>Administración inicialmente Ergometrina.</b>	0	37 (100 %)
<b>Administración de Carbetocina.</b>	0	37(100 %)
<b>Administración de Misoprostol.</b>	25 (67.56 %)	12 (32.43 %)
<b>¿A la dosis de 800 a 1000 mcg intrarectal?</b>	25 (67.56 %)	12 (32.43 %)
<b>Administración de ácido tranexámico.</b>	4 (10.8 %)	33 (89.18%)

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

**INTERPRETACIÓN:** En el 100% de las pacientes con atonía uterina se aplicó desde un inicio la oxitocina a una dosis que estaba comprendido entre 20 a 40 UI. No se usó ergometrina ni carbetocina de inicio, en el 67.56% de las pacientes se usó misoprostol intrarectal a una dosis comprendida entre 800 a 1000 mcg.

**TABLA 56. REALIZACION DE OTRO TIPO DE PROCEDIMIENTO SINO CEDIA LA HEMORRAGIA**

<b>¿Se realizó algún otro procedimiento si no cedía el sangrado?</b>	<b>Frecuencia y Porcentaje.</b>
<b>Infiltración miometrial</b>	1 (2.7 %)
<b>Sutura B. Lynch</b>	2 (5.4 %)

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

**INTERPRETACIÓN:** De los procedimientos opcionales en 1 paciente con hemorragia se realizó infiltración miometrial conoxitocina, y en 2 de las pacientes se realizó sutura de B- lynch.

## TRAUMA OBSTÉTRICO

**TABLA 56. PROCEDIMIENTOS EN TRAUMA OBSTETRICO**

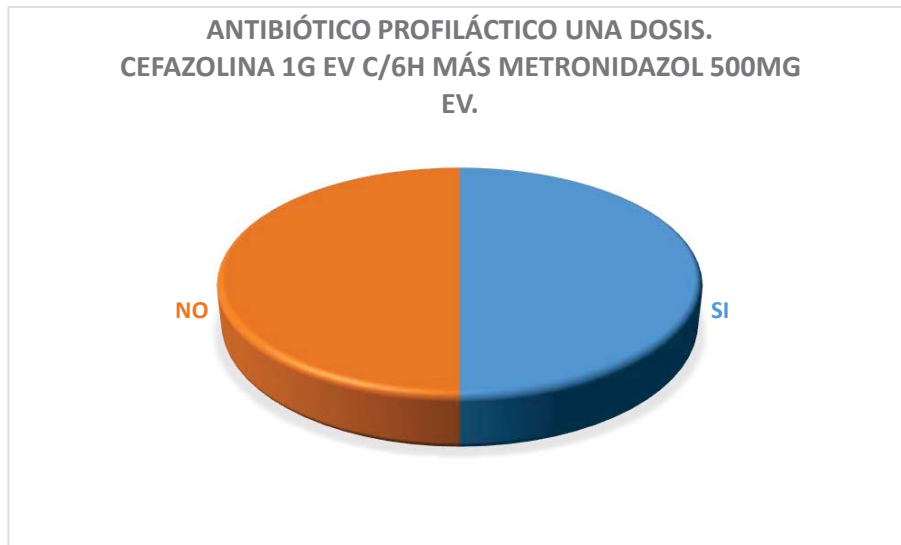
PROCEDIMIENTOS EN TRAUMA OBSTETRICO	SI	
TRAUMA OBSTÉTRICO (DESGARRO). (n= 20)	Frecuencia	Porcentaje
¿Se realizó Revisión con valvas de Doyen e Identificación del lugar y tipo de desgarro?	20	100 %
¿Se realizó Reparación del desgarro con material sintético absorbible (catgut crómico 2/0).?	20	100 %
¿Se administró dosis de antibiótico profiláctico?	17	85.71 %
Si desgarro de IV grado se administró tratamiento (Ampicilina 1g EV C/6h y Gentamicina 160 mg/día).	3	14.29 %

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

**INTERPRETACIÓN:** En las pacientes con trauma obstétrico principalmente desgarros se realizó revisión e identificación del lugar y tipo de desgarro en 100% de las pacientes, además de 100 % de la reparación con catgut crómico 2/0, en 85.71 % (n=17) de las pacientes se administró antibiótico profiláctico. Si el desgarro fue de IV grado se administró tratamiento antibiótico con ampicilina 1g EV c/6h en 14.29 % (n=3) de las pacientes.

**CONDUCTA TERAPEÚTICA RETENCIÓN PLACENTARIA (n =12)**

**GRAFICO 6.ADMINISTRACION DE ANTIBIÓTICO PROFILÁCTICO EN PACIENTES CON RETENCIÓN PLACENTARIA.**



Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

**INTERPRETACIÓN:** Se administró antibiótico profiláctico una dosis de cefazolina más metronidazol 500 mg en 50% de las pacientes con retención placentaria.

**TABLA 57. PROCEDIMIENTOS EN RETENCIÓN PLACENTARIA**

PROCEDIMIENTOS EN RETENCION PLACENTARIA	Si	
	Frecuencia	Porcentaje
Uso de la maniobra de Bran Andrews .(la mano sobre la sínfisis pubiana y presión ; leve tracción de cordón umbilical)	5	41.67
Si no funciona la Maniobra de Bran Andrews Se realizó la Extracción manual de la placenta.	3	25.00
Al examinar la placenta en caso de no estar completa se realizó legrado uterino.	4	33.33
Si persistía la retención placentaria ¿Se realizó Laparotomía para histerectomía total o subtotal?	2	16.6

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

**INTERPRETACIÓN:** La maniobra de Bran Andrews se realizó en 41.67 % de las pacientes, fueron 25% de pacientes (n=3). Al examinar la placenta no estuvo completa en 33.33 % de las pacientes por lo que se realizó legrado uterino; se realizó histerectomía total en 16.6% de las pacientes.

**TABLA 58. FARMACOLOGIA USADA EN LA RETENCION PLACENTARIA**

Farmacología usada en la retención placentaria	Si	
	Frecuencia	porcentaje
Uso de anestesia general de urgencia para la extracción manual de placenta.	3	25.00
Sedación para la extracción manual de placenta con 10mg de Diazepam diluidos en 10ml de agua destilada EV.	2	16.67
Administración de analgesia. Petidina 100 mg EV lento.	2	16.67
Ketorolaco 1 amp IM.	0	0.0

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

**INTERPRETACIÓN:** Se utilizó anestesia general de urgencia en la extracción manual del 25 % de las pacientes con retención placentaria; en 16.67% de ellas que corresponde a 2 pacientes se administró sedación con extracción manual de placenta y administración de analgesia con petidina 100 mg EV lento.

## CONDUCTA TERAPEÚTICA EN INVERSION UTERINA

TABLA 59. DE PROCEDIMIENTOS EN INVERSIÓN UTERINA

INVERSION UTERINA (n=3)	Si	
	Frecuencia	Porcentaje
¿Se trasladó a la paciente a la sala de operaciones y administrar anestesia general?	3	100.00
De no lograr reponer el útero ¿Se realizó histerectomía total abdominal?	1	33.33

Fuente: Historias clínicas. Hospital III de Emergencias Grau.

Todas las pacientes con inversión uterina fueron trasladadas a la sala de operaciones de urgencia del hospital, en una de ellas se realizó histerectomía total abdominal.

## CAPITULO V

### DISCUSIÓN

#### CAUSAS DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN LAS DOS PRIMERAS HORAS.

Entre las causas de hemorragia postparto en las dos primeras horas la atonía uterina predominó con 51.38%, seguido de trauma obstétrico con 27.78 % principalmente, similar a los estudios realizados por Candiotti Ramirez EJ. (Lima- Perú, 2018) (26) donde la atonía uterina se presentó en 63.75% y desgarros perineales en 27.5% y el estudio de Causas Dupont C, Rudigoz R-C, Cortet M, Touzet S, Colin C, Rabilloud M, et al. (Paris –Francia ,2014) (23) donde la atonía uterina fue la principal etiología presentándose en 60% de las pacientes; Este resultado está en concordancia por lo mencionado en la literatura nacional e internacional donde la atonía es la principal causa por múltiples factores maternos y fetales que contribuyen a la sobre distensión uterina.

#### Antecedentes Obstétricos

“**Aborto(s):** Las pacientes con hemorragia dentro de las dos primeras horas tuvieron antecedente de abortos previos en 55.56 % (Rp 1,82 IC 95% (1,14-1,92)  $p=0.021$ ) de ellas, este valor fue mucho mayor con respecto a lo encontrado en el estudio Díaz Aranda, DL, Lapa Álvarez L. (Huancavelica-Perú, 2014) (29) donde el antecedente de aborto fue de 14% (OR 0.630 IC 95% 0.129- 3.071). La comparación de este antecedente puede explicarse debido a que en nuestra muestra al contar las pacientes con un seguro de salud; acuden la mayoría de ellas a una institución de salud frente a un sangrado anormal y el cual puede explicarse por abortos espontáneos, que al ser diagnosticados se hacen de conocimiento de las pacientes.”

#### Antecedente de hemorragia postparto.

“Las hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, tuvieron como antecedente de hemorragia postparto 62.5% (Rp 3.56 IC 95% 1.33-3.95  $p=0.030$ ), con una asociación estadísticamente significativo como factor de riesgo; en comparación con los estudios realizados por Dupont C, Rudigoz R-C, Cortet M, Touzet S, Colin C, Rabilloud M, et al. (Paris –Francia ,2014) con un OR 3.50 IC 95%( 2.29-5.35) y el estudio de Ononge S, Mirembe F, Wandabwa J, Campbell OMR. (Kampala-Uganda, 2016) con un OR 1.86 (95%IC 0.81-4.26). Coincidiendo con estos estudios y con lo descrito por la ACOG como uno de los principales factor de riesgo para el desarrollo de la hemorragia postparto”.

### **Periodo intergenésico.**

“Las pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, tuvieron un periodo intergenésico comprendido entre  $27,5 \pm 11,1$  meses, siendo los extremos 16.4 y el mayor de 38.6; el periodo intergenésico corto es un factor de riesgo con un Rp 2.82 IC 95% 1.14-1.92  $p=0.021$ ), al igual que en el estudio realizado por Díaz Aranda, DL, Lapa Álvarez L. (Huancavelica-Perú, 2014) (29) donde el periodo intergenésico corto tenía un OR 5.063 IC 95%(1.207-20.777). El periodo intergenésico largo en nuestro estudio no tuvo significancia estadística debido a la cantidad de pacientes con este antecedente”.

### **Cirugía uterina (Cesárea)**

“Las pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, tuvieron antecedente de cesárea en 23.62 % (Rp 2,43 IC 95% 1,99-3,05  $p=0.046$ ) siendo un factor de riesgo, similar a lo encontrado en el estudio de Gil Cusirramos MA. (Lima- Perú, 2016) donde el antecedente de cesárea previa ( $p = 0,001$  y OR = 2,95; IC 95% 1,5 - 5,6) tenía significancia estadística como factor de riesgo. Además del estudio de Díaz Aranda, DL, Lapa Álvarez L. (Huancavelica-Perú, 2014), tuvieron antecedente de cesárea 14% de las pacientes, y todas presentaron hemorragia postparto inmediata. A diferencia de lo encontrado en el estudio de Flores Lapa DA. (Lima- Perú, 2018) (25), donde el antecedente de cesárea previa no es un factor de riesgo significativamente estadístico (OR = 2,78; IC 95% 0.92-8.41  $p = 0,065$ ). Es un factor de riesgo no modificable, por lo cual las cesáreas sin indicaciones absolutas deberían valorarse de acuerdo al estado de cada paciente; y no someter a cesárea sin indicaciones claras; ya que dicha incisión uterina a pesar de la cicatrización puede ser un factor de riesgo importante y sobre todo si a eso se añade un periodo intergenésico corto”.

### **Factores durante la gestación.**

#### **Controles prenatales.**

Los controles prenatales mayor de 5 es un factor protector con (Rp 0.82 IC 95% 0.37-0.96  $p=0.000$ ), en el estudio de Candiotti Ramirez EJ. (Lima- Perú, 2018) el no tener controles prenatales era un factor de riesgo (26.25%) al igual que el estudio realizado por Verdezoto Echeverria AA. (Guayaquil-Ecuador, 2016) donde los pocos controles prenatales (menor de 3) también era factor de riesgo.

En nuestro estudio se encontró que cuantos más controles prenatales tenga la gestante será un factor protector frente a la ocurrencia de la HPPP en las dos primeras horas.

Eso de acuerdo a la mejor vigilancia e identificación temprana de comorbilidades que se pueden tratar oportunamente.

**Ganancia de peso.** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, el rango de ganancia de peso en kilogramos fue de  $6,6 \pm 2,1$ . La ganancia de peso mayor de 16 kg es factor de riesgo Rp 2,27 IC 95% 2,1-4,47  $p=0.039$ . Es conocido que cuanto más aumente la gestante de peso la predispone a sufrir patologías por ejemplo las infecciones que ponen en riesgo la vida del feto.

**Diabetes gestacional.** Las pacientes con hemorragia tuvieron el antecedente de diabetes gestacional 16.67 % de ellas, no se encontró asociación estadísticamente significativa Rp 1,61 IC 95% (0,97-2,68)  $p=0.066$  pudiéndose explicar en nuestro estudio por la cantidad de casos de la muestra con esta patología.

**Alteraciones del volumen de líquido amniótico.** El índice de líquido amniótico fue de  $17,6 \pm 5,9$  cm en las pacientes con hemorragia. Se encontró que el oligohidramnios es un factor protector frente a la ocurrencia de la hemorragia Rp 0,54 IC 95% (0,45-0,66)  $p=0.000$ ; y el polihidramnios es un factor de riesgo Rp 2.51 IC 95% (1,34-2,51)  $p=0.000$ ; a diferencia del estudio realizado por Wetta LA, Szychowski JM, Seals MS, Mancuso MS, Biggio JR, Tita AT. (Birmingham - Reino Unido, 2013) (24); con polihidramnios OR 1.9 IC 95% (0.7, 5.0) donde no se encontró asociación estadística. El polihidramnios como factor de riesgo se explica por la sobre distensión uterina.

**Estados hipertensivos de la gestación.** Los estados hipertensivos del embarazo encontrados en este estudio como factores de riesgo son la hipertensión gestacional, preclampsia sobre todo la con criterios de severidad, el síndrome de HELLP y eclampsia. Al igual que el estudio de Flores Suárez JC (Loja -Ecuador 2016) (20), donde se agruparon a todas estas variables bajo la denominación de estados hipertensivos del embarazo. De acuerdo a la distribución epidemiológica en el Perú se indica que los estados hipertensivos son prevalentes en la zona costera; corroborándose en este estudio.

### **Preeclampsia,**

El 15.27 % de las pacientes con HPPP lo presentaron y 8.33 %. Tuvieron Preeclampsia con signos de severidad; la asociación como factor de riesgo es mucho mayor con la preclampsia con signos de severidad (Rp 2,9(1,39-3,06)  $p=0.023$ ) que con la sin signos de severidad (Rp 1,8 (1,44-1,96)  $p=0.035$ ) similar a lo encontrado en los estudios realizado por Mamani Humpiri LR. (Lima- Perú, 2017)(27) donde 74 (84.1%) de pacientes con preeclampsia severa tuvieron hemorragia post parto inmediato y 33



(15.9%) pacientes con preeclampsia leve. Y Wetta LA, Szychowski JM, Seals MS, Mancuso MS, Biggio JR, Tita AT. (Birmingham - Reino Unido, 2013)(24) donde la preeclampsia es un factor de riesgo (OR 3.2, IC 95% 2.0-4.9).

### **Anemia**

Presentaron anemia 33.33 %, La anemia preparto (< 10 Hb) es un factor de riesgo para la producción de la HPPP ya sea por vía vaginal o cesárea. La probabilidad de que ocurra dicho evento teniendo como antecedente anemia preparto es 25 % más probable en un parto vaginal y 133% en un parto por cesárea; similar a los estudios siguientes como de Verdezoto Echeverria AA. (Guayaquil-Ecuador, 2016) donde la hemoglobina gestacional <10,5 g/dl en 60 %, Candiotti Ramirez EJ. (Lima- Perú, 2018) (26) anemia anteparto fue de 17.5%, Ononge S, Mirembe F, Wandabwa J, Campbell OMR. (Kampala-Uganda, 2016), anemia de moderada a grave en el embarazo OR1.37 (95%IC0.47–3.98), y Wetta LA, Szychowski JM, Seals MS, Mancuso MS, Biggio JR, Tita AT. (Birmingham - Reino Unido, 2013), anemia (hemoglobina <9) OR 1.9 (0.7, 4.8)

### **Factores intraparto y postparto.**

**Alumbramiento dirigido.** Las pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, se les realizó alumbramiento dirigido 77.78 %; siendo factor protector con un valor de (Rp 0.42 IC 95% 0.23-0.72 p= 0,030). Similar conclusión en el estudio de Ononge S, Mirembe F, Wandabwa J, Campbell OMR. (Kampala-Uganda, 2016) (22), donde el no alumbramiento dirigido es factor de riesgo OR 2.23 (0.80-6.21).

El alumbramiento dirigido es una estrategia mundial indicada por la OMS que acorta el periodo de alumbramiento permitiendo un menor sangrado.

**Duración del trabajo de parto.** En las pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas el trabajo de parto prolongado y precipitado son factores de riesgo al igual que lo encontrado en el estudio de Candiotti Ramirez EJ. (Lima- Perú, 2018) y Wetta LA, Szychowski JM, Seals MS, Mancuso MS, Biggio JR, Tita AT. (Birmingham - Reino Unido, 2013) donde el parto prolongada OR 2.3 IC 95% (1.3, 4.1).

Un parto precipitado puede conllevar lesiones del canal de parto siendo las más graves los desgarros cervicales responsable de un considerable sangrado. En cambio el trabajo de parto prologado produce un agotamiento uterino, haciendo que después del alumbramiento no haya una correcta contracción uterina.

**Maniobra de kristeller.** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, se realizó la maniobra de Kristeller en 18.46 % el cual es un factor

de riesgo (Rp 2,16 IC 95% (1,64-2,84) p=0.000). Dicha maniobra produce sobre todo lesiones del canal del parto.

#### **Inducción o conducción del trabajo de parto.**

Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, requirieron inducción del trabajo de parto fueron 13.89 % siendo un factor de riesgo con un Rp 3.02 IC 95% (2.76-3.68) p=0.012 al igual que el estudio de Dupont C, Rudigoz R-C, Cortet M, Touzet S, Colin C, Rabilloud M, et al. (Paris –Francia ,2014), trabajo del parto OR 1,23 IC 95% 1,03-1,47

La conducción del trabajo de parto no tiene significancia estadística.

#### **Episiotomía.**

La episiotomía medio-lateral es una factor de riesgo (Rp 1.36 IC 95% 1.22 -1.94 p 0.022), episiotomía ; al igual que el estudio realizado por Dupont C, Rudigoz R-C, Cortet M, Touzet S, Colin C, Rabilloud M, et al. (Paris –Francia ,2014) con un OR 3.76 3.00-41.De acuerdo a la literatura este es el tipo de episiotomía que produce mayor sangrado a diferencia de la mediana pese a ello es el tipo de episiotomía más frecuente.

**Parto instrumentado.** El parto instrumentado es un factor de riesgo con un valor de (Rp 1.55 IC 95% 1.09 2.2 p 0.034); al igual que el estudio de Wetta LA, Szychowski JM, Seals MS, Mancuso MS, Biggio JR, Tita AT. (Birmingham - Reino Unido, 2013) (24) con un OR 1.3 (0.7, 2.4).

#### **Corioamnionitis.**

Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, tuvieron corioamnionitis siendo este un factor de riesgo Rp 3.3 IC95% 2.03-4.19 p = 0.033 al igual que el estudio de Wetta LA, Szychowski JM, Seals MS, Mancuso MS, Biggio JR, Tita AT. (Birmingham - Reino Unido, 2013) (24) donde la corioamnionitis es un factor de riesgo consistente (OR 2.8; IC 95% 1.6-5.0).

#### **Factores maternos.**

##### **Edad de la madre.**

Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, el rango de edad materna fue  $29,1 \pm 8,1$ . La edad menor de 18 años tiene un Rp 1.76 IC 95% 1.37-1.97 p = 0.045 y la edad materna mayor de 35 años de edad Rp 3.2 IC 95% 1.01 3.37 p= 0.039; a diferencia del estudio de Verdezoto Echeverria AA. (Guayaquil-Ecuador, 2016) donde no se encontró asociación estadísticamente significativa.La edad materna >34 años OR 1.17 (0.51–2.64) y ≤19años OR 1.11 (95%IC 0.63–1.95).En el estudio de Flores Lapa DA. (Lima- Perú, 2018) la edad de 35 años a más (p = 0.000;

OR=7,9, IC95%= 2.31 – 26.9) si represento un importante factor de riesgo. La edad materna es importante ya que en mujeres añasas por el estado fisiológico o por el número de partos que tuvo elonga las fibras uterinas.

#### **Paridad.**

La multiparidad se identificó como factor de riesgo (Rp 2.31 IC 95% 1.45 2.96 p= 0.047) al igual que en los estudios realizados por Flores Suárez JC (Loja -Ecuador 2016) (20) y Flores Lapa DA. (Lima- Perú, 2018) (25) multiparidad representa 65,4% (p = 0,017; OR = 2,17; IC 95% 1,14 - 4,10

**Hábitos nocivos (alcohol, tabaco).** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, 10.77% de ellas presentaron hábitos nocivos siendo únicamente al alcohol. El valor de p de la variable no es estadísticamente significativo.

**Índice de masa corporal** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas tuvieron un IMC en rango de  $27,9 \pm 5,7$ . **En el estudio de Wetta LA, Szychowski JM, Seals MS, Mancuso MS, Biggio JR, Tita AT.** (Birmingham - Reino Unido, 2013) (24). El IMC  $\geq 30$  es un factor de riesgo importante con un OR 2.6 IC 95% (1.2, 5.7).

#### **Factores fetales.**

**Edad gestacional.** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, la edad gestacional estuvo comprendida en el rango  $38,4 \pm 1,4$ . Siendo factor protector la edad gestacional de 37 a 42 semanas; pretérmino (OR 0.80 (95%IC 0.44-1.46), En el estudio de Dupont C, Rudigoz R-C, Cortet M, Touzet S, Colin C, Rabilloud M, et al. (Paris –Francia ,2014) (23), edad gestacional  $\geq 41$  semanas es factor de riesgo (OR 1.30IC 95% 1.08-1.56).

**Peso al nacer.** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, el peso al nacer del recién nacido estuvo en el rango  $3516,5 \pm 567,3$  gramos. Es factor de riesgo el peso mayor de 3500 gramos del recién nacido Rp 1.65 IC 95% 1.32-3.42 p= 0.036, al igual que el estudios de Flores Suárez JC (Loja -Ecuador 2016) (20) donde la macrosomía fetal fue un factor de riesgo predominante de y de Ononge S, Mirembe F, Wandabwa J, Campbell OMR. (Kampala-Uganda, 2016) macrosomía fetal  $\geq 4000$  g (aOR 2,18; IC del 95%: 1,11 a 4,29). El peso del producto es importante ya que produce sobre distensión uterina, y es un factor importante en algunos casos para elegir la vía de parto.

#### **Presentación fetal.**

Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, la presentación fetal fue predominantemente) cefálico con 87.50 %, La presentación podálico en 5.56 % represento un factor de riesgo Rp 1.97 IC 95%1.54-2.75 p = 0.023.

### **Variables no implicadas**

**Procedencia.** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, fueron de procedencia urbana 83.33 %.

**Grado de instrucción.** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, predominó grado de instrucción Secundaria completa-Superior completa. En el estudio de Díaz Aranda, DL, Lapa Álvarez L. (Huancavelica-Perú, 2014) (29). Predomino el grado de instrucción secundaria completa 55%.

**Estado civil.** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, tuvieron pareja estable 98.61% de ellas. En el estudio de Díaz Aranda, DL, Lapa Álvarez L. (Huancavelica-Perú, 2014) (29), el 52% eran convivientes

**Ocupación.** Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, tuvieron como ocupación ama de casa con 42.31%. El valor de p de la variable es estadísticamente significativo.

### **Estado socioeconómico**

Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, el ingreso familiar en soles estuvo comprendido dentro del rango de 1762,6 ± 424,8.

**Contacto piel a piel y lactancia materna inmediata** ;Del total de pacientes con hemorragia postparto dentro de las dos primeras horas, Se realizó Contacto piel a piel y lactancia materna precoz 65.28 %. Siendo un factor protector Rp 0.82 IC95% 0.53 0.96 p= 0.000.

## CONCLUSIONES:

- Los principales Factores de riesgo relacionados a la Hemorragia postparto en las dos primeras horas en el Hospital III de Emergencias Grau Lima fueron : De entre los *antecedentes obstétricos*; el antecedente de aborto previo, antecedente de hemorragia postparto antecedente de legrado uterino , cirugías uterinos previas ; De entre los *factores durante la gestación*: Ganancia de peso mayor de 16 Kg, polihidramnios; De entre los estados hipertensivos (hipertensión gestacional, preclampsia con y sin signos de severidad, Eclampsia y el síndrome de HELLP); anemia (hemoglobina < de 10 g/dl); De los *factores intraparto* : La Maniobra de Kristeller, Inducción del trabajo de parto, episiotomía mediolateral, Desprendimiento de la placenta normoinserta, Coriamnionitis ; De entre los *factores maternos*: Edad materna < de 18 años y mayor de 35 años, múltipara, IMC entre Administración a 25-35 Kg/m<sup>2</sup>; el peso del recién nacido mayor de 3500 gramos y la presentación podálica.
- Los principales Factores de riesgo asociados a la Hemorragia postparto en las dos primeras horas en el Hospital III de emergencias Grau fueron: De los *factores durante la gestación* fueron: los controles prenatales mayor de 5, oligohidramnios, alumbramiento dirigido, pinzamiento tardío del cordón umbilical, contacto piel a piel y lactancia materna precoz, IMC entre 25 a 30 Kg/m<sup>2</sup>; edad gestacional entre 37-42 semanas, peso del recién nacido entre 2500 a 3500 gramos.
- la Prevalencia de la Hemorragia postparto inmediato en el Hospital III de Emergencia Grau de Lima fue de 7.8% % en el año 2018. Siendo esta mayor con respecto al año anterior.

## SUGERENCIAS

### AL PERSONAL Y AUTORIDAD DE SALUD

- Considerar los resultados del presente estudio para elaborar una mejor guía que permita identificar diferentes factores pre gestacionales, gestacionales, en el parto y el puerperio para la prevención y correcto tratamiento en caso se presentase la hemorragia postparto, ya que aunque muy conocida sigue siendo una de las causas principales de morbimortalidad materna.
- “Preparar y capacitar al personal que está en contacto con las pacientes incluso antes de la gestación identificando factores de riesgo propios de la madre y el entorno que podrían conllevar al desarrollo de alguna complicación durante la gestación, el parto y/o el puerperio”.
- “Debido al ser este un estudio retrospectivo se observó que los valores de sangrado registrados en la historias clínicas son subjetivos, no existiendo un procedimiento estandarizado que permita medir de manera objetiva dichos valores de sangrado; Siendo lo ideal contar con un procedimiento estandarizado que se aplique en todos los partos; sobre todo si son partos institucionalizados, evitando un subregistro de los casos de hemorragia postparto inmediata; tratando oportunamente los casos antes que lleguen a grados de shock severos, o dicho sangrado produzca anemia severa en las pacientes. Dicha recomendación siempre dirigida a salvaguardar la vida de la madre y el recién nacido”.

### A LOS ALUMNOS:

- “Se recomienda promover investigaciones en varias regiones o ámbitos de la región de Cusco, con el objetivo de tener claro cuáles son los factores que se hallen según las diferentes realidades de cada zona, permitiendo elaborar guías de acuerdo a la capacidad resolutoria de cada institución de salud.”
- “En la medida de sus posibilidades contribuir al desarrollo de nuestra población, ya sea aportando datos informativos o manejando adecuadamente las complicaciones del embarazo, parto y puerperio dentro de su futuro desenvolvimiento laboral.”

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. [Internet]. [citado 28 de Agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/es/>
2. Boletín de práctica No. 183: Hemorragia posparto ACOG: El Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos. Obstet Gyneco Octubre de 2017; 130(4):e168.
3. OMS: Hemorragia posparto [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/9789241548502/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/es/).
4. Organización Mundial de la Salud y Federación Internacional de Gineco Obstetricia. Recomendaciones de la OMS Hemorragia posparto [Internet]. [citado 20 de Diciembre de 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/9789241548502/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/es/).
5. Chabra P. Indicador de la Salud Materna y la Atención Materna. J Community Med. 2014; 39 (3):132–7.
6. Giraldo Coral A. Reducción de la mortalidad materna en el Perú. ¿Alcanzamos el Quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio?. Boletín epidemiológico del Perú 2017. Ministerio de Salud, 26(4): 803-804. [Internet]. [citado 11 de Noviembre de 2018]. Disponible en: [www.dge.gob.pe](http://www.dge.gob.pe)
7. Boletín epidemiológico del Perú 2018: Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú. 2018 27 (44): 1034-1038. [Internet]. [citado 28 de Julio de 2018]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/44.pdf>
8. Organización mundial de la salud: Recomendaciones sobre el uso de Ácido tranexámico en la Hemorragia Postparto [Internet]. [citado 14 de setiembre de 2018]. Disponible en: <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/preconception->

pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/postpartum-care/who-recommendation-tranexamic-acid-treatment-postpartum-haemorrhage.

9. Gil F. Situación Epidemiológica de la Muerte Materna en el Perú 2015; 25 (4): 66 – 74. [Internet]. [citado 31 de Agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>.
10. Hemorragia postparto sus principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento .REV. MED. CLIN. CONDES - 2014; 25(6) 993-1003]. [Internet]. [citado 25 de Mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.doccity.com/es/hemorragia-postparto-1/4153444/> .
11. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto [Internet]. [citado 19 de Junio de 2018].Disponible en: Ginebra.[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/9789241548502/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/en/index.html).
12. Datos proporcionados por la Unidad de Estadística de la Red Desconcentrada Almenara de los años 2017 y 2018.
13. Instituto Nacional Materno Perinatal, Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología 2010. Pág. 53
14. Flores Suárez JC .Prevalencia y Factores de riesgo asociados a hemorragia postparto durante el puerperio inmediato en las mujeres gestantes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora Loja Ecuador 2016.
15. Verdezoto Echeverria AA. Hemorragia postparto: factores de riesgo y complicaciones en adolescentes de 12- 19 años de edad del hospital provincial Martin Icaza entre enero del 2014 y 2015.Guayaquil-Ecuador, 2016.
16. Ononge S, Mirembe F, Wandabwa J, Campbell OMR. Incidence and risk factors for postpartum hemorrhage in Uganda. *Reprod Health* [Internet]. 14 de abril de 2016 [citado 23 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4832492/>
17. Dupont C, Rudigoz R-C, Cortet M, Touzet S, Colin C, Rabilloud M, et al. Frecuencia, causas y factores de riesgo de la hemorragia posparto: un estudio de



base poblacional en 106 unidades de maternidad francesas. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2016; 43 (3):244-53.

18. Wetta LA, et al. Factores de riesgo para la hemorragia uterina / posparto que requieren tratamiento después del parto vaginal. Am J Obstet Gynecol. julio de 2013; 209(1):51.e1-51.e6.
19. Flores Lapa DA. Factores de riesgo asociados a Hemorragia del Puerperio Inmediato en el Hospital PNP Luis N. Sáenz, de julio 2016 a julio 2017. Lima-Perú, 2018.
20. Candiotti Ramirez EJ. Hemorragia postparto inmediata vaginal en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el año 2015.Lima- Perú, 2018
21. Mamani Humpiri LR. Preeclampsia como factor predisponente está asociado a Hemorragia Post parto Inmediato en el Hospital Santa Rosa de Enero - Diciembre 2015. Lima- Perú, 2017.
22. Gil Cusirramos MA. Factores asociados a hemorragia post parto inmediato por atonía uterina en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo Enero – Septiembre del año 2015.Lima-Perú.2016.
23. Díaz Aranda, DL, Lapa Álvarez L.Antecedentes obstétricos y hemorragia postparto en puérperas inmediatas atendidas en el hospital departamental de Huancavelica. Huancavelica-Perú, 2014.
24. Vargas Medina E.Factores de riesgo asociados a la Hemorragia Postparto inmediato en la Micro Red Yanaoca, Cusco –Perú, 2005 al 2009 .Cusco – Perú, 2011.
25. Rodas Utani G. Factores de riesgo asociados a atonía uterina que requirieron histerectomía – Hospital Antonio Lorena 1997-2011. Cusco – Perú, 2011.
26. Instituto Nacional Materno Perinatal, Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología 2010. Pág. 53
27. Medline Plus ruptura uterina [Internet] 22 de Agosto del 2018 [citado 21 de febrero de 2019] ; Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/cc-rotura-uterina.pdf>
28. Federación de hematología ,Defectos de la coagulación[Internet] 22 de Agosto del 2018 [citado 21 de febrero de 2019] ; Disponible en: <https://www.wfh.org/es/page.aspx?pid=1310>
29. Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS. Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2014; 92:155. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.136333>

30. Ojeda R, Rodríguez E. Andueza G. Período intergenésico corto y factores asociados, en embarazadas hospitalizadas en Acanceh, Yucatán, México. Septiembre 2016 .3 (8): 38-42
31. Fibromas uterinos. Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras.2016 .Disponible en: <https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Los-fibromas-uterinos>
32. Diccionario Medico Ecuared Control prenatal [Internet] 22 de Agosto del 2018 [citado 21 de febrero de 2019]; Disponible en: [https://www.ecured.cu/Control\\_prenatal](https://www.ecured.cu/Control_prenatal)
33. Ganancia de peso. [Internet] 22 de Agosto del 2018 [citado 21 de febrero de 2019]; Disponible en: <http://www.edualimentaria.com/peso-saludable/66-nutricion-ciclo-vital/nutricion-embarazadas/85-ganancia-de-peso-durante-el-embarazo>
34. Colegio americano de Ginecólogos y Obstetras.Diabetes gestcaional.<https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/La-diabetes-gestacional>.
35. Protocolo: polihidramnios en gestación única.[https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia\\_\\_fetal/polihidramnios.pdf](https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia__fetal/polihidramnios.pdf)
36. Instituto Nacional Materno Perinatal, Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología 2010. Pág. 61
37. Colegio americano de Ginecólogos y Obstetras.La preeclampsia y la presión arterial alta durante el embarazo. Disponible en:<https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/La-preeclampsia-y-la-presion-arterial-alta-durante-el-embarazo>
38. Síndrome de HELLP [Internet] 22 de Agosto del 2018 [citado 21 de febrero de 2019] ; Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022005000100002](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022005000100002)
39. Alumbramiento dirigido .[Internet] 14 de Noviembre del 2018 [citado 21 de febrero de 2019] ; Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120071/WHO\\_RHR\\_14.18\\_spa.pdf;jsessionid=FF768F0BE4BD7299F2AA478576CB44CE?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120071/WHO_RHR_14.18_spa.pdf;jsessionid=FF768F0BE4BD7299F2AA478576CB44CE?sequence=1)  
**CONDUCTA ACTIVA EN EL ALUMBRAMIENTO** Nuevas recomendaciones de la OMS ayudan a focalizar la implementación1

40. Duración de trabajo de parto. [Internet] 22 de Agosto del 2018 [citado 21 de febrero de 2019] ; Disponible en: <https://elembarazo.net/en-que-consiste-el-trabajo-de-parto.html>
41. Maniobra de Kristeller: Revisión de las Evidencias Científicas. [Internet] 11 de Octubre del 2018 [citado 21 de febrero de 2019] ; Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/rs/781/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/de4/fd/1/filename/82-9-art-revision-maniobra-12-3.pdf>
42. Inducción del trabajo de parto. [Internet]. Medscape. [citado 2 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Induccion-del-trabajo-de-parto>.
43. Conducción del trabajo de parto [Internet] 22 de Agosto del 2018 [citado 21 de febrero de 2019] ; Disponible en: [https://www.who.int/topics/maternal\\_health/directrices\\_OMS\\_parto\\_es.pdf](https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf)
44. Episiotomía. Stanford Childrens. [Internet]. Stanfordchildrens. [Citado 26 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=episiotom-a-92-P09289>
45. Parto instrumentado. [Internet]. ACOG. [citado 7 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Parto-vaginal-asistido>.
46. Zamorano Nieves M. Desprendimiento prematuro de placenta normoincorta [Internet]. [citado 7 de noviembre de 2017]. Disponible en: [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/actividad\\_docente\\_e\\_investigadora/clases\\_residentes/2015/clase2015\\_desprendimiento\\_prematuro\\_placenta.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2015/clase2015_desprendimiento_prematuro_placenta.pdf).
47. Organización mundial de la salud lactancia materna temprana [Internet] 22 de Agosto del 2018 [citado 21 de febrero de 2019] ; Disponible en: [https://www.who.int/elena/titles/early\\_breastfeeding/es/](https://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/es/)
48. Rotura prematura de membranas a término y pre término. [Internet]. Hospital Clínic Barcelana. [citado 2 de noviembre de 2017]. Disponible en: [https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia\\_materna\\_obstetrica/rotura%20prematura%20de%20membranas%20hcp-hsjd.pdf](https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/rotura%20prematura%20de%20membranas%20hcp-hsjd.pdf)
49. Nuevas recomendaciones para corioamnionitis durante el parto. [Internet]. Medscape. [citado 7 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://espanol.medscape.com/viewarticle/5901733>

50. Conceptos Básicos de Obstetricia Paridad [Internet] 22 de Agosto del 2018 [citado 21 de febrero de 2019] ; Disponible en: <https://es.slideshare.net/vigutaunt2011/conceptos-bsicos-de-obstetricia>
51. Hábitos nocivos [Internet] 22 de Agosto del 2018 [citado 21 de febrero de 2019] ; Disponible en: [www.revistacabal.coop/actualidad/los-habitos-mas-nocivos-para-la-salud](http://www.revistacabal.coop/actualidad/los-habitos-mas-nocivos-para-la-salud)
52. Edad gestacional [Internet] 22 de Agosto del 2018 [citado 21 de febrero de 2019] ; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002367.htm>
53. Presentación .Semiología obstétrica. [Internet]. [citado 2 de noviembre de 2017]. Disponible en:<http://rginecoobstetricia.blogspot.pe/2009/11/semiologia-obstetrica.html>
54. Frecuencia cardiaca[Internet] 22 de Agosto del 2018 [citado 21 de febrero de 2019] ; Disponible en:<https://dirae.es/palabras/cardiaco>
55. Presión arterial [Internet] 22 de Agosto del 2018 [citado 21 de febrero de 2019] ; Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/presion-arterial>

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### Cronograma

Actividad
1. Elaboración del Proyecto de Investigación
2. Diseño de la ficha de recolección de datos
3. Entrega de proyecto de investigación
4. Solicitud para aprobación de proyecto de investigación
5. sustentar ante el jurado A
5. Revisiones y correcciones del proyecto de investigación
6. Recolección de datos
7. Procesamiento y análisis de datos.
8. Informe final
9. Sutentar ante jurado B

#### Presupuesto

Descripción	UNID.	Cat.	Precio S/	Costo Total S/
Papel bond A4 de 80 gr	Millar	1	23	23.00
Lapiceros	Docena	1	1	12.00
Impresión de encuestas	Und	130	0.6	68.4
Pasajes	Und	104	0.5	52.00
Quemado de CD	Und	2	7.00	14.00
Estuche de CD	Und	2	2.00	4.00
Tinta de impresora	Und	50.00	50	50.00
Estadista	Und	400.00	400.00	400.00
<b>TOTAL</b>				<b>623.40</b>

## ANEXO 2

### FACTORES ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA POSTPARTO PRIMARIA EN LAS DOS PRIMERAS HORAS Y CONDUCTA TERAPEUTICA EN EL HOSPITAL EMERGENCIAS GRAU LIMA, 2018.

Fecha.....Nº..... Autogenerado:.....

Hemorragia Post parto Primaria (en las 2 primeras horas):			
1. SI ( ) NO ( ) _____	2. Frecuencia cardiaca post parto: _____	3. Presión arterial post parto: _____	4. Estado mental: e) Normal f) Agitado g) Confuso h) Letárgico
5. Causa: a) Atonía uterina. b) Retención de placenta c) Trauma obstétrico  d) Inversión uterina	6. ¿Si fue desgarro, que grado fue? a) 1er grado ( )  b) 2do grado ( )  c) 3ro grado ( )  d) 4to grado ( )	7.	
Conducta terapéutica en hemorragia post parto: Ante Shock Obstétrico			
8. Activación de clave Roja Si ( ) No ( )	9. Canalización de vía endovenosa: Número de vías que se colocaron: _____ 10. ¿Qué calibre de catéter se usó? _____(número)	11. Si fue shock grave se transfundió paquetes globulares:  Si ( ) No ( )  Si es si, Número de paquetes: _____	12. Clasificación del grado de shock: ¿Lo clasificaron? Si ( ) No ( )
13. Si lo clasificaron, que grado le colocaron: a) I b) II c) III d) IV	14. ¿En cuánto tiempo iniciaron manejo? _____ (minutos)	ATONIA UTERINA	
15. Realización de maniobras compresivas: Masaje uterino bimanual o compresión externa de la aorta.  Si ( ) No ( )	16. Manejo farmacológico: ¿Se usó inicialmente Oxitocina? Si ( ) No ( )  17. ¿A la dosis adecuada de 20 a 40 UI ? Si ( ) No ( ) Si es No, ¿qué dosis? _____	18. Manejo farmacológico: ¿Se usó inicialmente ergometrina? Si ( ) No ( )  19. ¿A la dosis adecuada de 0.2mg IM ? Si ( ) No ( ) Si es No, ¿qué dosis? _____	20. Manejo farmacológico: ¿Se usó inicialmente carbetocina ? Si ( ) No ( ) 21. ¿A la dosis única 100µg, vía endovenosa en bolo, diluidos en 10cc. de solución salina ? Si ( ) No ( ) Si es No, ¿qué dosis? _____ _____

<p>22. Manejo farmacológico: ¿Se usó misoprostol inicialmente? Si ( ) No ( )</p>	<p>23. ¿A la dosis de 800 a 1000 mcg intrarectal ? Si ( ) No ( ) Si es No, ¿qué dosis? _____</p>	<p>24. Manejo farmacológico: ¿Se usó inicialmente ácido tranexámico? Si ( ) No ( )</p>	<p>25. ¿Se realizó transfusión de paquetes globulares? Si ( ) No ( ) Si es si, ¿Cuántos? _____</p>
	<p>26. ¿Se realizó algún otro procedimiento si no cedía el sangrado? a) Globo de compresión o balón intrauterino. b) Medidas quirúrgicas: a. Infiltración miometrial con oxitocina 5-10UI en cada cuerno b. Sutura B-Lynch. c. Ligadura vascular. d. Embolización de arterias pélvicas e. Histerectomía</p>		<p>f.</p>
<p>TRAUMA OBSTÉTRICO (DESGARRO).</p>	<p>27. ¿Se realizó Revisión con valvas de Doyen e Identificación del lugar y tipo de desgarro? Si ( ) No ( )</p>	<p>28. ¿Se realizó Reparación del desgarro con material sintético absorbible (catgut crómico 2/0).? Si ( ) No ( )</p>	<p>29. ¿Se administró dosis de antibiótico profiláctico una única dosis (cefazolina 1g por vía IV)? Si ( ) No ( ) Si es No, ¿qué dosis? _____</p> <p>30. Si desgarro de IV grado administración de Ampicilina 1g EV C/6h y Gentamicina 160 mg/día. Si ( ) No ( )</p>
<p>RETENCIÓN PLACENTARIA.</p>	<p>31. ¿ Se colocaron 2 vías EV de NaCl 9/00 con 10 UI de oxitocina.? Si ( ) No ( ) Si es No, ¿qué dosis? _____</p>	<p>32. Antibiótico profiláctico una dosis. Cefazolina 1g EV c/6h más Metronidazol 500mg EV. Si ( ) No ( ) Si es No, ¿qué dosis?</p>	<p>33. Uso de la maniobra de Bran Andrews (la mano sobre la sínfisis pubiana y presión ; leve tracción de cordón umbilical) 34. Si ( ) No ( )</p>

<p>35. Si no funciona la Maniobra de Bran Andrews realizar la Extracción manual de la placenta.</p> <p>Si ( ) No ( )</p> <p>36. Uso de anestesia general de urgencia para la extracción manual de placenta.</p> <p>Si ( ) No ( )</p> <p>37. Sedación para la extracción manual de placenta con 10mg de Diazepam diluidos en 10ml de agua destilada EV.</p> <p>Si ( ) No ( ) Si es No, ¿qué dosis? _____</p> <p>—</p>	<p>38. Administración de analgesia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Petidina 100 mg EV lento. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si ( ) No ( )</li> <li>○ Si es No, ¿qué dosis?</li> </ul> </li> <li>▪ _____</li> <li>▪ Ketorolaco 1 amp IM. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si ( ) No ( )</li> <li>○ Si es No, ¿qué dosis?</li> </ul> </li> </ul>	<p>39. En caso de no estar completa se realizó legrado uterino.</p> <p>Si ( ) No ( )</p>	
<p>Si persistía la retención placentaria ¿Se realizó Laparotomía para histerectomía total o subtotal?</p> <p>Si ( ) No ( )</p>	<p>INVERSIÓN UTERINA</p>	<p>40. ¿Se trasladó a la paciente a la sala de operaciones y administrar anestesia general?</p> <p>Si ( ) No ( )</p>	<p>41. De no lograr reponer el útero ¿Se realizó histerectomía total abdominal?</p> <p>Si ( ) No ( )</p>
Factores intraparto			
<p>42. Tipo de parto:</p> <p>Vaginal ( ) Cesárea ( ).</p>	<p>43. Si fue cesárea, cual fue el motivo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Macrosómico.</li> <li>b. cesárea iterativa</li> <li>c. Podálico</li> <li>d. Preeclampsia severa.</li> <li>e. Eclampsia.</li> <li>f. Otros: _____</li> </ol>	<p>44. Duración del trabajo de parto:</p> <p>Horas: _____</p>	<p>45. Maniobra de Kristeller:</p> <p>Si ( ) No ( )</p>
<p>46. Rotura prematura de membranas.</p> <p>Si ( ) No ( )</p> <p>Si es si cuantas horas: _____</p>	<p>47. Inducción de trabajo de parto.</p> <p>Si ( ) No ( )</p> <p>48. Si fue si Cuántas unidades de oxitocina se usaron: _____</p> <p>49. Conducción de trabajo de parto</p> <p>Si ( ) No ( )</p> <p>50. Si fue si Cuántas unidades de oxitocina se usaron: _____</p>	<p>51. Episiotomía</p> <p>Si ( ) No ( )</p> <p>Si es si: Medio lateral ( ) Mediana ( )</p>	<p>52. Parto instrumentado.</p> <p>Si ( ) No ( )</p>



53. Desprendimiento de la placenta norma incerta: Si ( ) No ( )	54. Peso de la placenta. _____ gramos.	55. Coriarnionitis Criterios diagnósticos: a. Hemograma con leucocitosis y desviación izquierda (leucocitos mayor de 12,000) o leucopenia (menor de 4,000). b. Alteración del perfil de coagulación c. Proteína C Reactiva mayor de 2mg/dl. d. Velocidad de sedimentación mayor de 60mm. a) Tinción Gram: Presencia de gérmenes en líquido amniótico y más de 50 leucocitos por campo. b) Cultivo de líquido amniótico y o secreción cervical	
<b>Factores Intra parto: Cumplimiento de la guía</b>			
56. Alumbramiento dirigido Administración de 10 UI de oxitocina por vía intramuscular en el primer minuto de nacimiento del bebé. Si ( ) No ( )	57. Pinzamiento tardío del cordón umbilical (1-3 minutos después del nacimiento del bebé o cuando este deje de latir)  Si ( ) No ( )	58. Contacto piel a piel y lactancia materna inmediata (Apgar igual o mayor de 8 al minuto) Si ( ) No ( )	59. Controles puerperales (cada 15 minutos las dos primeras horas post parto) Si ( ) No ( )
<b>Factores maternos</b>			
60. Edad materna: ____ años.  61. Paridad: _____	62. Índice de masa corporal : _____(Kg/m2)	63. Hábitos nocivos (alcohol, tabaco): Alcohol: Si ( ) tiempo ____ años. No ( ) Tabaco: Si ( ) : ____ años. No ( )	
<b>Antecedentes Obstétricos</b>			
64. Aborto(s): _____  65. Antecedente de Hemorragia postparto.  Si ( ) No ( )	66. Antecedente de legrado uterino: Si ( ) No ( )	67. Periodo intergenésico: _____ meses.	68. Cirugía uterina previa: Si ( ) No ( )  69. Fibroma(s) uterino(s) :  Si ( ) No ( )
<b>Factores durante la gestación.</b>			
70. Controles prenatales : Nro: _____  71. Ganancia de peso durante la gestación de acuerdo al IMC pregestacional : _____ Kg/m2 72. Diabetes gestacional:  SI ( ) No ( )	74. HTA gestacional : HTA gestacional: Si ( ) No ( ). Si es si Cual es el Tratamiento _____  75. HTA crónica : Si ( ) Tratamiento: _____ Años de diagnóstico: ____ No ( ) o	76. Preeclampsia <u>Preclamsia Leve:</u>  d) PAS < 160 o diastólica < de 110 mmHg. e) Proteinuria cualitativa 1 +(test de ácido sulfosalicílico) o 2+(tira reactiva) o con proteinuria ≥ 300 mg en orina de 24 horas, f) No presentan daño en otro órgano blanco.	77. Eclampsia.Convulsión y/o evento neurológico Si ( ) No ( ) Tratamiento : _____  78. Síndrome de HELLP. ¿Se presentó alguno de los criterios siguientes?

<p>Si es si ¿Cuál es el tratamiento?: _____</p> <p>73. Alteraciones del volumen de líquido amniótico:</p> <p>ILA (Índice de Líquido Amniótico) _____ (cm).</p>		<p><u>Preclamsia severa :</u> Ante la presencia de cualquiera de los siguientes hallazgos se considera severa.</p> <p>d) PA sistólica <math>\geq 160</math> mmHg o PA diastólica igual o mayor de <math>\geq 110</math> mmHg.</p> <p>e) Proteinuria <math>\geq 2</math>gr en orina de 24 horas, y/o <math>\geq 2</math> + al usar tira reactiva o Acido Sulfosalicílico.</p> <p>f) <i>Evidencia de daño de órgano blanco</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trombocitopenia &lt; 100,000/mL</li> <li>▪ Compromiso de la función hepática: elevación de transaminasas,(TGO y/o TGP <math>\geq 70</math> U/ml ) o dolor en cuadrante superior derecho o epigastrio.</li> <li>▪ Creatinina sérica <math>\geq 1.2</math> mg/dl</li> <li>▪ Compromiso neurológico definido por cefalea persistente y alteraciones visuales (irritación cortical) ( ):_____</li> <li>▪ Edema pulmonar o cianosis.( )_____</li> <li>▪ Insuficiencia renal progresiva.</li> </ul>	<p>a) Esquistositos (eritrocitos fragmentados en lámina periférica). ( )</p> <p>b) Plaquetas: &lt; 100 000 /MI ( ).</p> <p>c) Deshidrogenasa láctica (LDH) &gt; 600 U/l. ( ).</p> <p>d) Aspartato transaminasa (AST/TGO). &gt; 70 U/L ( ).</p> <p>e) Alanina transaminasa (ALT/TGP). &gt; 70 U/l ( ).</p> <p>f) Bilirrubina Total: &gt; 1.2mg/100 mL. ( ).</p>
<b>Factores fetales.</b>			
<p>79. Edad gestacional :_____semanas</p>	<p>80. Peso al nacer.____gr.</p> <p>81. Longitud del cordón umbilical : _____(cm)</p>	<p>82. Presentación fetal.</p> <p>a. Cefálico ( ),</p> <p>b. Podálico ( ).</p> <p>c. Transversal</p> <p>d. Oblicuo( )</p> <p>e. Otros:_____</p>	
<b>Variables no implicadas</b>			
<p>83. Procedencia: Zona marginal ( ) Urbano ( ).</p>	<p>84. Grado de instrucción.</p> <p>a) Sin instrucción ( )</p> <p>b) Primaria incompleta ( )</p> <p>c) Primaria completa ( )</p> <p>d) Secundaria incompleta</p> <p>e) Secundaria completa</p> <p>f) Superior técnica ( )</p> <p>g) Superior universitario ( )</p>	<p>85. Estado civil:</p> <p>a) Soltera ( )</p> <p>b) Casada ( )</p> <p>c) Conviviente ( )</p> <p>d) Otro ( ).</p>	<p>a. Ocupación:</p> <p>a) Ama de casa</p> <p>b) Empleada</p> <p>c) Comerciante</p> <p>d) Estudiante</p> <p>e) Profesional</p> <p>86. Estado socioeconómico: Soles que gana al mes:_____</p>

## **ANEXO 03**

### **VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS Y METODO DE DISTANCIA DE PUNTO MEDIO**

#### **INSTRUCCIONES**

Para la validación del cuestionario se plantearon 10 interrogantes o preguntas, las que serán acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente:

5: Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.

4: Representará la estimación de que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.

3: Significará una absolución de la interrogante en términos intermedios de la interrogante planteada.

2: Representará una absolución escasa de la interrogante planteada.

1: Representará una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.

Se solicitará a los expertos que marquen con un aspa (X) en la escala de valoración que figura a la derecha de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.

## HOJA DE PREGUNTAS PARA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1.- ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2.- ¿Considera usted que la cantidad de ítems registradas en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3.- ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento, son una muestra representativa del universo, materia de estudio?	1	2	3	4	5
4.- ¿Considera usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestra similar obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5.- ¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
6.- ¿Considera usted que a todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen, los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7.- ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8.- ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9.- ¿Estima usted que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10.- ¿Qué aspectos habría que modificar, tendrían que incrementarse ó tendrían que suprimirse del presente instrumento? .....	..... ..... ..... ..... .....				

## VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Validez a juicio de expertos, utilizando el método DPP (Distancia del punto medio).

### - PROCEDIMIENTO

1. Se construye la tabla adjunta, donde se colocan los puntajes por ítem y sus respectivos promedios:

N° ÍTEMS	EXPERTOS				PROMEDIO
	A	B	C	D	
1	5	5	5	4	4.75
2	5	5	5	5	5
3	5	5	5	4	4.75
4	5	5	5	5	5
5	5	5	5	5	5
6	5	5	5	4	4.75
7	4	4	5	4	4.25
8	4	4	5	5	4.5
9	5	5	5	4	4.75

2. Con los promedios hallados se determina la distancia del punto medio (*DPP*) mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + \dots + (x - y_9)^2}$$

Donde:

$x$  = Valor máximo en la escala concedida para cada ítem (en este caso, 5).

$y$  = Promedio de cada ítem.

Si  $DPP$  es igual a cero (0), significa que el instrumento tiene una adecuación total con lo que pretende medir, por consiguiente puede ser aplicado para obtener la información.

Reemplazando en la fórmula, se tiene:

$DPP$

$$= \sqrt{(5 - 4.75)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 4.75)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 4.75)^2 + (5 - 4.25)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 4.75)^2}$$

Resultando  $DPP = 0.9014$

3. Determinar la distancia máxima ( $D.máx.$ ) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$(D.máx.) = \sqrt{(y_1 - 1)^2 + (y_2 - 1)^2 + \dots + (y_9 - 1)^2}$$

Donde:

$y$  = Promedio de cada ítem.

1 = Valor mínimo en la escala concedido para cada ítem.

Resultando ( $D.máx.$ ) = 11.4373

La ( $D.máx.$ ) se divide entre el valor máximo de la escala, que es 5:

$$\frac{(D.máx.)}{5} = 2.2875$$

4. Con este valor hallado se construye una escala valorativa a partir de cero (0) hasta llegar a ( $D.máx.$ ), dividiéndose en intervalos iguales entre sí, las cuales se denominarán con las letras A, B, C, D y E, donde:

A = Adecuación total.

B = Adecuación en gran medida.

C = Adecuación promedio.

D = Escasa adecuación.

E = Inadecuación.

5. El punto  $DPP$  debe caer en la zona "A" ó "B", caso contrario la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de las cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

Nuestro instrumento cayó dentro del intervalo A, por lo que presenta una adecuación total.