



UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ
Facultad de Ciencias de la Salud
Programa Profesional de Obstetricia

INFORME DE TESIS

**FRECUENCIA DE HEMORRAGIA POST PARTO INMEDIATO EN PUÉRPERAS DE PARTO
VAGINAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
JULIO A DICIEMBRE 2016.**

PRESENTADO POR BACHILLER EN OBSTETRICIA:

VERONICA DAYANARA MAFALDO RIVADENYRA

ASESOR:

DR CESAR RAMAL ASAYAG

Tesis presentada para optar el título profesional de obstetra

SAN JUAN _ IQUITOS
PERÚ
2017

DEDICATORIA

Este proyecto va dedicado a mis padres, mi hermanito y mi abuelito quienes son mi pilar fundamental y mi más valioso tesoro, por creer siempre en mi capacidad para alcanzar mis metas propuestas, y sobre todo por su inmenso amor, apoyo y sacrificio a lo largo de todo éste tiempo.

AGRADECIMIENTO

A Dios; Por haberme permitido llegar hasta este punto y por darme salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres; Que gracias a ellos he llegado a ser una persona de bien, que con sus consejos y ejemplos de perseverancia me motivaron a seguir luchando, y en especial gracias a su apoyo incondicional en el transcurso de mi vida y preparación académica.

A la Universidad Científica del Perú; por ser parte de mi formación en mi vida profesional, donde obtuve grandes conocimientos científicos y morales.

Al Hospital Regional de Loreto; en especial a los obstetras, por permitirme realizar este proyecto, por la experiencia y los conocimientos adquiridos para mi futura profesión.



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Iquitos, a los 14 días del mes de Junio del 2018, siendo las 07:00 p.m., el Jurado de Tesis designado según **Resolución Decanal N° 841- 2017-UCP-FCS**, de fecha 27 de Noviembre del 2017, con cargo a dar cuenta al Consejo de Facultad integrado por los señores docentes que a continuación se indica:

⊕ Méd. Eder Eli Aguilar Rojas	Presidente
⊕ Obst. Gisela Palmela Pautrat Robles	Miembro
⊕ Obst. Gino Gayoso Sosa	Miembro

Se constituyeron en las instalaciones de la Sala de Sesiones del Consejo Directivo de nuestra Universidad, para proceder a dar inicio al Acto de Sustentación pública de la Tesis Titulada: **“FRECUENCIA DE HEMORRAGIA POST PARTO INMEDIATO EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, JULIO A DICIEMBRE 2016”**, de la Bachiller: **VERONICA DAYANARA MAFALDO RIVADENEYRA**, para optar el **TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA**, que otorga la **UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ**, de acuerdo a la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto General de la UCP vigente.

Luego de haber escuchado con atención la exposición del sustentante y habiéndose formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas de forma SATISFACTORIA.

El Jurado llegó a la siguiente conclusión:

INDICADOR	EXAMINADOR 1	EXAMINADOR 2	EXAMINADOR 3	PROMEDIO
A) Aplicación de la teoría a casos reales	3	3	3	
B) Investigación Bibliográfica	3	3	3	
C) Competencia expositiva (claridad conceptual, Segmentación, coherencia)	3	3	3	
D) Calidad de respuestas	3	3	3	
E) Uso de terminología especializada	3	3	3	
CALIFICACIÓN FINAL	15	15	15	

RESULTADO:


APROBADO POR: MAYORIA

CALIFICACIÓN FINAL (EN LETRAS) QUINCE

LEYENDA:

INDICADOR	PUNTAJE
DESAPROBADO	Menos de 13 puntos
APROBADO POR MAYORÍA	De 13 a 15 puntos
APROBADO POR UNANIMIDAD	De 16 a 17 puntos
APROBADO POR EXCELENCIA	De 18 a 20 puntos


 Méd. Eder Eli Aguilar Rojas
 Presidente

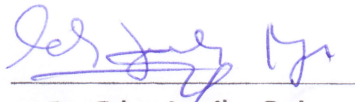

 Obst. Gisela Palmela Pautrat Robles
 Miembro


 Obst. Gino Gayoso Sosa
 Miembro

TESIS: FRECUENCIA DE HEMORRAGIA POST PARTO INMEDIATO EN PUÉRPERAS

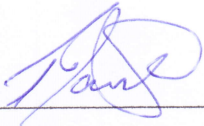
DE PARTO VAGINAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO

JULIO A DICIEMBRE DEL 2016.



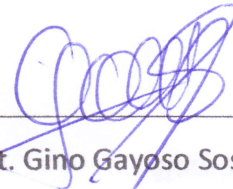
Dr. Eder Aguilar Rojas

Presidente



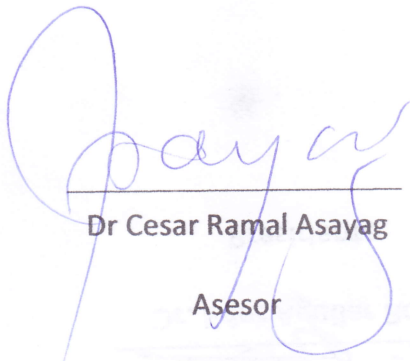
Obst. Gisela Pautrat Robles

Miembro



Obst. Gino Gayoso Sosa

Miembro



Dr Cesar Ramal Asayag

Asesor

JULIO A DICIEMBRE DEL 2016

DE PARTO VAGINAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO

TESIS: FRECUENCIA DE HEMORRAGIA POST PARTO INMEDIATO EN PUÉRPERAS

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	

Capítulo I

INTRODUCCIÓN.....	01
1.1 ANTECEDENTE DEL ESTUDIO.....	03
1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	09
1.3 OBJETIVOS.....	13
1.3.1 OBJETICO GENERAL.....	13
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13

Capitulo II

2.1 MARCO TEÓRICO	14
2.1.1 HEMORRAGIA POST PARTO	14
2.1.2 EPIDEMIOLOGIA	14
2.1.3 CLASIFICACIÓN.....	14
2.1.4 ETIOLOGÍA.....	15
2.1.5 DIAGNOSTICO	15
2.1.6 TRATAMIENTO	16
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	19
2.3 VARIABLES	20
2.3.1 VARIABLES DEPENDIENTES	20
2.3.2 VARIBLES INDEPENDIENTES	20

Capítulo III

3.1 TIPO DE INVESTIGACION.....	21
3.2 DISEÑO DE INVESTIGACION.....	21
3.3 POBLACION Y MUESTRA.....	22
3.3.1 POBLACIÓN	22
3.3.2 MUESTRA	22
3.4 TÉCNICAS	23
3.5 INSTRUMENTOS	23
3.6 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	23
3.7 PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS.....	23

Capítulo IV

RESULTADOS.....	24
DISCUSION DE RESULTADOS.....	30
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS.....	37

INDICE DE GRÁFICOS

Nº	TÍTULOS	PÁG
1.	FRECUENCIA DE HEMORRAGIA POST PARTO	24
2.	EDAD DE PÚERPERAS CON HPP	25
3.	ESTADO CIVI DE PÚERPERAS CON HPP	25
4.	NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE PÚERPERAS CON HPP	26
5.	PROCEDENCIA DE PÚERPERAS CON HPP	26
6.	EDAD GESTACIONAL DE PÚERPERAS CON HPP	27
7.	PARIDAD DE PÚERPERAS CON HPP	27
8.	ATENCIÓN PRENATAL DE PÚERPERAS CON HPP	28
9.	PERIODO INTERGENÉSICO DE PÚERPERAS CON HPP	28
10.	CAUSAS DE PÚERPERAS CON HPP	29

FRECUENCIA DE HEMORRAGIA POST PARTO INMEDIATO EN PÚERPERAS DE PARTO VAGINAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, JULIO A DICIEMBRE DEL 2016

Resumen:

AUTOR: Veronica Dayanara Mafaldo Rivadeneyra.

A fin de estudiar la frecuencia de hemorragia post parto inmediato en puérperas de parto vaginal en el Hospital Regional de Loreto entre julio a diciembre del 2016 estudiamos 901 pacientes. De ellas el 15.09% presentó hemorragia post parto. Se estudiaron las características sociodemográficas: adolescentes el 8.0%, adultas el 72.0%, añosas el 20%. Estado Civil, solteras el 42%, casadas el 12.3% mientras que conviviente el 45.7%. Nivel de Instrucción, primaria el 28.88%, secundaria el 26.66%, superior técnica el 22.96%, superior universitaria el 8.91%. Sin instrucción el 12.59%. La procedencia es urbana en un 49.26%, mientras que rural el 50.74%. Las características obstétricas fueron: Edad gestacional, a término el 84.67%, pretermino el 0.72%, posttermino el 14.61%. El periodo intergenésico fue adecuado en el 64.17% de pacientes mientras que fue inadecuado en el 35.83%. En relación a la paridad: primípara el 49.26%, múltipara el 50.71%. La atención prenatal fue adecuada en el 48.52%, inadecuado en el 51.48%.

Encontramos las causas más frecuentes de hemorragia post parto inmediato en puérperas de parto vaginal son, en orden decreciente, retención placentaria el 63.99%, desgarro de cérvix en un 25.73%, alumbramiento manual un 5.88%, atonía uterina el 3.67%. Un solo caso de hipotonía uterina, (0.73%).

Palabras clave: Hemorragia post parto, puérperas, parto vaginal, características socio demograficas, características obstetricas.

**FREQUENCY OF IMMEDIATE POSTPARTUM HEMORRHAGE IN
VAGINAL DELIVERY VETS AT THE REGIONAL HOSPITAL OF LORETO,
JULY TO DECEMBER 2016**

Abstract:

AUTHOR: Veronica Dayanara Mafaldo Rivadeneyra.

In order to study the frequency of immediate postpartum hemorrhage in puerperal vaginal delivery attended at the Regional Hospital of Loreto between July to December 2016 we studied 901 patients. Of these, 15.09% presented postpartum hemorrhage. Sociodemographic characteristics were studied: adolescents 8.0%, adults 72.0%, elderly 20%. Marital status, single 42%, married 12.3% while cohabitating 45.7%. Instruction level, primary 28.88%, secondary 26.66%, technical superior 22.96%, university superior 8.91%. Without instruction 12.59%. The procedence is urban in a 49.26%, while rural 50.74%. The obstetric characteristics were: gestational age, term 84.67%, pre-term 0.72%, posterity 14.61%. The intergenesic period was adequate in 64.17% of patients while it was inadequate in 35.83%. In relation to parity: primípara 49.26%, multipara 50.71%. Prenatal care was adequate in 48.52%, inadequate in 51.48%. We found the most frequent causes of immediate postpartum hemorrhage in puerperal vaginal delivery are, in decreasing order, placental retention 63.99%, cervical tear in 25.73%, manual delivery 5.88%, uterine atony 3.67%. We found a single case of uterine hypotonia, (0.73%).

Key words: Postpartum haemorrhage, puerperal, vaginal delivery, socio-demographic characteristics, obstetric characteristics.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La hemorragia postparto se define tradicionalmente, como una pérdida de sangre de al menos 500 ml. en un parto vaginal y 1000 ml en una cesárea, sin embargo, el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) la define como “una pérdida de sangre acumulada de 1000ml o pérdida de sangre acompañada de signos/síntomas de hipovolemia, dentro de las 24 horas siguientes al proceso del parto” (1).

El ACOG establece la siguiente recomendación: en caso de que la pérdida de sangre se sitúe entre 500 ml y 999ml, solo supondrá la necesidad de aumentar el control de las complicaciones potenciales clínicamente establecidas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) por su parte, se refiere a esta complicación obstétrica como “una pérdida de sangre de 500 ml. o más en las primeras 24 horas tras el parto” (1)

Recientemente, un grupo de expertos internacionales en distintos campos relacionados, como ginecología, anestesia, obstetricia y hematología, **adoptaron un consenso sobre la definición de hemorragia postparto**, considerando esta entidad como “un sangrado activo superior a 1000 ml. en las primeras 24 horas tras el parto, que continúa a pesar del uso de medidas iniciales incluyendo agentes úterotónicos de primera línea y masaje uterino” (1).

La controversia en torno a la definición de la hemorragia postparto hace visible la falta de conocimiento acerca de esta patología. Esta situación junto con el nivel mundialmente bajo de evidencia científica hace que el abordaje de la hemorragia postparto se fundamente más en culturas locales que en una base científica sólida.

La hemorragia postparto (HPP) es la principal causa de muerte maternal en el mundo, ocasionando un 27,1% de las muertes, seguida de trastornos hipertensivos y sepsis. En España, la hemorragia postparto es responsable del 23,07% de la mortalidad materna (1)

La mortalidad materna es inaceptablemente alta, cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Se calcula que en el 2015 hubo 300 000 muertes maternas en el embarazo, parto y hasta después de ellas (13)

El Sistema Informático Perinatal de la Organización Panamericana de la Salud registra la letalidad por hemorragia post parto estimada sobre casos validos fue el 2.2%, en mayor detalle el 3% (21.542) de estas gestantes presentaron hemorragia vinculadas al periodo prenatal y post parto. El 52.7% se registró en el primer trimestre, el 7.8% el segundo, el 12.9% en el tercero y el 26.4% en el post parto (16).

En el Perú la razón de muerte materna evoluciono de 251 en el año 1990 a 2015 en el año 1995, 140 en el año 2000, 114 en el año 2005, 92 en el año 2010 y 68 en el año 2015.

En Loreto, durante el periodo enero a noviembre del 2016 fue la cuarta Región con más muerte materna, 23 casos siendo la principal causa las hemorragias (17).

De allí nuestro interés en estudiar la hemorragia post parto inmediato en puérperas de parto vaginal.

1.1. ANTECEDENTES

Internacionales

López V. Ecuador (2012) determinó, en el Hospital Vicente Corral Moscoso, la cantidad del sangrado durante el parto y factores asociados a hemorragia. Fue un estudio transversal de prevalencia, con 409 parturientas.

Planteó la hipótesis que la Hemorragia intraparto es más frecuente cuando se asocian factores como multiparidad, partos distócicos conducidos, uso de sulfato de magnesio, peso del recién nacido mayor de 3500 gramos, anemia previa, episiotomía, fase activa prolongada, conducción del parto igual o mayor a 4 horas. Resultados: El promedio del sangrado fue de 340.63 ml.

La prevalencia de la Hemorragia encontrada fue del 9%.

Los factores asociados fueron parto distócico conducido RP 3.58, IC 95% (1.97-6.48) p 0.000; uso de sulfato de magnesio RP 3.69, IC 95% (1.45-7.50) p 0.022; recién nacido con un peso mayor a 3500 gramos, RP 3.34, IC 95% (1.81-6.02) p 0.000; anemia RP 2.34, IC 95% (1.27-4.28) p 0.012; conducción del parto igual o mayor a 4 horas RP 3.63, IC 95% (1.490-6.926) p 0.014.-

Las Conclusiones que planteó fueron: la prevalencia de Hemorragia intraparto en nuestro estudio es similar a la publicada en la literatura internacional, demostrando una asociación con los factores planteados inicialmente con excepción de la multiparidad, episiotomía y fase activa prolongada (2)

Khireddine I, Le Ray et al. Francia (2013) en su trabajo Inducción de Trabajo y Riesgo de hemorragia postparto en parturientas de bajo riesgo, realizan un estudio de casos y controles de base poblacional de mujeres de bajo riesgo que dio a luz en 106 maternidades francesas entre diciembre de 2004 y noviembre de 2006, incluyendo 4450 mujeres con HPP, 1125 de ellos graves, y 1744 controles. Los resultados fueron que la inducción del parto se asoció con un riesgo significativamente mayor de hemorragia postparto (odds ratio ajustada, AOR1.22; IC del 95%: 1,04 a 1,42). Este exceso de riesgo se encontró para la inducción con oxitocina tanto (AOR 1,52, 95% CI 1,19-1,93 para todos y 1,57, 95% CI 1,11-2,20 para HPP grave) y las prostaglandinas (AOR 1,21; IC del 95%: 0,97 a 1,51 para todos y 1,42, 95% CI 1,04-1,94 para HPP grave). En este trabajo se concluyó que incluso en las mujeres de bajo riesgo, la inducción del parto,

independientemente del método utilizado, se asocia con un mayor riesgo de hemorragia postparto que en el trabajo de parto espontáneo (3)

Wetta L. EE.UU (2013) realizó el estudio Factores de riesgo para la atonía uterina/hemorragia postparto requieren tratamiento después del parto vaginal. Realizaron un análisis secundario de un ensayo aleatorio 3 brazo doble ciego de diferentes regímenes de dosis de oxitocina para prevenir la atonía uterina después del parto vaginal. El resultado primario fue la atonía uterina o hemorragia que requiere tratamiento.

En total, se evaluaron 21 factores de riesgo potenciales. Se utilizó regresión logística para identificar los factores de riesgo independientes utilizando 2 estrategias de selección de modelos predefinidos complementarias. Entre 1798 mujeres asignadas al azar a 10, 40 o 80 U de oxitocina profiláctica después del parto vaginal, la atonía uterina tratada ocurrió en 7%. Hispanos (odds ratio [OR] = 2,1; 95% intervalo de confianza [IC], 1,3 a 3,4), los blancos no hispanos (OR, 1,6; IC del 95%, 1,0-2,5), la preeclampsia (OR, 3,2; IC del 95%, 2,0-4,9), y corioamnionitis (OR, 2,8; IC del 95%, 1,6-5,0) fueron factores de riesgo independientes consistentes.

Otros factores de riesgo sobre la base de las estrategias de selección especificados fueron la obesidad, la inducción / aumento de la mano de obra, gemelos, hidramnios, anemia, y la detención de descenso. La amnioinfusión parece tener un efecto protector contra la atonía uterina (OR, 0,53; IC del 95%, ,29-0,98). La conclusión fue que los factores de riesgo independientes para la atonía uterina que requiere tratamiento incluyen etnia hispana y no hispana blanca, la preeclampsia y la corioamnionitis (4)

Rodas K. Ecuador (2013) estudió en el Hospital Regional San Juan de Dios de Estelí (HRSJD-Estelí) el total de 81 mujeres (0.6% del total de 13,441 partos) atendidas por hemorragia posparto entre 2008-2011 y cesárea en el servicio de Ginecoobstetricia. La mayoría de las pacientes tenían 20-30 años, de procedencia rural, en unión estable y con educación secundaria.

Los factores antenatales más importantes fueron la primiparidad, anemia, y distensión uterina; durante el parto: pre-eclampsia y agotamiento materno; en el post parto: atonía uterina, desgarros, retención de placenta y restos placentarios.

Más del 90% completaron las variables de la Historia Clínica Prenatal (HCP): antecedentes personales y obstétricos, antecedentes de la gesta actual, el esquema de

inmunización, admisión y atención del parto y anticoncepción; Menos del 70% completaron: datos de identificación, examen físico y complementarios, exámenes de laboratorio y enfermedades maternas; y sólo en un tercio de los expedientes clínicos se encontró completo el IMC (5)

Toledo M, (2013) evaluó en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa (HRAJ) en Nicaragua, la aplicación del protocolo de hemorragia posparto del MINSA, proveyendo información acerca de las características socioeconómicas, patológicas y obstétricas de las pacientes. La paciente típica tiene entre 20-35 años, de procedencia rural, es ama de casa, en unión estable y con escolaridad primaria. Brinda información sobre antecedentes patológicos y obstétricos importantes como malnutrición, anemia, multiparidad y confirma a la atonía/hipotonía uterina como la principal causa asociada. La contribución fundamental es la evaluación del deficiente cumplimiento del diagnóstico, clasificación y manejo de la hemorragia posparto: no se realiza la clasificación del grado de shock, 30% no cumple medidas generales y manejo terapéutico según estándares, 26% no aplica el MATEP y cerca de la mitad no cumple criterios de alta, según el registro del expediente (6)

Palomo J. (2014) realiza un trabajo de Tesis en Guatemala titulado Incidencia de la Hemorragia post parto por atonía uterina. Se realizó una investigación retrospectiva, transversal y descriptiva de las pacientes con hemorragia postparto en los meses de marzo a octubre del 2011. El universo estuvo constituido por todas las pacientes que ingresaron a sala de labor y partos y la muestra se conformó con las pacientes que tuvieron hemorragia postparto por atonía uterina independientemente de la vía del nacimiento(n=67).

Los resultados fueron que el 35.82 % tenían edades comprendidas entre 15 y 19 años seguidas del 34.32% con edad de 20 a 24 años. El 40.30% eran terciparas o más y el 32.83 % nulíparas. El 77,61 tenían embarazo a término y parto eutócico en el 68.65%, El 31.25 % de las cesáreas fueron por desproporción cefalopélvica y el 25% por sufrimiento fetal agudo. Al 73.13% de las pacientes se le administró Misoprostol 800 mcg rectal única dosis, oxitocina intravenosa a 20u/lt sol a 30-60 gotas minuto, en el 52.23% de los casos. El 77.61% llevaron atención prenatal. Los principales factores de riesgo intraparto fueron la oxito-conducción en 52.24% y parto precipitado con un 14.93%. La conclusión fue que predominó la edad de 15 a 19 años y las que tenían tres

partos o más, embarazo a término y parto eutócico, las principales causas de cesáreas fueron la desproporción cefalopélvica y el sufrimiento fetal agudo.

Las acciones realizadas fueron administración de Misoprostol, Oxitocina, Carbetocina y Metilergonovina. El 77.61 % de las pacientes llevó atención prenatal y el principal factor de riesgo intraparto fue la oxitococonducción (7)

Lugo S. Cuba (2014) realiza la Caracterización de las pacientes con hemorragia uterina puerperal en las que se utilizó misoprostol.

Realizó un estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo, de las pacientes que presentaron hemorragia puerperal inmediata, que no resolvieron el cuadro clínico con la Ergometrina ni oxitocina en el Hospital Gineco- obstétrico de Guanabacoa en el período comprendido entre enero y diciembre del año 2011.

Se evaluaron un total de 37 historias clínicas de pacientes que presentaron atonía uterina; de ellas se escogieron 32 (muestra) que manifestaron este evento en las primeras 4 h del puerperio. El resultado del estudio fue que se comprobó que, de las 32 mujeres, el 53 % eran multíparas; 30 % de las pacientes con hemorragia puerperal inmediata tenían una edad gestacional entre 37 y 42 sem y en 22 de ellas el parto fue eutócico.

No fue significativa la fase latente prolongada. La conclusión fue que se recomienda el uso del misoprostol en el curso de la hemorragia puerperal inmediata por comprobarse su efectividad (8)

Ekin A et al. África (2015) realizan el trabajo Factores predictivos de la severidad de la hemorragia postparto primaria.

Las mujeres que experimentaron hemorragia post parto en las primeras 24 horas después de la entrega en un período de 3 años se evaluaron retrospectivamente. Los pacientes se dividieron en dos grupos sobre la base de la HPP grave (n = 125) o HPP no grave (n = 411). Factores de riesgo y etiologías de hemorragia postparto severa se exploraron mediante regresión logística univariante y análisis multivariados.

Los resultados fueron que la PPH y severa PPH complicados 2,1 y 0,49% de todos los partos, respectivamente.

La entrega anterior por cesárea (OR = 3,15; IC del 95% = 1,02 a 10,3; p = 0,001), trabajo de parto prolongado (OR = 3,62; IC del 95% = 3.21 a 4.3; p <0,001), estimulación con oxitocina (OR = 3,32, 95% IC 2,05-5,93; p <0,001) y de emergencia

cesárea (OR = 4,75; IC del 95%: 1,32 a 12,96; p <0,001) fueron los factores asociados de forma independiente con severa hemorragia postparto.

Las etiologías asociadas significativamente con HPP grave son la atonía uterina (OR = 2,72; IC del 95%: 1,64 a 4,55; p <0,001) y placentación anormal (OR = 3,05, 95% CI 1,56-6,27; p = 0,006).

La conclusión fue que la cesárea anterior, parto prolongado, estimulación con oxitocina y el parto por cesárea de emergencia son más fuertes predictores de la pérdida severa de sangre en mujeres con HPP.

Además, la atonía uterina y placentación anormal son las etiologías asociadas significativamente con severa hemorragia postparto (9)

Nathan H. Reino Unido (2015) llevaron a cabo una investigación con la finalidad de valorar la utilidad del índice de shock en relación con el pronóstico y la evolución intrahospitalaria en puérperas con hemorragia postparto, por medio de un estudio retrospectivo seccional transversal en el que se incluyeron a 233 pacientes con hemorragia obstétrica superior a 1000 cc; en relación a la necesidad de transfusión sanguínea el índice de shock alcanzo una exactitud pronostica de 75% tomando como referencia un valor > de 0.9; con este mismo valor, la sensibilidad y especificidad para ingreso a unidad de cuidados intensivos fue de 100% y 43% respectivamente (10)

Nacionales

Altamirano P. Perú (2012) estudió factores de alto riesgo asociados a HPP inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el cómo trabajo de Tesis en la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma de Lima el 2012. Realizó un estudio analítico, retrospectivo, de corte transversal, de casos y controles. La población estuvo constituida por todas las puérperas inmediatas que cumplieron con los criterios de inclusión. Se encontraron 65 casos que se estudiaron con 65 controles que fueron apareados por grupos de edad y referencia. Se realizó el análisis de regresión logística múltiple, Odds ratio (OR) con intervalo de confianza de 95%. Sus resultados fueron que la frecuencia de HPP fue de 1.52%. Los principales factores de alto riesgo durante el embarazo para el grupo de casos se destacan en orden de frecuencia: primigesta 23.8%, infección de vías urinarias 11,9%, periodo intergenésico largo con 11.1%, talla baja 8.7%, añosa 7.4%, anemia 6.3%. Entre los principales factores de riesgo intraparto que encontró de acuerdo al orden de frecuencia fueron: episiotomía 40.3 %, ruptura

prematura de membrana 14,7%, parto precipitado 12,8%, oxito-conducción 10%, parto prolongado 7,3. Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontraron 2 factores cuyos valores de p fueron estadísticamente significativos ($p < 0.05$), el parto precipitado ($p = 0.039$) y la episiotomía ($p = 0.021$). Se concluyó que los factores de riesgo intraparto identificados son la episiotomía y el parto precipitado. Las principales causas de hemorragia postparto la constituyen desgarro del canal del parto, atonía uterina, retención de restos placentario. La frecuencia de HPP en el Hospital María Auxiliadora fue de 1.52% (11)

Locales

García E. Iquitos (2016) estudió el preliminar de un trabajo mucho más concienzudo y esbozado donde se trata de la hemorragia post parto en el Hospital Regional de Loreto. El objetivo de esta revisión es describir las características de la HPP, analizar las etiologías más frecuentes, definir los medios con los que cuenta el país para su diagnóstico y eventual prevención, mostrar cuáles son las medidas terapéuticas a nuestro alcance y enfatizar la importancia de la acción multidisciplinaria e idealmente en base a protocolos de acción ante estos eventos. La atonía uterina es la causa principal de HPP. Se presenta en uno de cada 20 partos, representa el 80% de las HPP y es responsable de 50% de las muertes maternas en los países pobres (12)

1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

A pesar del progreso que se ha logrado en los últimos años en la reducción de la cantidad de mujeres que sufren morbilidad o mortalidad por hemorragia posparto (HPP), ésta continúa siendo la causa directa más común de muerte materna en los países de ingresos bajos.

La mortalidad materna es inaceptablemente alta, cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Se calcula que en el 2015 hubo 303 000 muertes maternas en el embarazo, parto y hasta después de ellas. La mayoría correspondió a los países de ingresos bajos y la mayor parte de ellas podían haberse evitado.

Los países en desarrollo han adoptado una nueva meta para reducir aún más la mortalidad materna. Una de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 consiste en reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial.

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional. Más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria.

La razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo en 2015 es de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000. Hay grandes disparidades entre los países, pero también en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana. El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son una de las causas de muerte principales de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo.

Por término medio, las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida. El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 4900 en los países desarrollados y de 1 en 180 en los países en desarrollo. En los países clasificados como estados frágiles el riesgo es de 1 por 54, lo cual demuestra las consecuencias de la descomposición de los sistemas de salud. (13)

De qué mueren las embarazadas

Hay numerosas causas directas e indirectas de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio. A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. **Las cuatro causas principales son las hemorragias intensas** (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia) y el parto obstruido. Las complicaciones del aborto peligroso son la causa de un 13% de esas muertes. Entre las causas indirectas los países han adoptado una nueva meta para reducir aún más la mortalidad materna (14)

La hemorragia postparto es una de las complicaciones más temidas que pueden surgir en el puerperio. Actualmente, la mejor atención obstétrica y la mayor disponibilidad y mejor uso de fármacos oxitócicos, han hecho que su incidencia no supere el 5% (los análisis estadísticos más optimistas calculan cifras en torno al 1%), si bien hay que tener en cuenta que estas cifras corresponden a estadísticas realizadas en países desarrollados. De todos modos, sigue siendo una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo, siendo en la mayoría de los casos potencialmente evitable. (15)

La hemorragia posparto es una de las principales causas de mortalidad materna. Se estima que, en todo el mundo, alrededor del 11% de las mujeres que dan a luz un nacido vivo sufren hemorragia postparto severa.

En América Latina, el 8.2% de las hemorragias obstétricas que requieren transfusión ocurren en el periodo postparto, representando el 64% de las necesidades totales de transfusión, de acuerdo a un análisis realizado en 712.081 historias clínicas perinatales

disponibles en la base regional del Sistema Informático Perinatal de la Organización Panamericana de la Salud, correspondientes al período 2009-2012. La letalidad por hemorragia en el período posparto estimada sobre casos válidos fue de 2.2%. En mayor detalle, el 3% (21.542) de estas gestantes presentaron hemorragias vinculadas al período prenatal y posparto. El 52.7% se registró en el primer trimestre, el 7.8% en el segundo, el 12.9% en el tercero y el 26.4% en el posparto.

Las hemorragias más graves, se presentaron durante el tercer trimestre de la gestación (4.9%) y en el período posparto (8.2%). (16)

En el Perú la razón de muerte materna evolucionó de 251 en (1990) a 2016 en (1995), 140 en (2000), 114 en (2005), 92 en (2010) y 68 en (2015).

En Loreto, durante el periodo enero a noviembre 2016, Loreto fue la cuarta Región con más muertes maternas, 23 casos siendo la principal causa las hemorragias. (17)

Es preciso mencionar además que la hemorragia postparto tiene un impacto directo en la estabilidad hemodinámica de las pacientes lo cual se manifiesta a través de síntomas y/o signos evidentes de hipovolemia

Es importante tener en cuenta que las estimaciones clínicas acerca de la cantidad de pérdida sanguínea tienden a subestimar el volumen real de pérdida, motivo por el cual la incidencia de hemorragia postparto varía en los diferentes estudios (1)

La hemorragia post parto es una de las causas más graves constituyendo una de las emergencias obstétricas más temidas tanto en el Perú como a nivel mundial por ello es fundamental el acceso de la gestante a servicios de salud sexual y reproductiva además de acciones de alto impacto como la asistencia adecuada y calificada del parto, del diagnóstico precoz de las distintas patologías obstétricas y manejo adecuado de las complicaciones obstétricas y del puerperio (18)

El riesgo de la hemorragia es más grave aún si la madre tenía patologías asociadas a su condición de salud materna, como la anemia y la malnutrición, patologías que frecuentemente acompañan a las pacientes pobres y que lleva a la hemorragia posparto a tener una mayor severidad clínica; es más, se afirma que dos tercios de las pacientes que presentaron hemorragia posparto no identificaron la presencia de riesgos clínicos.

La hemorragia está relacionada como causa de muerte con el parto domiciliario y sus complicaciones como retención de placenta y atonía uterina (19)

La hemorragia postparto, es la pérdida sanguínea mayor de 500 cc consecutiva al parto vía vaginal o más de 1000 cc luego de una cesárea o sangrado postparto con cambios hemodinámicas, caída del hematocrito en más de 10%.

La mayoría de hemorragias postparto pueden ser prevenibles y tratables, la prevención implica la puesta en marcha de diversos números de intervenciones enfocadas a disminuir la aparición y desarrollo de los factores de riesgo, como el mejoramiento al acceso a la atención prenatal durante la gestación. En el Perú el 96% de gestantes recibió control prenatal de un proveedor de salud calificado (20)

Esta definición de Hemorragia Post Parto ha puntualizado el tiempo, pero no está libre de problemas. Por ejemplo, un punto de corte de 500 ml implica que cualquier pérdida menor a este límite puede ser bien tolerada y no constituir un factor de riesgo. Esto ciertamente no es el caso en países donde la anemia severa es común y cualquier pérdida de sangre, aunque sea igual o menor a 500 ml constituye un problema clínico. Esta definición es de difícil estimación, no es fácil medir cuantitativamente la cantidad de sangrado. La tendencia en la actualidad es definirla como cualquier sangrado genital que descompense hemodinámicamente a la paciente y pueda causar daño tisular en las primeras 24 horas postparto (21)

El diagnóstico oportuno de la hemorragia posparto puede evitar complicaciones como mortalidad o morbimortalidad materna extremas.

La estimación clínica del sangrado posparto tiene una baja sensibilidad y especificidad, lo que lleva a un diagnóstico tardío. La hemorragia posparto se identifica clínicamente por la presencia de signos de choque durante el puerperio inmediato

El manejo de esta patología está centrado en cuatro pilares fundamentales: comunicación, reanimación, investigación de la causa y control de la hemorragia (22)

Pueden tomarse como referencia los siguientes signos: presión arterial sistólica (que indica afección hemodinámica leve/moderada/ grave) y síntomas que indican hemorragia leve: debilidad, sudor, taquicardia., moderada; palidez, oliguria y shock; fallo renal con anuria, disnea, Síndrome de Sheehan (es el infarto de la glándula hipofisaria secundario a una HPP) (23- 24).

Surgió entonces la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de hemorragia post parto inmediato en puérperas de parto vaginal del Hospital Regional de Loreto, entre julio y diciembre del año 2016?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Determinar la Frecuencia de Hemorragia Post Parto inmediato en puérperas de parto vaginal del Hospital Regional de Loreto, julio a diciembre 2016.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de Hemorragia Post Parto inmediato en puérperas de parto vaginal del Hospital Regional de Loreto, Julio a diciembre 2016.
- Determinar las características sociodemográficas de las puérperas de parto vaginal con Hemorragia Post parto Inmediato del Hospital Regional de Loreto, julio a diciembre del 2016.
- Determinar las características obstétricas más frecuentes en puérperas de parto vaginal con hemorragia post parto inmediato del Hospital Regional de Loreto, julio- diciembre 2016.
- Determinar las causas más frecuentes de Hemorragia Post Parto inmediato en puérperas de parto vaginal del Hospital Regional de Loreto. Julio- diciembre 2016.

CAPITULO II

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Hemorragia Post Parto:

La hemorragia postparto (HPP) es una de las complicaciones más temidas que pueden surgir tras un parto vaginal o una cesárea y una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo, siendo en la mayoría de los casos evitable. Su incidencia es mucho mayor en los países en vías de desarrollo. En los países desarrollados se estima que su incidencia no supera el 5%. (25)

2.1.2 Epidemiología:

La hemorragia postparto (HPP) constituye el 35% del total de las Mortalidad Materna. La Organización Mundial de la Salud estimó en 20 millones el número anual de las complicaciones maternas por HPP.

Las principales razones que explican esta elevada incidencia son: la falta de acceso de parto asistido por personal capacitado y la práctica inadecuada o limitada del manejo activo del alumbramiento.

De acuerdo a Cowen, cuando la paciente es asistida en los servicios de salud, la demora en el reconocimiento de la hipovolemia y el inadecuado reemplazo del volumen, son la razón principal de MM. Se estima que alrededor de 14 millones de mujeres sufren una pérdida de sangre severa después del parto, el 1% de éstas muere y un 12% adicional sobrevive con anemia severa (26)

2.1.3 Clasificación:

- Hemorragia posparto primaria o inmediata: La Hemorragia post parto primaria o inmediata es aquella que se produce dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto. Aproximadamente, el 70% de los casos de HPP inmediata se producen debido a atonía uterina.
- Hemorragia posparto secundaria o tardía: La Hemorragia Post Parto secundaria o tardía se produce entre las 24 horas y seis semanas posparto. La mayoría de los casos de HPP tardía se deben a la retención de productos de la concepción, infección o ambas (27)

2.1.4 Etiología:

El inicio de una hemorragia posparto está determinado por la alteración de los 4 pilares principales.

- a) Alteraciones del tono uterino (Hipotonía, Atonía uterina); esta puede ocurrir cuando existe: Sobredistensión uterina, Agotamiento de la musculatura uterina, Infección, corioamnionitis, Anomalía uterina, Fármacos útero-relajantes.
- b) Trauma (20 %): Laceración cervico-vaginal., Prolongación de la histerectomía en la cesárea, Ruptura uterina, inversión uterina
- c) Retención de restos postparto (Tejido 10 %) Retención de restos (placenta, membranas), Alumbramiento incompleto.
- d) Alteraciones de la coagulación (Trombina): Alteraciones de la coagulación preexistentes, Alteración adquirida durante la gestación (28)

2.1.5 Diagnostico

Habitualmente se realiza el diagnóstico de HPP cuando el sangrado excede lo que el médico estima como “normal” tanto en cantidad como en duración. Es importante definir de manera práctica y sencilla el concepto de hemorragia, especialmente tras el parto donde el límite entre el sangrado fisiológico y la HPP debe estar claro para evitar retrasar el inicio del tratamiento.

Cuando se desencadena una hemorragia obstétrica, como en cualquier cuadro hemorrágico, en función del volumen y de la rapidez con la que se instaura la pérdida sanguínea, se presentan diferentes síntomas y signos clínicos que marcan la gravedad de la pérdida hemática y el grado de shock hemorrágico.

Los síntomas y signos clínicos de pérdida hemática, incluyendo debilidad, sudoración y taquicardia puede no aparecer hasta que la pérdida de sangre llega al 15-25% del volumen sanguíneo, y la inestabilidad hemodinámica marcada no aparece hasta que las pérdidas alcanzan el 35-45%, por lo que es importante combinar la presentación clínica y los datos objetivos, teniendo en mente la posibilidad de sangrado oculto en útero, cavidad peritoneal o retroperitoneo y la posibilidad de enmascaramiento de los signos de shock hemorrágico debido a los cambios fisiológicos del embarazo (29)

2.1.6 Tratamiento

Es importante reconocer que el tratamiento inicial de la Hemorragia Postparto depende del diagnóstico adecuado de la causa, por lo que se sugiere recordar el nemotécnico: las cuatro T's:

- Tratamiento no Farmacológico de HPP: La conducta inicial se centra en mantener y/o recuperar la estabilidad hemodinámica de la paciente. Al inicio deben adoptarse medidas de sostén básicas como: mantener la temperatura corporal, evitar la pérdida insensible de fluidos, mejorar la perfusión sanguínea, así como controlar el sangrado; para ello se recomienda fluidoterapia intravenosa con solución salina normal o Lactato Ringer.

En general, se recomienda aplicar transfusiones sanguíneas, cuando se han perdido entre 1 y 2 litros de sangre aproximadamente. En esta circunstancia si se administran 4 o más concentrados de hematíes, debe añadirse plasma fresco congelado para reducir el impacto de la coagulopatía dilucional. Se administran concentrados de plaquetas si el recuento desciende por debajo de 20.000 o si hay disfunción plaquetaria.

Un concentrado de hematíes incrementa el hematocito aproximadamente en 3%. Durante este tiempo, se monitorizan las funciones vitales y se obtienen control de datos de laboratorio seriados. Se detiene la transfusión una vez alcanzada una hemoglobina ≥ 8 gr/dl, recuento plaquetario ≥ 50.000 milímetros³, o tiempos de coagulación inferiores a 1.5 veces el valor control, dependiendo del criterio del clínico a cargo del caso. En caso de no mantenerse saturaciones de oxígeno superiores a 92%, debe instaurarse oxigenoterapia de soporte.

Simultáneamente se coloca sonda urinaria, se considera adecuado el volumen diurético ≥ 30 ml/hora o 1-2 cc/kg/hora. Además, se debe buscar e identificar la causa de la hemorragia para poder aplicar el tratamiento idóneo.

Para corregir la atonía uterina, el primer paso es realizar masaje manual del útero con evacuación de los coágulos del segmento uterino inferior.

Este masaje debe realizarse de la siguiente manera: se palpa el fondo uterino y se toma con la mano diestra, a manera de tomar el fondo con toda la palma de la mano. La otra mano se coloca vaginalmente a nivel del cuello del útero (o en su defecto en la región subpubica); se procede a realizar movimientos de expresión tratando de “juntar” ambas manos con el útero en medio, esto se realiza de forma vigorosa y

constante por lo menos 5 minutos y se evalúa, mientras tanto, los signos vitales y se verifica la pérdida hemática por vía vaginal.

Si luego de la aplicación de masaje uterino y la administración de uterotónicos la HPP no cede y se ha descartado/tratado otras causas distintas de la atonía, se recurre a maniobras terapéuticas más agresivas:

- Taponamiento uterino mediante el uso de sondas de compresión: El procedimiento consiste en colocar sondas diseñadas con este propósito, a través del orificio cervical, se llena (el balón de la sonda) con aproximadamente 500 ml de suero salino, la sonda deberá contar con orificios para el drenaje sanguíneo. Son poco usados, generalmente como tratamiento intermedio antes de cirugía definitiva. Deben retirarse después de 24 horas.
- Embolización arterial selectiva: Consiste en la cateterización arterial mediante radiología intervencionista. Disminuye de forma transitoria y no permanente el flujo sanguíneo de modo que los mecanismos fisiológicos,
- Ligadura arterial: una de las maniobras más utilizadas por ginecólogos, sin embargo, amerita un buen conocimiento de la anatomía vascular pélvica y entrenamiento en la técnica.
- Sutura de B-LYNCH: Esta plicatura, es una técnica que se basa en la compresión del útero mediante suturas transmurales, siendo la más conocida y aplicada la de B-LYNCH. Es una sutura continua que “abrazo” el útero en su longitud.
- Sonda Foley: N. 24 con balón de 30mL puede ser introducida en la cavidad uterina con 60-80 mL. de solución salina.
- Condón inflable: utilizado en lugares de bajos recursos. Su eficacia es discutible y solo se utiliza como medida de sostén mientras se realiza un procedimiento con mejores resultados o definitivos.
- Histerectomía: último recurso ante una HPP. Se utiliza cuando fracasan las medidas anteriores, ante la presencia de rupturas uterinas irreparables o acretismo placentario.

- Tratamiento Farmacológico de HPP: Simultáneamente a las medidas no farmacológicas se administran de forma secuencial fármacos uterotónicos:
 - Oxitocina (cod. 303): Se puede administrar 5 – 10 UI IM dosis inicial y luego se administra 10 U IM ó 10-40 U/l en dilución. (Por lo regular se utilizar 5 – 10 UI en 500 – 1,000 cc de solución salina fisiológica para 4 a 6 horas). Es la terapéutica de primera elección, por su efectividad y costo, sin embargo, debe tomarse en consideración los riesgos de retención hídrica de la Oxitocina y la poca respuesta que puede observarse en casos de inducción prolongada del trabajo de parto con este medicamento, por saturación de receptores.
 - Carbetocina (cod. 2046): análogo de larga acción de la oxitocina, ha tomado auge como medicamento de elección para profilaxis y tratamiento de la HPP, por su margen de seguridad farmacológica, alto potencial de efectividad y mejor costo-eficacia. La dosis recomendada es 100mcg IV, lento, en dosis única. No se recomienda en administración conjunta con PG ni con oxitocina.
 - Metilergonovina (cod. 1000/1001): 0.25 mg IM ó 0.125 mg IV cada 5 minutos (máximo 5 dosis). Por sus efectos vasoconstrictores está contraindicado para pacientes con HTA (así mismo en preeclampsia). Coadyuvante de oxitocina en caso de no obtener el efecto esperado y no contar con mejores alternativas, como Carbetocina, en el sitio de atención.
 - PG F2 alfa (cod. 1009, ovulo o inserto vaginal): La dosis recomendada para HPP es 250 µg IM cada 15 minutos (máximo 8 dosis). Contraindicado para asma, enfermedad hepática o cardíaca.
 - Misoprostol (cod. 2019): es un metiléster (análogo sintético) de la prostaglandina natural E1. La dosis recomendada para tratar la HPP es de 400-600 µg VO o vía rectal (dosis habitual: 4 comprimidos de 200 µg. vía rectal). Puede ser utilizada en pacientes con asma o HTA. Se detecta a nivel sérico en 90 segundos. La dosis por VO no debe pasar los 600 µg, por riesgo a hipertermia maligna.
 - Factor VII recombinante activado (rFVIIa): alternativa en mujeres de riesgo alto, como agente hemostático, cuando la HPP no responde a terapia convencional. La dosis es 16.7 a 120 mcg/kg, en bolo simple, cada 2 horas, hasta conseguir hemostasis. Generalmente se obtiene el control del sangrado en 10-40 minutos (30)

2.2 MARCO CONCEPTUAL

a. Hemorragia:

Es la salida de sangre desde el aparato circulatorio, provocada por la ruptura de vasos sanguíneos como venas, arterias o capilares.

Es una lesión que desencadena una pérdida de sangre, de carácter interno o externo, y dependiendo de su volumen puede originar diversas complicaciones (anemia, choque hipovolémico, etc.) (31)

b. Mortalidad Materna:

Es un término estadístico que describe la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o el posparto. La muerte materna es un indicador claro de injusticia social, desigualdad de género y pobreza: el que un embarazo o parto desemboque en la muerte de la mujer refleja problemas estructurales, tanto de acceso al control de natalidad como de atención a la salud.(31)

c. Atonía Uterina:

Se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto (31)

d. Shock Hipovolémico:

Es un síndrome complejo que se desarrolla cuando el volumen sanguíneo circulante baja a tal punto que el corazón se vuelve incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. Es un estado clínico en el cual la cantidad de sangre que llega a las células es insuficiente para que estas puedan realizar sus funciones. (31)

2.3 Variables:

2.3.1 Variable dependiente

Hemorragia post parto

2.3.2 Variables Independientes

- Características sociodemográficas
 - Edad
 - Estado Civil
 - Nivel de instrucción
 - Procedencia
- Características Obstétricas
 - Edad gestacional
 - Paridad
 - Número de Atención prenatal
 - Periodo intergenésico
- Causas de HPP
 - Atonía
 - Hipotonía
 - Desgarro de cérvix
 - Retención placentaria
 - alumbramiento manual

CAPITULO III

3.1 Tipo de investigación

El presente estudio fue de tipo descriptivo, ya que se determinó la Frecuencia de hemorragia post parto inmediato en puérperas de parto vaginal que se atendieron en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital Regional de Loreto ‘Felipe Arriola Iglesias’ durante el periodo julio a diciembre 2016.

3.2 Diseño de investigación

El diseño fue descriptivo, transversal y retrospectivo

Descriptivo: Son estudios diseñados para medir la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población definida y en un punto específico de tiempo.

Transversal: Útiles para evaluar necesidades del cuidado de la salud y para el planeamiento de la provisión de un servicio. Son particularmente importantes para enfermedades crónicas que requieren atención médica durante su duración. También pueden usarse para evaluar el impacto de medidas preventivas dirigidas a reducir la carga de una enfermedad en una población. Los estudios transversales pueden ser descriptivos o analíticos:

Retrospectivo: es un estudio longitudinal en el tiempo que se analiza en el presente, pero con datos del pasado. Su inicio es posterior a los hechos estudiados.

3.3 Población y muestra

3.3.1 Población

La población lo constituye 901 pacientes con parto vaginal atendidas en el área de Gineco- Obstetricia en el Hospital Regional de Loreto, julio a diciembre del 2016.

3.3.2 Muestra

La muestra fue por conveniencia. Se incluyeron 136 pacientes con hemorragia post parto inmediato atendidas en el área de Gineco-Obstetricia por parto vaginal del Hospital Regional de Loreto, durante el periodo julio a diciembre del 2016.

3.3.3 Criterios de inclusión

- Todas las pacientes con embarazo a término que fueron atendidas.
- Todas las pacientes por parto vaginal que fueron atendidas.
- Todas las pacientes que presentaron hemorragia postparto dentro de las 24 horas post parto.
- Historias clínicas completas

3.3.4 Criterios de exclusión

- Todas las pacientes con embarazo pretermino que fueron atendidas
- Todas las pacientes por parto cesárea que fueron atendidas.
- Pacientes que presentan hemorragia post parto en domicilio y hemorragia transvaginal de etiología desconocida.
- Pacientes que no hicieron HPP inmediato y pacientes que hicieron HPP mediato o tardío.
- Historia clínica incompleta.

3.4 Técnicas

La técnica que se usó para el presente estudio de investigación fue la de recolección de información de fuente secundaria, a través de la revisión de las historias clínicas que cumplen con los criterios de inclusión durante el periodo de estudio.

3.5 Instrumento

El instrumento es un formato estructurado para la recolección de datos, que está conformado por tres partes: la primera contiene datos generales (4 ítems), la segunda parte datos Gineco- obstétricos (7 ítems) y la tercera parte contiene datos de complicaciones en el trabajo de parto (3 ítems).

3.6 Procesamiento de la información

La información recogida fue ingresada en una base de datos que fue procesada con el software SPSS versión 21.0.

Se utilizó la estadística descriptiva (frecuencia absoluta y frecuencias relativas) presentando a través de tablas de frecuencia o gráficas.

3.7 Protección de los Derechos Humanos

El presente estudio consistió en una revisión de historias clínicas y recopilación de información registrada en ellas, dadas por la paciente en forma voluntaria al profesional de salud, por lo que se solicitó autorización del Comité de Investigación y Ética del Hospital; se respetó la confidencialidad de la información.

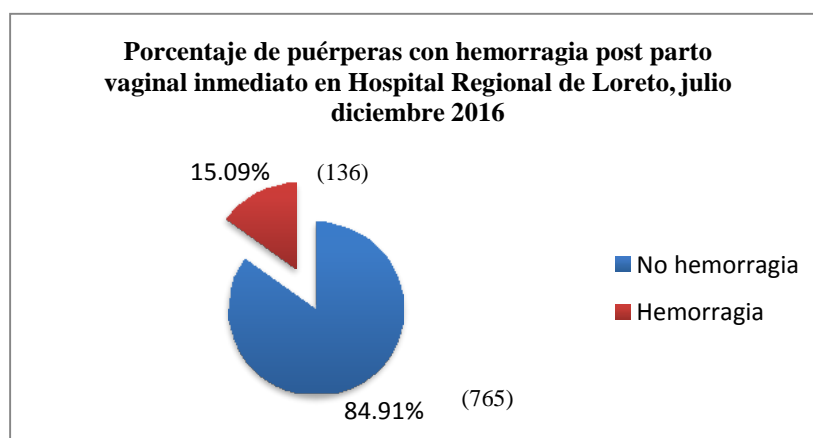
Para proteger la confidencialidad de la información obtenida se trabajó con una codificación por cada paciente, no se consignó nombre, ni número de historia clínica.

CAPITULO IV

RESULTADOS

a) Frecuencia de Hemorragia Post Parto Inmediato en Puérperas de Parto Vaginal del Hospital Regional de Loreto, julio a diciembre del 2016.

Gráfico N° 1



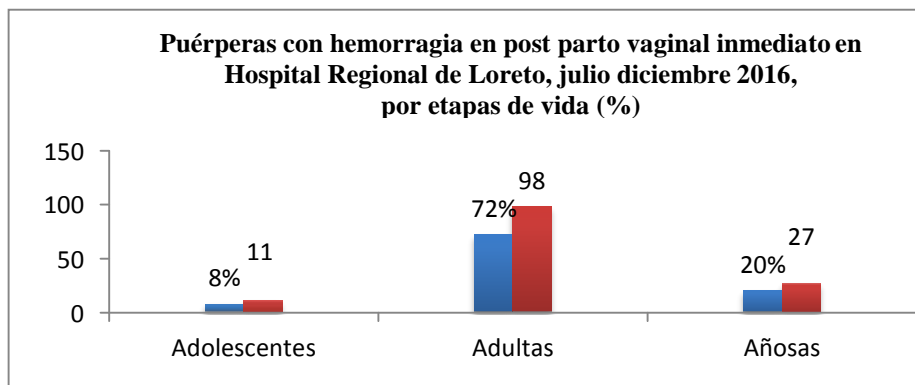
Fuente: base de datos de la investigadora

Entre julio y diciembre del año 2016 se tuvieron 901 puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Loreto. De ellas presentaron hemorragia en el post parto inmediato 136.

Se tiene entonces que el 15.09% es el porcentaje de puérperas que hizo hemorragia en el post parto vaginal inmediato en el periodo de tiempo señalado en el Hospital Regional de Loreto.

b) Características sociodemográficas de Hemorragia Post Parto Inmediato en Puérperas de Parto Vaginal del Hospital Regional de Loreto, julio a diciembre del 2016.

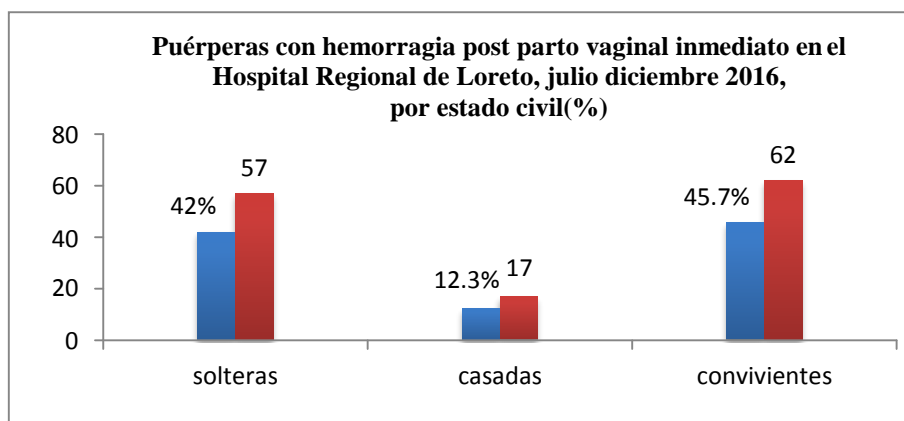
Gráfico N° 2



Fuente: base de datos de la investigadora

El 72.0% de puérperas con HPP se presentaron en edad adulta, el 20% en edad añosa y el 8.0% fueron adolescentes.

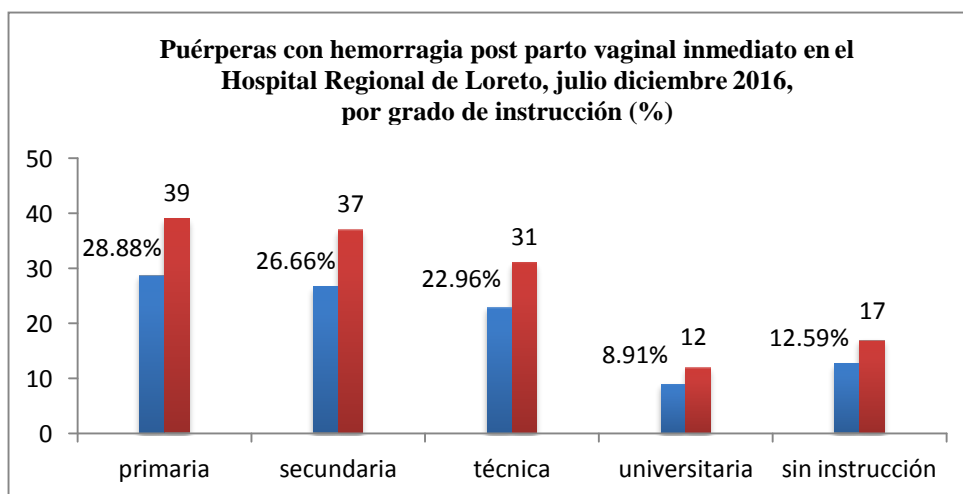
Gráfico N° 3



Fuente: base de datos de la investigadora

El estado Civil de puérperas que presentaron HPP fueron, el 42% solteras, el 12.3% casadas mientras que 45.7%. convivientes.

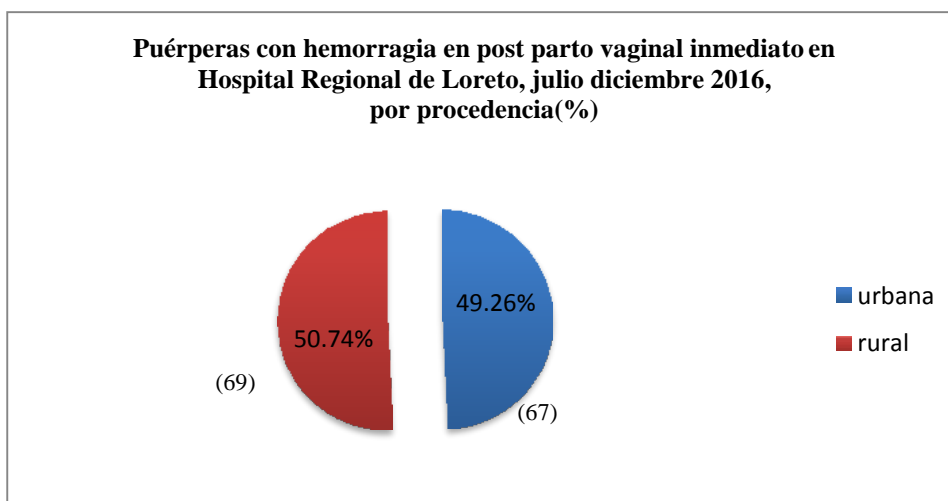
Gráfico N° 4



Fuente: base de datos de la investigadora

El nivel de Instrucción de puérperas fueron en primaria el 28.88%, secundaria el 26.66%, superior técnica el 22.96%, sin instrucción el 12.59%, superior universitaria el 8.91%.

Gráfico N° 5

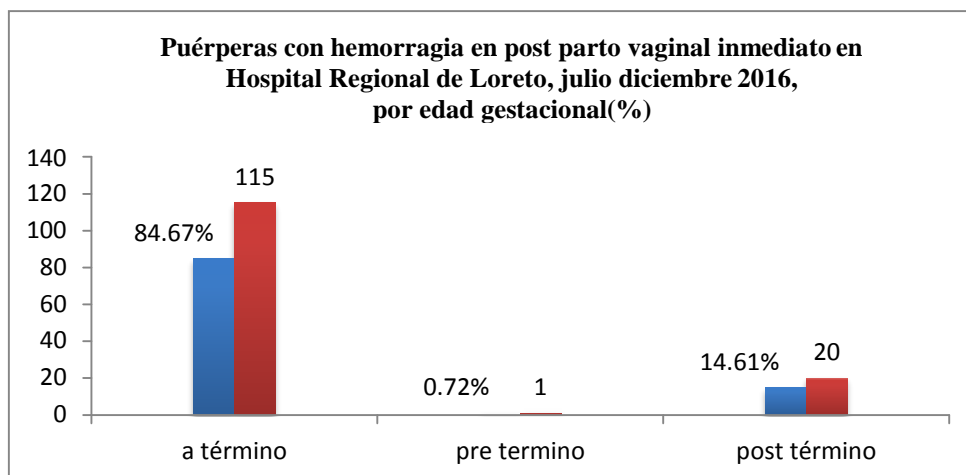


Fuente: base de datos de la investigadora

En procedencia de puérperas con HPP fueron rural el 50.74% mientras que urbana en un 49.26%.

c) **Características obstétricas de Hemorragia Post Parto Inmediato en Púerperas de Parto Vaginal del Hospital Regional de Loreto, julio a diciembre del 2016.**

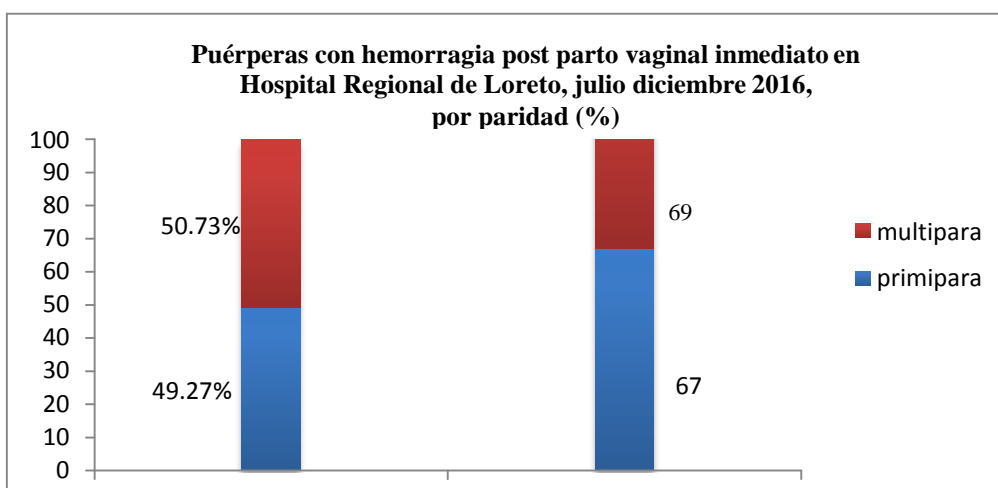
Gráfico N° 6



Fuente: base de datos de la investigadora

La edad gestacional de púerperas con HPP fueron, A término el 84.67%, Posttermino el 14.61% Y pretermino el 0.72%. de pacientes incorporadas al estudio

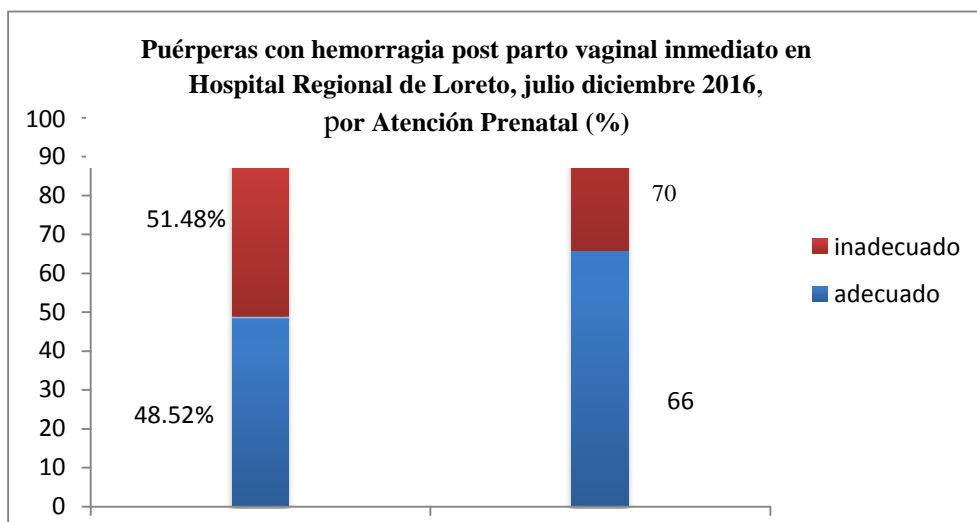
Gráfico N° 7



Fuente: base de datos de la investigadora

En paridad de púerperas con HPP fueron, múltipara el 50.73%. mientras que en Primípara el 49.27%

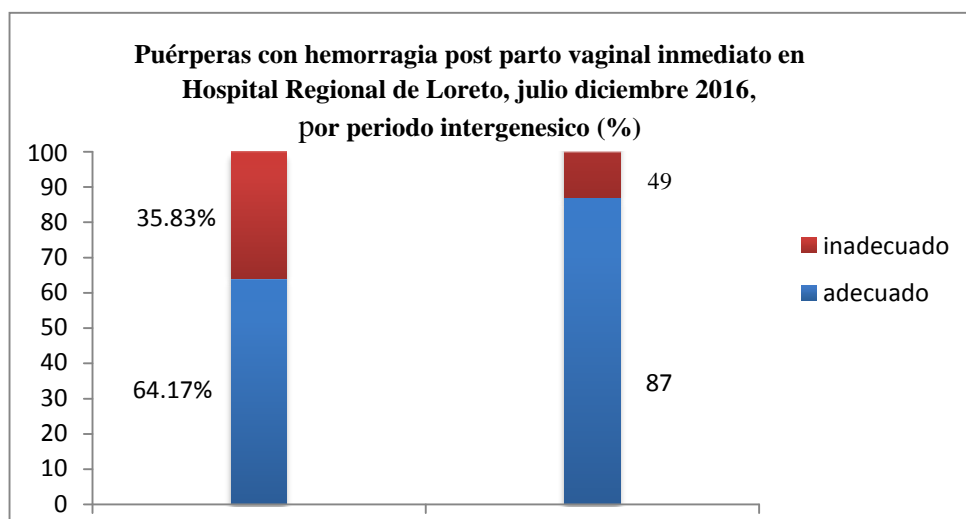
Gráfico N° 8



Fuente: base de datos de la investigadora

En número de Atenciones Prenatales en puérperas con HPP fueron, en el 51.48% inadecuado, mientras que el 48.52% adecuado.

Gráfico 9

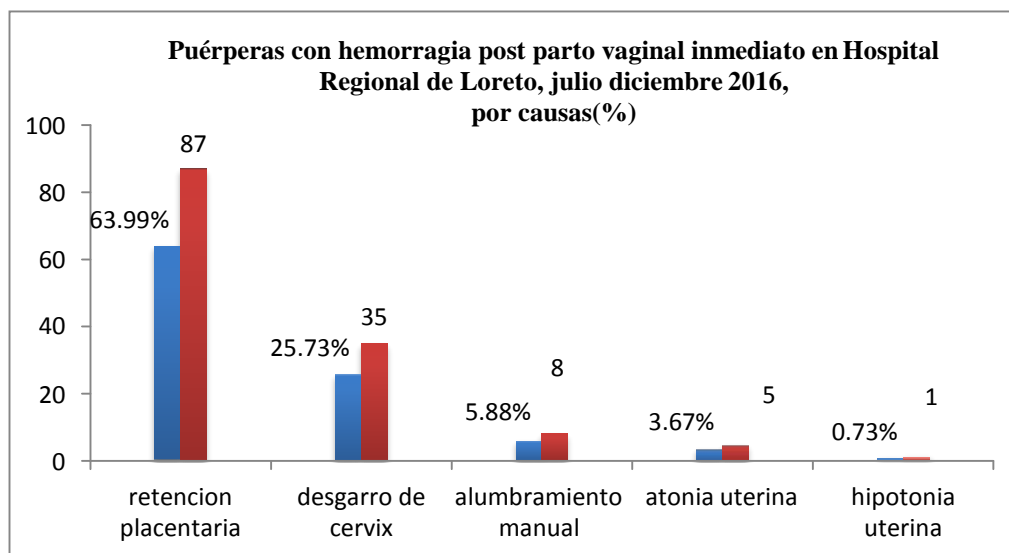


Fuente: base de datos de la investigadora

En Periodo Intergenésico con HPP fueron, Adecuado el 64.17% mientras que inadecuado el 35.83%.

d) Causas de Hemorragia Post Parto Inmediato en Puérperas de Parto Vaginal del Hospital Regional de Loreto, julio a diciembre del 2016.

Gráfico N° 10



Fuente: base de datos de la investigadora

De mayor a menor frecuencia retención placentaria, 63.99%, desgarro de cervix en un 25.73%, alumbramiento manual 5.88%, atonía 3.67 %. Hipotonía encontramos solamente un caso, es decir el 0.73%.

DISCUSION DE RESULTADOS

En el estudio realizado se encontró que la frecuencia de hemorragia post parto en el Hospital Regional de Loreto fue del 15.09%, resultado que difiere de LOPEZ en Ecuador con el estudio: Cantidad de sangrado durante el parto y factores asociados a hemorragia en el hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2012, que concluyó que la frecuencia de HPP fue de 9%.

Recordemos que Perú tiene una mortalidad materna en general más alta que varios vecinos de la Región, y si bien es cierto que venimos haciendo importantes esfuerzos en el afán de disminuir estas tasas, los vecinos también, entonces las diferencias continúan.

En él estudió se encontró que las mujeres en etapa de vida adulta que representa el 72% y las que tienen inadecuada atención prenatal con 51.48% son las que manifiestan mas HPP, resultado que difiere con PALOMO en Guatemala con la tesis Incidencia de Hemorragia Post Parto por Atonía Uterina en el año 2014, que concluyó que la prevalencia de Hemorragia Post Parto fue de mayor incidencia en edad adolescente ocupando el 35.82% y el 77.61% llevaron atención prenatal.

De acuerdo a los datos de atención prenatal, señalándonos con claridad el enorme esfuerzo que debemos realizar como sistema de salud y país, encaminado a disminuir de manera drástica la tasa de hemorragia post parto.

En él estudió se encontró que las mujeres de estado civil conviviente que representa el 45.5%, nivel de instrucción primaria con el 28.88%, de procedencia rural con el 50.74%, por retención de placenta con un 63.99% y desgarro de cérvix con un 25.73%. son las que manifiestan más HPP, resultado que asemeja con el estudio de RODAS en Ecuador con la tesis Principales factores maternos asociados a hemorragia post parto en las mujeres que fueron atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del hospital San Juan de Dios de Estelí en el año 2013, que concluyó que la mayor prevalencia de hemorragia post parto fue en estado civil con unión estable, con educación secundaria, de procedencia rural, causas por desgarro y retención de placenta.

Tras la comparación con estos estudios similares tenemos la finalidad de sumar esfuerzos en la disminución de la hemorragia post parto en el medio regional y nacional.

En él estudio se encontró que las mujeres con edad gestacional a término que representa el 84,67%, de paridad múltiparas con el 50.71% son las que manifestaron más HPP, resultado que asemeja con el estudio de LUGO en Cuba con la tesis Caracterización de las pacientes con hemorragia uterina puerperal en las que se utilizó misoprostol atendidas en el Hospital Gineco-obstétrico de Guanabacoa en el año 2014, que concluyó que la mayor prevalencia de HPP fue del 30% en las pacientes que tenían entre 37 y 42 semanas de gestación, además el 53% eran múltiparas.

En él estudio se encontró que las mujeres con periodo intergenésico adecuado que representa el 64.17% son las que manifiestan más HPP. resultado que difiere con el estudio de ALTAMIRANO en Perú con la tesis Factores de alto riesgo asociados a HPP inmediato en el Hospital María Auxiliadora en el año 2012, que concluyó que el 11.1% de las puérperas con HPP tuvieron periodo intergenésico largo.

La comparación de nuestros datos con la de otros investigadores, nos brindan evidencia que debemos fortalecer las actividades orientadas a mejorar nuestros conocimientos y habilidades.

CONCLUSIONES

1. Sobre 901 puérperas atendidas de parto vaginal en el Hospital Regional de Loreto entre julio y diciembre del 2016, se determinó la frecuencia de hemorragia post parto inmediato. Encontramos que el 15.09% es el porcentaje de puérperas que hizo hemorragia en el post parto vaginal inmediato en el periodo de tiempo señalado en el Hospital Regional de Loreto.
2. Las características sociodemográficas de nuestra cohorte de pacientes fueron las siguientes: adolescentes el 8.0%, adultas el 72.0%, añosas el 20%. En relación al estado Civil, solteras el 42%, casadas el 12.3% mientras que conviviente el 45.7%. Nivel de Instrucción, primaria el 28.88%, secundaria el 26.66% , superior técnica el 22.96%, superior universitaria el 8.91%. Sin instrucción el 12.59%. La procedencia es urbana en un 49.26%, mientras que rural el 50.74%.
3. Las características obstétricas más frecuentes en puérperas de parto vaginal con hemorragia post parto inmediato del Hospital Regional de Loreto, julio-diciembre 2016 fueron: Edad gestacional: a término el 84.67%, pretermino el 0.72%. Posttermino el 14.61% de pacientes incorporadas al estudio. El periodo intergenésico fue adecuado en el 64.17% de pacientes mientras que inadecuado el 35.83%. En relación a la paridad: primípara el 49.25% mientras que multípara el 50.73%. La atención prenatal fue adecuada en el 48.52% mientras que inadecuado en el 51.48%.
4. Encontramos las causas más frecuentes de Hemorragia post parto inmediato en puérperas de parto vaginal del Hospital Regional de Loreto. Julio- diciembre 2016. Estas son, en orden decreciente, retención placentaria el 63.99%, desgarro de cérvix en un 25.73%, alumbramiento manual un 5.88%, atonía uterina el 3.67%. Finalmente encontramos sólo un caso de hipotonía uterina que representa el 0.73%.

RECOMENDACIONES

1. Elaborar protocolos y/o actualizarlos de manera periódica, de acuerdo a los resultados de los estudios que se realizan con regularidad, además debe supervisarse el cumplimiento de los mismos, ya que incluso pueden existir, pero no son ejecutadas siempre de acuerdo a lo que dicta una Norma.
2. Debe trabajarse de manera prioritaria en la prevención de la hemorragia post parto, subir el porcentaje de gestantes al control pre natal y que sea de calidad.
3. Realizar estudio a fin de conocer los factores de riesgo de hemorragia post parto. Dichos factores no son siempre los mismos y pueden diferir de acuerdo al área geográfica y condiciones de respuesta de los servicios de salud.
4. Pese a que existen factores de riesgo para la hemorragia post parto inmediato, es posible que ésta complicación se encuentre en mujeres sin ninguno de estos factores, por lo que el personal de salud que atiende estas complicaciones debe ser personal muy calificado. Proponemos permanentes cursos de actualización, recertificación y evaluación periódica de las competencias del personal de salud.
5. Continuar trabajando en la evaluación de muertes maternas ya que proporciona datos importantes sobre los cuales debe incidirse a fin de no cometer los mismos errores una siguiente oportunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia post parto (WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage). OMS: Ginebra; 2012. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/en/index.html.
2. López A. Determinación del sangrado durante el parto y factores asociados a hemorragia, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador. 2013. Ecuador.
3. Khireddine I, Le Ray C, Dupont C, Rudigoz RC, Bouvier-Colle MH, DeneuxTharoux C. Inducción de Trabajo y Riesgo de hemorragia postparto en parturientas de bajo riesgo.Ed. Hawkins SM. 2013; 8 (1
4. Wetta LA, Szychowski JM, Sellos MS, MS Mancuso, Biggio JR, Tita AT. Factores de Riesgo para la atonía uterina / Hemorragia Postparto requieren tratamiento después de parto vaginal. Revista de obstetricia y ginecología. EE.UU de America 2013;209(1):51.e1-51.e6.doi: 10.1016/j.ajog.2013.03.011
5. Rodas KA, Rivas MJ. Principales factores maternos asociados a hemorragia postparto en las mujeres que fueron atendidas en el Servicio de GinecoObstetricia del Hospital San Juan de Dios de Estelí en el período 2008-2011. Tesis Monográfica, UNAN Managua, 2013.
6. Toledo, MA. Aplicación del protocolo de hemorragia post parto establecido por el Minsa, en las pacientes atendidas en el Hospital Regional Asunción Juigalpa de enero 2012 a mayo del 2013. Tesis Monográfica, UNAN Managua, 2013
7. Palomo T. Incidencia de la Hemorragia post parto por atonía uterina. Tesis. Escuela de estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos. Guatemala. 2014
8. Lugo S. Caracterización de las pacientes con hemorragia uterina puerperal en las que se utilizó misoprostol. Rev Obstet Ginecol [revista en la Internet]. Cuba 2014 Jun [citado 2016 Feb 01] ; 40(2): 145-154
9. Ekin A, Gezer C, Solmaz U, Taner CE, Dogan A, Ozeren M. Factores predictivos de la severidad de la hemorragia postparto primaria. Arch Ginecol Obst. 2015 Dic; 292(6):1247-5
10. Nathan H, El Ayadi A, Hezelgrave N. Shock index: an effective predictor of outcome in postpartum haemorrhage? BJOG. 2015;122(2):268-7

11. Altamirano G. Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009. Tesis. Universidad Ricardo palma. Facultad de medicina. Lima. 2012.
12. Elmer monografía. Hemorragia post parto
<http://www.repositorio.unapiquitos.edu.pe>
13. OMS. Mortalidad Materna
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es>
14. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Ginebra- Suiza, 2007. Disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es
15. Karlsson H, Pérez S. Hemorragia postparto. Anales Sis San Navarra vol.32 supl.1 . *versión impresa* ISSN 1137-6627. Pamplona- España, 2009.
16. OPS OMS. Cero Muertes Maternas por Hemorragia. Proyecto Interdepartamental OPS. Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la Mujer y Reproductiva. 2017. Disponible en:
http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=235:cero-muertes-maternas-por-hemorragia-proyecto-interdepartamental-ops&Itemid=354&lang=es
17. Ministerio de Salud. Situación Nacional de Muertes maternas en el Perú, 2017.
18. Charles R, Beckmann R, Frank W, Ling, Barbara M, Barzansky. Obstetricia y Ginecología- 6ta Edición. American College of Obstetrics and Gynecology. EE.UU de America.
19. Calle A, Barrera M, Guerrero A. Diagnóstico y manejo de la hemorragia postparto. Rev Peru Ginecol Obstet. 2008;54:233–43.
20. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología INMP. Lima- Perú 2010.
21. Díaz L. [En línea], Hemorragia postparto (HPP) Tomo I Obstetricia integral siglo XXI, capítulo 18. Colombia (Consultado 25/04/2015) disponible en:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/21/9789584476180.18.pdf>
22. Camacho-Castro F, Rubio-Romero J. Recomendaciones internacionales para el tratamiento médico de la hemorragia posparto. Rev Fac Med. 2016;64(1):87–92.
23. Devine P. Obstetric hemorrhage. Semin Perinatol 2011; 33:76–81.

24. Levi M, Van der Poll T. Disseminated intravascular coagulation: a review for the internist. Intern Emerg Med. 2013; 8:23–32
25. Herrera P, González J, E. et. Col. Obstetricia. Guías de actuación clínica ed. Selene Madrid: 2015.129-141.
26. Asturizaga P, Toledo L. Hemorragia obstétrica. Rev Med La Paz- Bolivia , 20(2); Julio - diciembre 2014.
27. Ministerio de Salud Pública. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica. Dirección Nacional de Normatización-MSP; Quito- Ecuador 2014
28. Martinez Q. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el manejo de la hemorragia postparto que tiene el personal médico y enfermería del Hospital Primario Jorge Navarro. Wiwilí. Jinotega. Managuas- Brasil, Julio 2015.
29. Adell A, Araujo A. Manejo disciplinario hemorragia obstetrica masiva. Hospital Donostia. San Sebastián- España, marzo de 2011.
30. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Manejo de la Hemorragia Postparto. Guía de Práctica Clínica Basada en Evidencia (GPC-BE) GPC-BE 46. Edición 2013; págs. 112 IGSS, Guatemala.
31. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Ginebra- Suiza, 2007.
32. Asturizaga P, Toledo L. Hemorragia Obstetrica. Artículo de Revisión . Rev Med La Paz, 20(2); Julio - Diciembre 2014.
33. Rivero Mabel, Avanza M, Alegre M et al. Hemorragia post parto: incidencia, factores de riesgo y tratamiento. Resumen: M-106. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas 2005. Universidad Nacional del Nordeste. Hospital Angela Llano. ~~Byocuc 3288~~ – Buenos Aires – Argentina.
34. Karlsson H, Pérez C. Hemorragia postparto. An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32 (Supl. 1): 159-167.
35. Bustillo M. Aguilar N. Hemorragia post parto por causas diferentes a atonía uterina severa en el Hospital Escuela Universitario de Tugucigalpa. Rev. Fac. Cienc. Méd. Julio - Diciembre 2013.

ANEXOS

Anexo N° 1 FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

SEDE: Hospital Regional de Loreto / Gineco- Obstetricia.

INSTRUCCIONES: El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas perinatales de cada paciente, el llenado debe ser correctamente tal como se encuentra en ella, no se permite borrar, cambiar o modificar datos.

Tema: Frecuencia de hemorragia post parto inmediato en pacientes puérperas de parto vaginal.

Periodo: julio a diciembre 2016.

N° de ficha:

Características sociodemográficas

1. Edad:

Adolescente () Adulta () Añosa ()

2. Estado Civil:

Soltera () Casada () Conviviente ()

3. Nivel de Instrucción

Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Sup téc () sup uni ()

4. Procedencia:

Urbana () Rural ()

Características obstétricas

1. Edad gestacional:

Término () pretermino () posttermino ()

2. Periodo intergenésico

adecuado() inadecuado ()

3. paridad:

Primípara () Multípara ()

4. Atención prenatal:

Adecuado () Inadecuado ()

Causas de HPP:

Atonía (si) (no)

Hipotonía (si) (no)

Desgarro de cérvix (si) (no)

Alumbramiento manual (si) (no)

Retención placentaria (si) (no)

**Anexo Nº 2
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

Titulo	Problema General y específicos.	Objetivo general y específicos.	Variables e indicadores.	Diseño de investigación	Método y técnicas de investigación.	Población y muestra de estudio
Frecuencia de hemorragia post parto inmediato en puérperas de parto vaginal del Hospital Regional de Loreto. julio a diciembre 2016	Problema general ¿Cuál es la frecuencia de hemorragia post parto inmediato en puérperas de parto vaginal del Hospital Regional de Loreto, julio a diciembre 2016?	Objetivo general Determinar Frecuencia de HPP inmediato en puérperas de parto vaginal del Hospital Regional de Loreto, julio a diciembre 2016.	Variables dependientes: Hemorragia post parto Variable independiente Características sociodemográficas -Edad -Estado civil -Nivel de instrucción -Procedencia	El diseño es descriptivo, transversal y retrospectivo -Descriptivo: Describe las características de las puérperas con hemorragia post parto.	Métodos: Descriptivo Técnicas: Fuente de información secundaria Procesamiento: Estadística descriptiva	Población: lo constituye 901 pacientes atendidas por parto vaginal en el Hospital Regional de Loreto, julio a diciembre del 2016.

Titulo	Problema General y específicos.	Objetivo general y específicos.	Variables e indicadores.	Diseño de investigación.	Método y técnicas de investigación.	Población y muestra de estudio
	<p>Problema específico</p> <p>¿Cuál es la frecuencia de HPP inmediato en puérperas de parto vaginal del hospital Regional de Loreto, julio diciembre 2016?</p> <p>¿Cuáles son las características sociodemográficas de las puérperas de parto vaginal con HPP inmediato del Hospital Regional de Loreto, Julio a diciembre 2016?</p> <p>¿Cuál es la causa más frecuente de HPP</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>Determinar la frecuencia de HPP inmediato en puérperas de parto vaginal del Hospital Regional de Loreto, Julio a diciembre 2016.</p> <p>Determinar las características sociodemográficas de las puérperas de parto vaginal con HHP Inmediato en el Hospital Regional de Loreto, julio a diciembre del 2016.</p>	<p>Características Obstétricas</p> <ul style="list-style-type: none"> -Paridad -Edad gestacional -Periodo intergenésico -Número de Atención prenatal -duración del trabajo de parto. <p>Causas de HPP:</p> <ul style="list-style-type: none"> -atonía -hipotonía -desgarro de cérvix <p>Alumbramiento manual</p> <p>Retención placentaria</p>	<p>-Transversal:</p> <p>Obtiene la información de las historias clínicas de las puérperas con hemorragia post parto en un lapso de tiempo</p> <p>-Retrospectivo:</p> <p>La información requerida está inscrita en las historias clínicas de las puérperas con hemorragia post parto.</p>		<p>muestra:</p> <p>fue comprendida por 123 pacientes atendidas en el área de Gineco-Obstetricia por parto vaginal del Hospital Regional de Loreto, durante el periodo julio a diciembre del 2016, que presentaron hemorragia postparto inmediato y que cumplieron con los criterios de inclusión.</p>

	<p>inmediato en puérperas de parto vaginal del hospital regional de Loreto? julio a diciembre 2016?</p> <p>¿Cuáles son las complicaciones obstétricas más frecuentes en las puérperas con parto vaginal con HPP inmediato del Hospital Regional de Loreto, julio a diciembre 2016?</p>	<p>Determinar la causa más frecuente de HPP inmediato en puérperas de parto vaginal del hospital regional de Loreto, julio a diciembre 2016</p> <p>Determinar cuáles son las complicaciones obstétricas más frecuentes en las puérperas con parto vaginal con HPP inmediato del Hospital Regional de Loreto. Julio a diciembre 2016.</p>				
--	--	--	--	--	--	--

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	INDICADOR	CATEGORIA
HEMORRAGIA POST PARTO	La hemorragia postparto (HPP) es una de las complicaciones más temidas que pueden surgir tras un parto vaginal o una cesárea y una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo, siendo en la mayoría de los casos evitable.	hemorragia Es la salida de <u>sangre</u> desde el <u>aparato circulatorio</u> , provocada por la ruptura de <u>vasos sanguíneos</u> como: <u>venas</u> , <u>arterias</u> o <u>capilares</u> . Es una lesión que desencadena una pérdida de sangre, de carácter interno o externo, y dependiendo de su volumen puede originar diversas complicaciones.	Cualitativo	Ordinal	Registro en la historia clínica	Primaria Secundaria
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Es el conjunto de características sociales y demográficas, de la unidad de estudio dentro de la población; como Edad, Procedencia, estado civil, nivel de instrucción	Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del ocurrir el parto. Estado civil: Estado en la persona con respecto a sus deberes y derechos con niveles sociales, económicos y legales Nivel de Instrucción: Periodo medido en años escolares que una persona estudio. Procedencia: Lugar de procedencia que refiere el individuo	cuantitativo cualitativo cualitativo cualitativo	Numérica nominal nominal nominal	Edad registrada en la historia clínica (HC) registro en la HC nivel de instrucción registrada en la HC dirección de la paciente en la HC	Adolescente, adulta, añosa. Soltera, conviviente y casada. sin instrucción, primaria, secundaria, superior técnico y universitario. -Urbano y rural.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	INDICADOR
CAUSAS DE HEMORRAGIA POSTPARTO	constituye la principal causa de mortalidad materna en todo el mundo, principalmente en países en vía de desarrollo.	<p>Atonía Uterina: Se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto.</p> <p>Hipotonía: es un término médico que indica disminución del tono muscular (grado de contracción que siempre tienen los músculos, aunque estén en reposo)</p> <p>Desgarro de cérvix: Distensión exagerada que sufre la vagina y el periné durante el paso del feto por el canal blando del parto</p> <p>Alumbramiento manual: cuando la placenta no llega a desprenderse, evitar que continúe la pérdida de sangre y favorecer que el útero se contraiga, se introduce la mano a través de la vagina y se despega la placenta.</p> <p>Retención placentaria: Es cuando una parte o la totalidad de la placenta permanece dentro del útero de la madre después del nacimiento</p>			