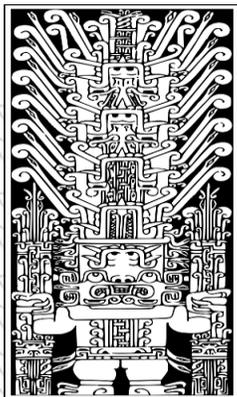


UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO



TESIS

**"EPIDEMIOLOGÍA DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN EL
DEPARTAMENTO DE GÍNECO-OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2010- 2014"**

PRESENTADO POR:

VIVANCO GARFIAS BACILIA

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN
EN EPIDEMIOLOGÍA**

LIMA - PERÚ

2018

DEDICATORIA:

Agradezco a nuestro Señor Jesucristo, por darme la vida y fortaleza para poder cumplir con un objetivo más en mi vida profesional, a mi madre Jesusa por su permanente apoyo incondicional día día, a mi esposo Valerio por su paciencia y apoyo, a mis dos hijos maravillosos Marco Adriel y José Rodrigo, a mis hermanos Alcides, Armando, Ángel, Víctor Raúl, Griselda y Wilfredo; son ellos quienes me dieron grandes enseñanzas y son los principales protagonistas de este “sueño alcanzado”. Dedico esta tesis a toda mi familia que es lo mejor y más valioso que Dios me ha dado.

Agradesco a los Docentes miembros del jurado calificador Mg. Arturo Garate Salazar, Dr. Manuel Antonio Mendoza Segura y al Dr. Meliton Arce Rodriguez de la Escuela Universitaria de Posgrado de la Universidad Nacional Federico Villarreal y al Profesor Mg. Aurelio Carrasco Venegas, Docente de la Universidad Nacional San Cristobal de Huamanga, por el apoyo incondicional y la orientacion durante la elaboracion del presente trabajo de investigación.

Fraternalmente,

Bacilia Vivanco Garfias

RESUMEN

Se consideró como objetivo conocer la epidemiología de la hemorragia post parto, de las puérperas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, 2010- 2014. , para lo cual se utilizó el enfoque cuantitativo, tipo de investigación no experimental y con diseño descriptivo. Los datos fueron acopiados en fichas de análisis documental, a partir historias clínicas de las puérperas atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia, previa validación por juicio de expertos, luego su posterior sistematización en tablas de frecuencia. La muestra estuvo conformada por 187 historias clínicas. Se llegó a las siguientes conclusiones: el grupo etario de 12 a 17 años tuvo una frecuencia de hemorragia post parto clase 11, con 16/22 (72.7%), el grupo de pacientes primigestas tuvo la mayor frecuencia de hemorragia post parto clase 11, con 58/78 (74.4%); la mayor frecuencia de hemorragia post parto clase 11 fueron los que tuvieron un solo parto, con 61/83 (73.5%); el grupo de pacientes multigestas tuvo la mayor frecuencia de hemorragia post parto clase 11 con 16/27 (59.3%); las pacientes con hemoglobina menor de 12.5mg, el 70,2% 92/131 (70.2%) tuvieron hemorragia clase 11, las que tienen grado de instrucción secundaria completa presentan mayor frecuencia de hemorragia post parto clase 11 con 57/81 (70.4%) tuvieron hemorragia clase 11 sometido a la prueba de Chi cuadrado se observa que la hemorragia post parto en la dimensión atributo de persona se encuentran asociadas a la edad (p-valor=0,026; $X^2c= 17,443$), tipo de embarazo (p-valor= 0,000; $X^2c= 20,530$) y nivel de hemoglobina (p-valor = 0,000; $X^2c = 26,745$), de las puérperas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, 2010- 2014.

Palabras clave: epidemiología de la hemorragia post parto

ABSTRACT

It was considered as objective to know the epidemiology of post-partum hemorrhage, of the women attended in the Department of Gynecology-obstetrics of the Regional Hospital of Ayacucho, 2010-2014., for which the quantitative approach was used, type of research not experimental and with descriptive. The data were collected in sheets of documentary analysis, from clinical histories of the women attended in the Department of obstetrics, after validation by expert judgement, then its subsequent systematization in tables of frequency. The sample was formed by 187 clinical histories. The following conclusions were reached: The age group of 12 to 17 years had a frequency of class 11 post-partum hemorrhage, with 16/22 (72.7%), the group of Primigravid patients had the highest frequency of postpartum hemorrhage Class 11, with 58/78 (46.2%); The highest frequency of postpartum hemorrhage Class 11 were those who had a single birth, with 61/83 (73.5%);, the group of Multigest patients had the highest frequency of postpartum haemorrhage class 111 with 16/27 (36.8%); Patients with hemoglobin less than 12.5 mg, 70.2% 92/131 (70.2%) had Class 11 hemorrhage, those with complete secondary instruction grade showed greater frequency of postpartum hemorrhage Class 11 with 57/81 (70.4%) had Class 11 hemorrhage subjected to the chi-square test it is observed that postpartum hemorrhage in the Person attribute dimension are associated with age (P-value = 0.026;) ($X^2c = 17.443$), type of pregnancy (P-value = 0.000; $X^2c = 20.530$) ($X^2c = 20.530$) and hemoglobin level (P-value = 0.000; $X^2c = 26.745$) ($X^2c = 26.745$), of the women attended in the Department of Gynecology-obstetrics of the Regional Hospital of Ayacucho, 2010 – 2014.

Key Words: epidemiology of post-partum hemorrhage.

INDICE

<u>RESÚMEN</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>ABSTRACT</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>INTRODUCCIÓN</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	¡Error! Marcador no definido.
1.1. <u>ANTECEDENTES</u>	¡Error! Marcador no definido.
1.2. <u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	¡Error! Marcador no definido.
1.3. <u>OBJETIVOS</u>	¡Error! Marcador no definido.
1.4. <u>JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</u>	¡Error! Marcador no definido.
2.1. <u>BASES TEÓRICAS ESPECIALIZADAS SOBRE EL TEMA</u>	¡Error! Marcador no definido.
2.2. <u>MARCO CONCEPTUAL</u>	¡Error! Marcador no definido.
2.3. <u>HIPÓTESIS</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>CAPITULO III: MÉTODO</u>	¡Error! Marcador no definido.
3.1. <u>TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACION</u>	¡Error! Marcador no definido.
3.2. <u>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</u>	¡Error! Marcador no definido.
3.3. <u>VARIABLES</u>	¡Error! Marcador no definido.
3.4. <u>POBLACIÓN</u>	¡Error! Marcador no definido.
3.5. <u>MUESTRA</u>	¡Error! Marcador no definido.
3.6. <u>TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN</u>	¡Error! Marcador no definido.
3.6.1. <u>INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</u>	¡Error! Marcador no definido.
3.6.2. <u>PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>CAPITULO IV: DE RESULTADOS</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>CAPITULO V: CONCLUSIONES</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>RECOMENDACIONES</u>	¡Error! Marcador no definido.

INTRODUCCIÓN

Las dos primeras horas posteriores al alumbramiento, constituyen un período crítico con alto riesgo de complicaciones obstétricas que pueden tener consecuencias funestas en el binomio madre-niño. Por esta razón, es de interés para el Hospital Regional de Ayacucho, el Departamento de Gineco-Obstetricia y como profesional de la salud, dar a conocer la epidemiología de la hemorragia postparto en los atributos de persona, espacio y tiempo así como identificar las causas más frecuentes que la predisponen.

La información obtenida permitirá tomar conocimiento sobre la situación real de la hemorragia postparto para el control de los factores de riesgo modificables y de esta manera prevenir la morbilidad y mortalidad de gestantes por esta causa.

Al carecer de información documentada sobre la epidemiología de la hemorragia postparto se considera relevante desarrollar el presente trabajo de investigación, mediante la revisión de historias clínicas lo que permitirá obtener datos reales, confiables y válidos. En este sentido, con los hallazgos de la investigación se pretende fortalecer el desarrollo de actividades, procedimientos e intervenciones durante el proceso de parto y postparto, con el propósito de dar respuesta oportuna a esta problemática social que se presenta en mujeres atendidas en este nosocomio. Para lo cual se planteó el siguiente problema:

¿Cómo fue la epidemiología de la hemorragia postparto de las púerperas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, 2010 -2014?

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

La hemorragia postparto es la principal causa de muerte materna en el mundo (17-40%), sobre todo en países en desarrollo. A Escala mundial, cada día fallecen cerca de 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto y la mayoría pudieron ser evitadas. (Chica, 2013)

El riesgo absoluto de muerte por hemorragia post parto es mucho menor en los países ricos que los países pobres (1 \ 100 000 vs. 100 \ 100 000 en países pobres). (Cabrera,2010)

Usualmente la hemorragia post parto se clasifica en dos tipos. La inmediata tiene lugar en las primeras 24 horas del puerperio (la mayoría ocurre en las primeras 2 horas). Ésta es la hemorragia más frecuente y la más importante. El segundo tipo es la hemorragia posparto tardía que se presenta a partir del segundo día del puerperio hasta 6 semanas después del parto con una frecuencia que oscila de 5 a 15% (Altamirano,2012).

La hemorragia post parto induce una cuarta parte de la mortalidad materna global. La incidencia de hemorragia obstétrica grave posparto es de 5 a 15%, con una mortalidad de 1 por cada 1,000 pacientes. De 75 a 90% de los casos son ocasionados por atonía uterina (Medina,Espinosa y Vázquez,2010).

Las cifras de hemorragia post parto son heterogéneas en los diferentes contextos. En América Latina, se estima que el 82% de gestantes presentarán hemorragia postparto grave que requerirá una transfusión (OPS, 2015).

Por otro lado, Ecuador ocupa el cuarto lugar entre los países de América con mayor índice de mortalidad materna y entre las principales causas destacan la hemorragia postparto con el 17,01% (41 muertes). La mayoría de los casos ocurren en el período postparto inmediato (dentro de las 24 horas del parto) y se deben a una atonía uterina. Muchas de las causas de la mortalidad materna son fácilmente previsibles a un costo bajo. (Chica, 2013)

En Perú, la incidencia de hemorragia posparto en los hospitales del Ministerio de Salud se presenta en aproximadamente el 4% de los partos vaginales y 6% de los partos por cesárea (Cabrera, 2010). En el Hospital Nacional Sergio E. Bernales de Lima, la incidencia de hemorragia posparto se sitúa alrededor del 3,03%. (Pariguana y Santos, 2004).

Acerca de los factores de riesgo asociados a la hemorragia post parto, la literatura bibliográfica advierte su dinámica multicausal. López (2013), en Ecuador, referencia al parto distócico conducido, uso de sulfato de magnesio, recién nacido con un peso mayor a 3500 gramos, anemia y conducción del parto; en tanto que la multiparidad, episiotomía y fase activa prolongada no evidenciaron asociación. Pariguana y Santos (2004), en Lima - Perú, concluyen que los factores de riesgo identificados fueron la retención de restos placentarios y los desgarros de cérvix, vagina y periné.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

En el Hospital Regional de Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena" no se han identificado investigaciones sobre la epidemiología de la hemorragia postparto, a pesar que constituye una complicación obstétrica frecuente en el Departamento de Gineco-obstetricia.

La prevención de la hemorragia postparto es preferible al mejor tratamiento, por las secuelas que se podrían derivar de ella. Con la presente investigación se pretende contribuir en la generación de conocimiento sobre la epidemiología de este evento adverso, hallazgos que proporcionarán una base racional y cuantitativa para evaluar el riesgo de hemorragia post parto y de esta manera adoptar la mejor estrategia para el control de los riesgos modificables.

Debe remarcarse que por el nivel de complejidad de este nosocomio, son referidas las gestantes en riesgo de los diferentes establecimientos de salud de menor capacidad resolutive, de las diferentes regiones aledañas y de la Región Ayacucho.

1.2.1. Problema principal

¿Cómo fue la epidemiología de la hemorragia postparto de las puérperas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, 2010 – 2014?

1.2.2. Problemas secundarios

- a) ¿Cómo fue la epidemiología de la hemorragia postparto en los atributos de persona, espacio y tiempo, de las puérperas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, 2010-2014?
- e) ¿Cómo fue la epidemiología de la hemorragia postparto en la dimensión factores de riesgo, de las puérperas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, 2010- 2014?
- d) ¿Cómo fue la epidemiología de la hemorragia postparto en la dimensión causas más frecuentes de hemorragia post parto, de las puérperas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho , 2010 -2014?
- e) ¿Cómo fue la epidemiología de la hemorragia postparto en la dimensión tratamiento, de las puérperas atendidas en el

Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, 2010- 2014?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo principal

Conocer la epidemiología de la hemorragia postparto, de las puérperas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, 2010-2014.

1.3.2. Objetivo secundarios

- a) Determinar la epidemiología de la hemorragia postparto en la dimensión atributos de persona, espacio y tiempo, de las puérperas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, 2010-2014.
- b) Determinar la epidemiología de la hemorragia postparto en la dimensión factores de riesgo, de las puérperas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, 2010-2014.
- e) Determinar la epidemiología de la hemorragia postparto en la dimensión causas más frecuentes de hemorragia post parto, de las puérperas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho ,2010 -2014.
- e) Determinar la epidemiología de la hemorragia postparto en la dimensión tratamiento, de las puérperas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, 2010-2014.

1.4. JUSTIFICACIÓN

1.4.1. Justificación de la investigación

Las dos primeras horas posteriores al alumbramiento, constituyen un período crítico con alto riesgo de complicaciones obstétricas que pueden tener consecuencias funestas en el binomio madre-niño. Por esta razón, es de interés para el Hospital Regional de Ayacucho, el Departamento de Gineco-Obstetricia y como profesional de la salud, dar a conocer la epidemiología de la hemorragia postparto en los atributos de persona, espacio y tiempo así como identificar las causas más frecuentes que la predisponen.

La información obtenida permitirá tomar conocimiento sobre la situación real de la hemorragia postparto para el control de los factores de riesgo modificables y de esta manera prevenir la morbilidad y mortalidad de parturientas por esta causa.

1.5. ALCANCES Y LIMITACIONES

1.5.1. Alcances de la investigación

Al carecer de información documentada sobre la epidemiología de la hemorragia postparto se considera relevante desarrollar el presente trabajo de investigación, mediante la revisión de historias clínicas lo que permitirá obtener datos reales, confiables y válidos.

En este sentido, con los hallazgos de la investigación se pretende fortalecer el desarrollo de actividades, procedimientos e intervenciones durante el proceso de parto y postparto, con el propósito de dar respuesta oportuna a esta problemática social que se presenta en mujeres atendidas en este nosocomio.

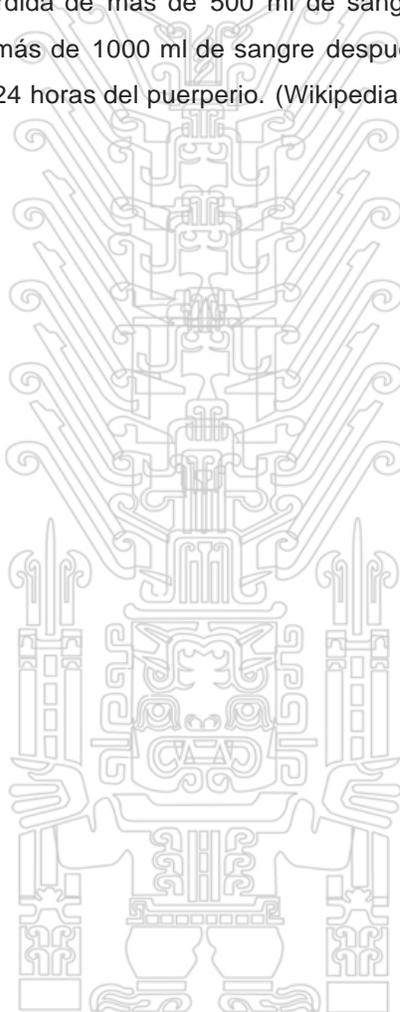
1.5.2. Limitaciones de la investigación

La presente investigación se enmarcará únicamente al caso de la hemorragia postparto inmediato, aquella que tiene lugar en las primeras 24 horas del puerperio. Este tipo de hemorragia obstétrica es la más frecuente y está asociada a la mortalidad materna. Siendo así, se excluirán los casos de hemorragia postparto mediato.

1.6. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Epidemiología de las hemorragias post parto

Estudia la distribución, frecuencia, factores determinantes, predicciones y control de los factores relacionados a la hemorragia postparto, tales como atributos (persona, espacio y tiempo), factores de riesgo, causas y tratamiento. En obstetricia la hemorragia está referida a la 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 24 horas del puerperio. (Wikipedia, 2017).



CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

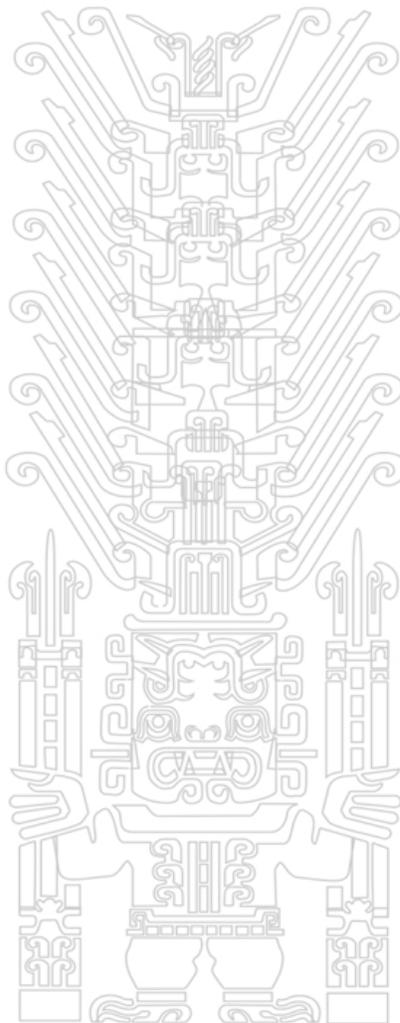
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Chica (2013), en la investigación *"Frecuencia de la hemorragia postparto y post cesárea en pacientes del Hospital "Dr. Rafael Rodríguez Zambrano" de la ciudad de manta durante el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013"*, Ecuador. **Objetivo.** Determinar la frecuencia de la hemorragia postparto y post cesárea e identificar los factores de riesgo que la predisponen. **Método.** Se realizó un estudio descriptivo y observacional, en 30 casos de pacientes diagnosticadas con hemorragia postparto y post cesárea, las cuales fueron atendidas en Hospital General "Dr. Rafael Rodríguez Zambrano en la ciudad de Manta, durante el período de septiembre 2012 a febrero del 2013. **Resultados.** Las edades de las pacientes fluctuaron entre los 15 a 40 años, presentándose con mayor frecuencia en las pacientes de 15 a 20 años; que representan el 37% de los casos estudiados. El universo fue constituido por 1149 pacientes, de las cuales sustrajo una muestra de 30 que reunían los criterios de inclusión de este estudio. De acuerdo a la paridad el mayor porcentaje se concentró en las nulíparas con 60% de los casos, es importante. **Conclusión.** La atonía uterina fue una de las causas que mayormente desencadenaron cuadros de hemorragia postparto y post cesárea que se presentó en el 43% de los casos.

López (2013), en la investigación "*Determinación del sangrado durante el parto y tacto res asociados a hemorragia, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador*". **Objetivo.** Determinarla prevalencia de hemorragia intraparto y los factores asociados en el Hospital Vicente Corral Moscoso. **Metodología.** Estudio transversal de prevalencia, realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso, con 409 parturientas, año 2012, **Resultados.** El promedio del sangrado fue de 340.63 ml. La prevalencia de la Hemorragia 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) $p = 0.014$. **Conclusión.** La prevalencia de hemorragia intraparto 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.

Palomino (2014), en la investigación "*Incidencia de la hemorragia postparto por atonía uterina*", Guatemala. **Objetivo.** Determinar la incidencia de la hemorragia posparto por atonía uterina en la sala de labor y partos del hospital regional de Escuintla del año 2011. **Métodos.** 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 ($n=67$). **Resultados.** 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 céfalo pélvica 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%.



Conclusión. 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 céfalo pélvica 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.

Pariguana y Santos (2004), en la investigación "*Factores de riesgo de la Hemorragia Post Parto inmediato: Estudio Caso – Control en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Collique, durante el período de Abril-Octubre del 2003*", Lima. **Objetivos.** Determinar los factores de riesgo de la hemorragia post parto inmediato. **Método.** Estudio analítico, retrospectivo, de casos y controles. Se incluyó puérperas inmediatas con valores de hematocrito pre y post parto cuya diferencia fue mayor o igual al 10% que presentaron una pérdida sanguínea cuya estimación clínica fue mayor 500ml en partos por vía vaginal y mayor a 1000ml en partos por cesárea, además de haber presentados signos clínicos de descompensación hemodinámica, todos los parámetros anteriores dentro de las 24 primeras horas post parto. **Resultados.** La frecuencia de hemorragia post parto fue del 3.03% (cesáreas: 2.63%, partos vaginales: 3.21%). Los factores de riesgo encontrados fueron: retención de restos placentarios (OR=9.75; p=0.001) todos los casos en partos por vía vaginal y desgarros de cérvix, vagina y periné (OR= 6.09; p=0.005) igualmente todos los casos en partos por vía vaginal. Se encontraron dos factores asociados a hemorragia post parto que tuvieron el valor de p significativo: la retención de coágulos y la coagulopatía por consumo, sin embargo al realizarse el análisis univariado y multivariado no se llegó a la conclusión de que fueran factores de riesgo por la proporción del número de casos en relación a la muestra total. El promedio de la diferencia de hematocrito muestra

total. El promedio de la diferencia de hematocrito pre y postparto en los casos de hemorragia post parto fue del 11.59% (12% en las cesáreas y 10% en partos por vía vaginal). **Conclusión.** Los factores de riesgo identificados son la retención de restos placentarios y los desgarros de cerviz, vagina y periné, los dos factores en partos por vía vaginal mas no se presentaron factores de riesgo en partos por cesárea. Una paciente que presentó el factor de riesgo de retención restos placentarios tuvo 9.7 veces más riesgo de hacer una hemorragia post parto en comparación a las que no presentaron el factor. Mientras que otra paciente que presentó el factor de riesgo de desgarro cervico vagina perineal tuvo 6.09 veces más riesgo de sufrir una hemorragia post parto en comparación a las que no presentaron el factor. La frecuencia de hemorragia post parto en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el período de estudio fue de 3.03 %. El promedio de la diferencia de hematocrito pre y post parto en los casos de hemorragia post parto fue de 11.59%.

Altamirano (2012), en la investigación "*Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009*", Lima. **Objetivo.** Determinar los factores de alto riesgo asociadas a hemorragia postparto inmediato en el

Hospital María Auxiliadora durante el 2009. **Método.** Se realizó un estudio analítico, retrospectivo, de corte transversal, de casos y controles. La población estuvo constituida por todas las púerperas inmediatas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se encontraron 65 casos que se estudiaron con 65 controles que fueron apareados por grupos de edad y referencia. Se realizó el análisis de regresión logística múltiple, Odds ratio (OR) con intervalo de confianza de 95%. **Resultados.** La frecuencia de HPP fue de 1.52%. Los principales factores de alto riesgo durante el embarazo para el grupo de casos se destacan en orden de frecuencia: Primigesta 23.8%, infección de vías urinarias 11.9%, periodo intergenésico largo con 11.1%, talla baja con 8.7%, añosa 7.4%, anemia 6.3%. Entre los principales factores de riesgo intraparto se encontraron de acuerdo al orden de frecuencia: episiotomía 40.3 %,

ruptura prematura de membrana 14,7% , parto precipitado 12,8%, oxito-conducción 10%, parto prolongado 7,3%. Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontraron 2 factores cuyos valores de p fueron estadísticamente significativa ($p < 0.05$), el parto precipitado ($p = 0.039$) y la episiotomía ($p = 0.021$). **Conclusiones.** Los factores de riesgo intraparto identificados son la episiotomía y el parto precipitado. La episiotomía tuvo 2,298 veces más riesgo de hacer HPP en comparación a las que no presentaron el factor. El parto precipitado tuvo 2.706 veces más riesgo de sufrir HPP. Las principales causas de hemorragia postparto la constituyen desgarro del canal del parto, atonía uterina, retención de restos placentario. La frecuencia de Hemorragia Postparto en el Hospital María Auxiliadora fue de 1.52%.

2.2. TEÓRIAS GENERALES EN RELACIÓN AL TEMA

2.2.1. HEMORRAGIA POSTPARTO

La hemorragia postparto es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. Universalmente se define como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. La hemorragia postparto precoz (HPP) es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto y es generalmente la más grave. Las causas de HPP incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación, siendo la más frecuente la atonía. El diagnóstico es clínico y el tratamiento ha de abarcar unas medidas generales de soporte vital y otras más específicas de carácter etiológico. Afortunadamente, es potencialmente evitable en la mayoría de los casos si se sigue una adecuada estrategia de prevención activa y sistemática en la fase

de alumbramiento de todos los partos. (H. Karlsson, C. Pérez Sanz, 2009). La hemorragia post parto puede presentarse hasta en un 10% del total de partos, es la causa más importante de muerte materna en el Perú. Los síntomas y signos ayudan a calcular las pérdidas hemáticas estimadas.(Chica, 2013).

CUANTIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA SANGUÍNEA

La cuantificación de la pérdida sanguínea se realiza de acuerdo a los parámetros siguientes, teniendo en cuenta la clasificación de la hemorragia según la intensidad de la pérdida sanguínea de la (Advanced Trauma Life Support (ATLS) 2010. Colegio Americano de Cirujanos).

PARAMETROS	CLASE I	CLASE II	CLASE III	CLASE IV
Pérdida de volemia de Volemia (%)	<750	750-1500	>1500 - 2000	>2000
Pérdida de sangre (% de volumen de sangre)	<15%	15-30%	>30-40%	>40%
Frecuencia de pulso	<100 X'	>100 X'	>120 X'	>140 X'
Frecuencia respiratoria	14 a 20 X'	>20 a 30 X'	>30 a 40 X'	>40 X'
Llenado capilar	normal	>1	>2	>3
Presión Arterial en posición supina	normal	Hipotensión	baja	baja
Diuresis (ml/hora)	>30	20 a 30	5 a 15	Anuria
Estado mental	Leve ansiedad	Moderada ansiedad y agitado	Severa ansiedad, agitación y confuso	Letárgico y coma
Piel	Normal	Normal	Cianosis, fría	Cianótica, fría y húmeda
Reposición de fluidos	Cristaloide	Cristaloide	Cristaloide y sangre.	Cristaloide y sangre

Volemia normal Varón 70 ml/Kg Mujer 60 ml/Kg

Actualmente se sugiere que cualquier pérdida sanguínea que tenga el potencial de producir inestabilidad hemodinámica, puede considerarse como una hemorragia post parto (Begley, 2008).

Clase I: Pérdida sanguínea hasta 750ml (< 15% volumen sanguíneo).

- Mujer despierta con ligera ansiedad.
- Frecuencia cardiaca no mayor de 100 latidos por minuto.
- Normotensión.
- Frecuencia respiratoria 14 a 20 respiraciones por minuto.
- Débito urinario: > 30 ml 1 hora.
- Llenado capilar: normal

Clase II: Pérdida sanguínea de 750 a 1500ml (15 – 30% volumen sanguíneo).

- Mujer con Moderada ansiedad y agitado.
- Frecuencia cardiaca mayor de 100 latidos por minuto.
- Hipotensión/ortostática.
- Frecuencia respiratoria 20 a 30 respiraciones por minutos.
- Débito urinario: 20- 30 ml 1 hora.
- Llenado capilar: 1

Clase III: Pérdida sanguínea de 1500 a 2000ml (30 – 40% volumen sanguíneo).

- Mujer ansiosa, confusa, agitación.
- Frecuencia cardiaca mayor de 120 latidos por minuto.
Hipotensión /supina.
- Frecuencia respiratoria 30 a 40 respiraciones por minuto.
- Débito urinario: 5 - 15 ml 1 hora. Llenado capilar: 2

La mayor parte de estos pacientes requiere de transfusiones, pero la decisión de administrarla debe basarse en la respuesta inicial a los fluidos.

Clase IV: Pérdida sanguínea de mayor de 2000ml (> del 40 % Volumen sanguíneo)

- Mujer letárgica y coma.
- Frecuencia cardíaca mayor de 140 latidos por minuto.
- Presión diastólica no medible.
- Frecuencia respiratoria mayor de 40 respiraciones por minutos.
Débito urinario: < 5 ml / hora, anuria.
- Cianótica, fría y húmeda. Llenado capilar: >3"

Compromete la vida y requiere de tratamiento inmediato y agresivo con fluidos y sangre.

ETIOPATOGENIA DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

El miometrio es el componente muscular del útero y está compuesto por fibras musculares dispuestas en tres capas. La capa intermedia tiene una forma de ocho y es fundamental en el proceso de hemostasia del lecho placentario. Durante la retracción normal uterina, los vasos comunicantes entre la madre y la placenta son obliterados por estas fibras musculares, disminuyendo en forma evidente la pérdida sanguínea.

Durante el alumbramiento, las fibras musculares uterinas se contraen y se retraen; el miometrio progresivamente se engrosa y el volumen intrauterino disminuye. La placenta no tiene la propiedad de contraerse y comienza a separarse a medida que la superficie del útero es menor. Cuando la placenta se va separando por esta incoordinación de superficies, el útero es globuloso y consistente, llegando a la altura del ombligo e incluso a veces puede estar debajo de este punto de referencia. El cordón umbilical puede parecer alargado. Este proceso lleva habitualmente 05 a 30 minutos.

Si la placenta no se desprende 30 minutos luego del nacimiento se considera retención de placenta (alumbramiento fisiológico); y en caso de alumbramiento dirigido utilizando oxitocina, la placenta debe desprenderse antes de 15 minutos, pasado este tiempo se considera retención de placenta. (Norma Técnica de Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural Resolución Ministerial N°518, Lima junio 2016).

La cantidad de sangre que llega a la placenta en un embarazo a término representa entre 500 a 800ml por minuto. Por ello, a medida que la placenta se separa del útero, estos vasos se rompen y ocurre el sangrado. Las contracciones continuadas y coordinadas del músculo uterino van comprimiendo los vasos locales, para disminuir el sangrado y además permiten la formación de un coágulo retro placentario. Si el útero falla en contraerse adecuadamente, se produce atonía uterina. En este caso, los vasos no fueron ocluidos y se produce una importante hemorragia, que en pocos minutos puede tener un desenlace fatal. (Cunningham, MacDonald y Gant, 2003)

CLASIFICACIÓN DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

La hemorragia postparto se clasifica del siguiente modo:

- a) **Hemorragia postparto temprano.** Pérdida sanguínea de 500 ml o más originada en el canal del parto dentro de las 24 horas posteriores al parto, Guías Clínicas Opto. de Ginecología y Obstetricia Hospital Nacional Sergio E. Bernales -2011.
- b) **Hemorragia postparto tardía.** Sangrado anormal o excesivo originado en el canal del parto que tiene lugar entre las 24 horas a 6 semanas después del parto. (Me Cormick, 2008).

FRECUENCIA

La HPP se asocia a una cuarta parte de las muertes maternas a nivel mundial con más de 125 000 muertes por año. En Perú se estima que en el 2011 ocurrieron 92.7 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos y la HPP se presenta hasta en el 10% de los partos siendo la primera causa directa registrada (40,2%) de muerte materna en el Perú. La HPP primaria se presenta en 4% a 6 % de los partos y la HPP secundaria se presenta en 1% a 3% de los partos. Sánchez, P.A; Yopla, M.A; Mendoza, S.J. Guías de Práctica Clínica de Obstetricia Hospital San José del Callao- 2013.

ETIOLOGÍA DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

Varias patologías relacionadas al útero, placenta y canal vaginal pueden producir hemorragia pos-parto. Igualmente, la gravedad del cuadro clínico dependerá de la veacidad de la pérdida sanguínea y por lo tanto de su volumen. En términos generales, se podría clasificar de la siguiente manera (Calle, Barrera y Guerrero, 2008):

b) Trastornos del alumbramiento

Atonía uterina

Es la pérdida del tono de la musculatura del útero y un consecuente retraso en la involución del útero. Por lo general, las contracciones del miometrio comprimen los vasos sanguíneos desgarrados durante el parto, reduciendo el flujo sanguíneo en la pared uterina, una carencia de contracciones uterinas postparto pueden causar una hemorragia obstétrica. Es la causa más frecuente de hemorragia postparto, estimándose en un 50% de las hemorragias postparto y un 4% de muerte materna.

Factores que predisponen a una pérdida del tono de la musculatura uterina:

- Antecedentes: multiparidad mayor de 4, gestante añosa >35 años.

- Características: macrostomía fetal, Polihidramnios, embarazo múltiple, DPP, parto prolongado, parto precipitado, Corioamnionitis, fibromatosis uterina, obesidad.
- Intervenciones: mal uso de oxitócicos, anestésicos generales, sulfato de magnesio, relajantes uterinos.

Retención placentaria

Definida como la falta de expulsión de la placenta después de 30 minutos de producido el nacimiento. (PATH 2005). O después de 15 minutos después del manejo activo del Alumbramiento, (Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva Lima 2004), La cavidad uterina ocupada por la placenta no logra contraerse eficazmente por lo que el sangrado continúa.

Con poca frecuencia el desprendimiento placentario se retrasa porque la placenta puede presentar una adherencia extraordinaria al sitio de implantación con deciduas escasas o nulas, de modo que la falta de la línea fisiológica de división a través de la capa esponjosa decidual da como consecuencia presentaciones anormales entre ellos se tiene:

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

Factores que predisponen una retención placentaria uterina.

- Antecedentes: cicatriz uterina previa, legrado uterino múltiple.
- Características: Fibromatosis uterina, adherencia anormal de la placenta, anomalías uterinas, corioamnionitis y prematuridad.
- Intervenciones: mala conducción del parto y mal manejo de alumbramiento.

Retención de restos placentarios:

Presencia de restos placentarios en la vagina, o a través del cuello uterino.

Factores que predisponen una retención de restos placentarios.

- Antecedentes: cicatriz uterina previa, legrado uterino múltiple.
- Características: adherencia anormal de la placenta, lóbulo placentario aberrante, antecedentes de abortos.
- Intervenciones: Mala conducción del parto, mal manejo del alumbramiento.

c) Lesión del canal del parto.

Se producen generalmente luego de un parto precipitado o por maniobras incorrectas en la atención del mismo, en especial en algunas operaciones obstétricas (fórceps, versión interna, feto grande. parto precipitado. kristeller). Estas lesiones se pueden presentar en todo el canal (periné, vulva, vagina, cuello y cuerpo del útero).

Tipos de lesiones:

- Desgarros vulvares
- Desgarros vaginales
- Desgarro del cuello y cuerpo uterino
- Desgarros perianales
- Inversión uterina
- Rotura uterina

Desgarro vulvar

Los desgarros vulvares se producen con frecuencia a nivel de los labios y de la región del clítoris. Cuando se afecta el clítoris o procesos varicosos vulvares, la hemorragia es de mayor intensidad, pudiéndose producir hematomas; la causa más frecuente son los partos instrumentados, precipitados y la protección forzada del periné, para evitar la episiotomía.

Desgarro vaginal

Se definen como una solución de continuidad en la pared vaginal que se produce durante el periodo expulsivo, estos generalmente son longitudinales. Suelen ser desgarros del tercio medio y/o inferior de la vagina; los desgarros del tercio superior de la vagina son más raros y casi siempre a partir de desgarros del cuello prolongados hacia abajo; la causa más frecuente suele ser la hiper distensión vaginal.

Desgarro del cuello uterino

El cuello del útero se desgarra en más de la mitad de los partos vaginales. Casi todos estos son de menos de 0.5cm. Los desgarros profundos del cuello uterino pueden extenderse hasta el tercio superior de la vagina. Sin embargo en raras circunstancias puede haber avulsión completa o parcial del cuello del útero, desde la vagina, colporexis en los fondos de saco anterior, posterior o lateral. Esas lesiones aparecen después de las rotaciones con fórceps difíciles o de partos efectuados a través de un cuello uterino no dilatado por completo. Rara vez los desgarros cervico uterinos pueden extenderse para afectar el segmento uterino inferior y la arteria uterina y sus principales ramas, incluso a través del peritoneo. Los desgarros del cuello uterino de hasta 2cm deben considerarse inevitables en el parto. Esos desgarros cicatrizan con rapidez y rara vez son la fuente de alguna dificultad. Al cicatrizar causan un cambio importante de la forma redonda del orificio externo desde circular antes del trabajo de parto hacia apreciablemente ensanchada después del parto.

Desgarros perianales

La reparación del periné después de una episiotomía o desgarro es una de las prácticas quirúrgicas más frecuentes en la Obstetricia:

- Desgarros perineales de grado I: sólo comprometen la mucosa vaginal o piel.

- Desgarros perineales de grado II: comprometen mucosa y músculo
- Desgarros perineales de grado III: comprometen mucosa, músculo y esfínter del ano.
- Desgarros de grado IV: comprometen mucosa vaginal, músculo y mucosa rectal.

Factores que predisponen una lesión del canal del parto

- Antecedentes: primigesta.
- Características: feto macrosómico, parto precipitado, expulsivo prolongado, parto instrumentado, extracción podálica, periné corto, periné fibroso, varices vulvar y vaginal.
- Intervenciones: Mala técnica de atención del expulsivo.

Rotura uterina

Se define como la pérdida de integridad de la pared del útero. El factor de riesgo más comúnmente implicado es la existencia de una cirugía uterina previa, siendo la cesárea con histerotomía transversa segmentaria la más frecuente. Otros factores relacionados son los partos traumáticos (instrumentales, grandes extracciones, distocias) y la hiperdinamia y hiperestimulación uterinas. Las roturas asociadas a traumatismos externos (incluyendo la versión cefálica externa) son excepcionales.

Inversión uterina:

Se trata de una complicación obstétrica muy poco frecuente que se atribuye a una excesiva tracción violenta del cordón umbilical y presión sobre fondo uterino (Maniobra de Credé), provocando la salida del fondo uterino en la cavidad endometrial. Los principales factores de riesgo son el acretismo placentario y el alumbramiento dirigido. El prolapso es tan obvio que no son necesarias pruebas de imagen confirmatorias, salvo en casos de inversiones incompletas con estabilidad hemodinámica de la paciente y mínimo sangrado.

e) Alteraciones de la coagulación (Trombina): coagulopatías congénitas o adquiridas durante el embarazo.

Coagulación Intravascular Diseminado (CID).

La CID se relaciona en particular con el desprendimiento prematuro de la placenta, pero también puede suceder en caso de embolia amniótica y luego de retención uterina de un feto muerto durante algunas semanas. Cuando se trata de desprendimiento de placenta la liberación de tromboplastina del tejido placentario al torrente sanguíneo consume el fibrinógeno. En los otros casos el mecanismo plaquetas que resultan en una hemorragia catastrófica. es menos seguro, pero hay depleción rápida de factores de coagulación

La hemorragia postparto es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. Universalmente se define como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. La hemorragia postparto precoz (HPP) es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto y es generalmente la más grave. Las causas de HPP incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación, siendo la más frecuente la atonía. El diagnóstico es clínico y el tratamiento ha de abarcar unas medidas generales de soporte vital y otras más específicas de carácter etiológico. Afortunadamente, es potencialmente evitable en la mayoría de los casos si se sigue una adecuada estrategia de prevención activa y sistemática en la fase de alumbramiento de todos los partos.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS:

Se presenta hasta en un 10% de los partos, y es la primera causa de muerte materna en el Perú. Ministerio de Salud. *Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive 2007*. Lima: MINSA; 2007.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Factores	Atonía uterina	Retención de placenta	Retención de restos placenta	Lesión del canal del parto	Inversión uterina
Antecedentes	Multiparidad. Gestante añosa.	Cicatriz uterina previa; Legrados uterinos	Cicatriz uterina previa; Antecedentes de Legrados uterinos.	Primigesta	Inversión uterina previa; Multiparidad.
Características	Macrostomía; Polihidramnios; Embarazo múltiple; Desprendimiento Prematuro de Placenta; Parto prolongado; Parto precipitado; Maniobra de kristeler; Obesidad.	Miomatosis uterina; Acretismo; Placentario; Anomalías uterinas; Corioamnionitis; Prematuridad; Placenta previa.	Acretismo placentario; Aberrante Lóbulo placentario; Óbito fetal; Corioamnionitis; Extracción manual de placenta Incompleta	Feto macrosómico; Parto Precipitado; Expulsivo Prolongado; Parto Instrumentado; extracción Podálica; Periné corto y fibroso; Varices vulvo perineal	Acretismo placentario.
Intervenciones	Al uso de: Oxítocicos; Anestésicos generales; Sulfato de Magnesio; Tocolíticos	Mala conducción del parto; Mal manejo de alumbramiento.	Mala conducción del parto; Mal manejo de Alumbramiento.	Mala atención del expulsivo.	Mal manejo del Alumbramiento dirigido. Mala técnica de Extracción manual de placenta

Guía de práctica clínica de procedimientos en Obstetricia y Perinatología -INEMP-2014.

CUADRO CLÍNICO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

Sangrado vaginal profuso, en la mayoría dentro de las dos primeras horas del puerperio, que rápidamente conduce al estado de shock hipovolémico. El útero se encuentra por encima de la cicatriz umbilical y es de consistencia blanda. Hay gran cantidad de coágulos rojo vivo en la vagina y la cavidad uterina. Guías de Atención de Emergencias Obstétricas - HMA- 2012.

Síntomas y signos más comunes:

- Pérdida profusa de sangre por vía vaginal (mayor a 500 ml) Sangre rojo rutilante y brillante.
- Taquicardia, frecuencia del pulso acelerada (mayor de 100 Lat. /min).
- Oliguria.
- Hipotensión arterial.
- Piel húmeda, cianótica, fría y sudoración. Palidez generalizada.
- Estado mental: leve a severa ansiedad, Agitación confuso, letárgico y coma.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que en la paciente obstétrica, la hemorragia o la caída de la presión arterial pueden retrasarse (especialmente en mujeres que han recibido oxitocina). Por tanto hay algunos signos que requieren un tratamiento con la misma urgencia que una hemorragia manifiesta:

- Incremento de la frecuencia cardíaca mayor de 100 por minuto.
- Frecuencia respiratoria superior a 19 por minuto.
- Reducción del volumen urinario.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Antecedentes Obstétricos. Datos relacionados con embarazos anteriores.

Causas de la hemorragia postparto. Condición que origina la hemorragia postparto.

Post alumbramiento. Este periodo comprende las 2 horas siguientes al parto. Dentro de estas 2 primeras horas la mujer está expuesta a mayor riesgo de hemorragia. CLAP/SMR Publicación Científica W1573 -2010.

Compresión Bimanual Externa.- Maniobra utilizada de acuerdo a la Norma, luego de haber extraído la placenta y en casos de atonía uterina. Esta técnica consiste en colocar una mano en la cara anterior del útero a nivel supra púbico y la otra mano en el fondo uterino a cara posterior y entre las dos manos tomar el cuerpo uterino y realizar la compresión, permitiendo la expulsión de coágulos o sangrado retenido en útero. 3a Edición de la Guía de Atención y Flujogramas de Emergencias Obstétricas HRA (2004).

Compresión Bimanual Interna. Maniobra utilizada en atonía uterina, consiste en comprimir el útero con ambas manos, la diestra comprime desde el fondo uterino hacia la pelvis y la mano izquierda en puño introducido en el fondo de saco uterino anterior. La mano derecha es la que realiza la compresión dirigiendo el útero hacia el puño en forma continua. Directiva Administrativa W 193- MINS/DGSP-V.01 (2012)

Edad. Período de tiempo comprendido desde el nacimiento hasta la fecha de ingreso al Servicio de Emergencia Obstétrica, al trabajo de parto.

Epidemiología. Es una disciplina científica que estudia la distribución, la frecuencia, los factores determinantes, las predicciones y el control de los factores relacionados con la salud y con las distintas enfermedades existentes en poblaciones humanas definidas.

Estado civil. Relación en que se hallan las personas en el agrupamiento social, respecto a los demás miembros del mismo agrupamiento.

Factores de riesgo del embarazo. Condiciones pre-concepcionales y del embarazo que estuvieron presentes antes del parto y que incrementan la probabilidad de ocurrencia de la hemorragia post parto.

Factores de riesgo intraparto. Condiciones que estuvieron presentes durante el parto y que incrementan la probabilidad de ocurrencia de la hemorragia post parto.

Nivel de instrucción. Máximo grado de estudios realizados.

Referida. Paciente que procede de un establecimiento de salud de menor complejidad.

Tratamiento de la hemorragia postparto precoz: Sustancia con acción farmacológica que se administra por cualquier vía, para tratar o evitar una patología.

Tratamiento de la hemorragia postparto precoz: Quirúrgicos

Tratamiento de la hemorragia postparto precoz: Maniobras para Cohibir sangrado Obstétrico.

Porcentaje de pérdida sanguínea (Escuela de Cirugía Americana1990).

	%PERDIDA	% REPOSICION
Sin signos clínicos	< 15	15
La hipotensión ortostática	>15-30	25
Hipotensión supina	>30-40	35
Insuficiencia orgánica	>40	50

2.4. MARCO LEGAL

El Perú se ha sumado a los distintos compromisos internacionales que han señalado la reducción de la Mortalidad Materna como una meta clave del desarrollo, entre los que cabe señalar la Iniciativa de la Maternidad Segura, Nairobi (1987), la Cumbre de la Infancia (1990), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), la Cuarta Conferencia sobre la Mujer (1995), la Declaración del Milenio y sus Metas (2000), y la Sesión Especial de la Asamblea General sobre la Niñez (2002).

En la Cumbre del Milenio celebrada en el año 2000, los Estados Miembros de las Naciones Unidas acordaron los Objetivos de

Desarrollo del Milenio, en los que se exhorta a reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad derivada de la maternidad antes del año 2015.

En el Ministerio de Salud, la ENSSR es la responsable de conducir el diseño y ejecución del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 - 2015, el cual se sostiene en los compromisos internacionales de carácter vinculante que el País ha asumido en materia de Derechos Humanos, Derechos Sexuales y Reproductivos y de Derecho a la Igualdad de las Mujeres; en los compromisos del Estado en materia de salud; en el compromiso sobre el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio con las Naciones Unidas, en las prioridades sanitarias que fueron determinadas en el Acuerdo Nacional, así como en el Plan Nacional Concertado de Salud (MINSa 2007-2020).

2.5. ESTRATEGIA DE LA PRUEBA DE HIPÓTESIS

Por la naturaleza descriptiva de la variable se prescindirá de la formulación de hipótesis. En tal sentido, Hernández, Fernández y Baptista (2010) señalan que las investigaciones descriptivas pueden enunciar hipótesis u obviarlas.

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1. TIPO DE INVESTIGACION

El tipo de investigación será aplicativo y de nivel descriptivo.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación será transversal descriptivo.

3.3. ESTRATEGIA DE PRUEBA DE HIPÓTESIS

Por la naturaleza descriptiva de la variable se prescindirá de la formulación de hipótesis.

3.4. VARIABLES

X. Epidemiología de la hemorragia post parto

X1. Atributos (persona, espacio y tiempo)

X2. Factores de riesgo

X3. Causas

X4. Tratamiento

3.5. POBLACIÓN

230 historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de hemorragia postparto atendido en el Departamento de Gineco-Obstetricia en el periodo 2010- 2014

3.6. MUESTRA

La muestra estuvo integrada por 187 historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia en el periodo 2010- 2014, determinada a través de la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{NZ_{(a/2)}^2 pq}{[E^2 \cdot N - 1] + [Z_{(a/2)}^2 pq]}$$

Dónde:

Z_{0/2}: Nivel de confianza al 95% (1,96) p:

Proporción de éxito al 50% (0,5)

q: 1 – p (0,5)

e: Error muestra! relativo al 5% (0,05)

N: Población (230)

3.7. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección de datos fue la recopilación documental (historias clínicas).

El instrumento será la ficha de revisión documental, para el vaciado de los datos de la historia clínica.

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron procesados informáticamente con el Software IBM-SPSS versión 23,0 con el que se realizó la presentación tabular y gráfica de los resultados.

El análisis de la información fue descriptivo mediante y se calcularon la frecuencia y se aplicó la prueba de Chi cuadrado para evaluar la asociación de variables, con un intervalo de confianza al 95%.

3.8. VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS POR JUICIO DE EXPERTOS

La validación interna de contenido se realizó a través de juicio de expertos, para lo cual se consideró a profesionales médicos y obstetras con amplia experiencia en el manejo de la hemorragia post parto y en metodología de la investigación. En base a la opinión documentada de los expertos se obtuvo en promedio una validez de 95%.

CAPÍTULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para la exposición de los resultados y su análisis se utilizaron tablas en las que se revelan datos estadísticos en forma descriptiva, mediante números y porcentajes, el análisis de la información será descriptivo mediante el cálculo de las proporciones y el intervalo de confianza al 95%.

Tabla 1. Epidemiología de la hemorragia post parto en la dimensión atributo de persona, de las pacientes atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia en el periodo 2010- 2014, Ayacucho 2017.

ATRIBUTO DE PERSONA		NIVEL DE HEMORRAGIA						Total		X ²
		Clase I		Clase II		Clase III		Fi	fi%	
		fi	fi%	fi	fi%	fi	fi%			
Edad	12 a 17 años	2	9,1	16	72,7	4	18,2	22	100,0	p-vabr= 0,026; X _{zc} = 17,443
	18 a 23 años	9	17,0	38	71,7	6	11,3	53	100,0	
	24 a 29 años	6	14,3	20	47,6	16	38,1	42	100,0	
	JU a J:> años	3	6,5	32	69,6	11	23,9	46	100,0	
	36 a 41 años	0	0,0	15	62,5	9	37,5	24	100,0	
	Total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100,0	
Gestas	Primigesta	7	9,0	58	74,4	13	16,7	78	100,0	p-vabr= 0,057 X _{2C} = 5,720
	Multigesta	13	11,9	63	57,8	33	30,3	109	100,0	
	Total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100,0	
Paridad	1	7	8,4	61	73,5	15	18,1	83	100,0	p-vabr= 0,25 X _{zc} = 12,22
	2a3	11	17,2	35	54,7	18	28,1	64	100,0	
	4 a5	0	0,0	12	63,2	7	36,8	19	100,0	
	>5	2	7,7	13	61,5	6	30,8	21	100,0	
	total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100,0	
Tipo de embarazo	único	18	11,3	112	70,0	30	18,8	160	100,0	p-vabr= 0,000 X _{2c} = 20,530
	múltiple	2	7,4	9	33,3	16	59,3	27	100,0	
	Total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100,0	
Nivel de hemoglobina	< 12.5mg%	4	3,1	92	70,2	35	26,7	131	100,0	p-vabr= 0,000 X _{2c} = 26,745
	>12.5 mg%	16	28,6	29	51,8	11	19,6	56	100,0	
	Total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100,0	
Nivel de instrucción	iletrada	1	16,7	3	50,0	2	33,3	6	100,0	p-vabr= 0,638 X _{2C} = 4,286
	primaria	7	12,5	31	55,4	18	32,1	56	100,0	
	secundaria	8	9,9	57	70,4	16	19,8	81	100,0	
	superior	4	9,1	30	68,2	10	22,7	44	100,0	
	Total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100,0	

Estado Civil	soltera	6	15,4	28	71,8	5	12,8	39	100,0	p-valor= 0,156 $\chi^2C=9,334$
	casada	0	0,0	18	62,1	11	37,9	29	100,0	
	conviviente	14	11,9	74	62,7	30	25,4	118	100,0	
	Total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100,0	

La tabla 1 muestra la epidemiología de la hemorragia post parto en las dimensiones atributo de persona:

a) Respecto a la edad se observa que el mayor número de pacientes atendidas fueron de 18 a 23 años (53/187), seguidos de 30 a 35 años (46/187). El grupo etario de 12 a 17 años y de 18 a 23 años tuvieron la mayor frecuencia de hemorragia post parto clase II, con 16/22 (72.7%) y 38/53 (71.7%) respectivamente.

Al respecto Pabmo, J. B. (2014), menciona que la incidencia de la hemorragia postparto por atonía uterina predominó en la edad de 15 a 19 años. Asimismo, Chica, M. K. (2013), menciona que la frecuencia de la hemorragia postparto fluctuaron entre los 15 a 40 años, presentándose con mayor frecuencia en las pacientes de 15 a 20 años; que representan el 37% de los casos estudiados.

Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontró a la edad como factor estadísticamente significativo (p-valor=0.026; $\chi^2c=17,443$).

Estos hallazgos coinciden con los resultados obtenidos en la presente investigación.

b) En relación a la gestación se encontró, que el mayor número de pacientes atendidas fueron multigestas (109/187) seguido de las pacientes primigestas con (78/187). Sin embargo, el grupo de pacientes primigestas tuvo la mayor frecuencia de hemorragia post parto clase II, con 58/78 (74.4%) y 63/109 (57.8%) respectivamente.

Al respecto, Orozco, Y. J. P. (2014), los factores de riesgo durante el embarazo que presentaron las pacientes con Hemorragia Postparto fue en mayor porcentaje las pacientes primigestas con 37% de los casos, seguido de grandes multíparas con un porcentaje del 33 %. Así mismo, Ruiz, Q.M. N. (2012), manifiesta que las nulíparas presentan el mayor

número de casos de hemorragia postparto con un porcentaje de 54% y la multiparidad en menor porcentaje con un 46%, teniendo estos datos estadísticos se puede afirmar que las primigestas presentan mayor prevalencia de las hemorragias pos parto debido a la falta de colaboración en el momento del parto. Por otro lado el factor gestas resulto ser no significativo (p-valor=0,057);

$$X^2_{c=5} = 0,720).$$

Estos hallazgos coinciden con los resultados obtenidos en la presente investigación.

- e) Según la variable paridad, se demostró que el mayor número de pacientes atendidas fueron las primíparas (83/187), seguidas de las multíparas (64/187). En este grupo la paridad que presento mayor frecuencia de hemorragia post parto clase II fueron los que tuvieron 1 solo parto, con 61/83 (73.5%) y los que tuvieron de 4 a 5 partos con 12/19 (632%).

MUÑOZ, H. K. I. (2013), refiere que la incidencia de las complicaciones por la hemorragia postparto, en lo que respecta a la paridad de 44 puérperas el (73%) son nulíparas. Así mismo señala, Ruiz, Q. M. N. (2012) según el estudio de mujeres indígenas embarazadas, en el Área de Gineco Obstetricia del Hospital Noboa Montenegro fueron las nulíparas los que representaron el mayor número de casos de hemorragia postparto con un porcentaje de 54% y la multiparidad en porcentaje menor con un 46%.

Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontró la paridad como factor estadísticamente significativo (p-valor=0,025; $X^2_{c=10} = 10,222$).

Esta información coincide con los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, los cuales indican que las nulíparas presentan el mayor porcentaje de las hemorragias postparto debido a la falta de colaboración en el momento del periodo expulsivo, en su gran mayoría por no tener la preparación que ofrece el programa de psicoprofilaxis

Obstétrica y el puerperio inmediato, debido a que suelen negarse a que se les realice las destrezas para salvar vidas en el parto y postparto.

- d) De acuerdo a la variable tipo de embarazo, el mayor número de pacientes atendidas fueron (160/187) de embarazo único, seguido de embarazo múltiple (27/187). Se sabe también, que el grupo de pacientes multigestas tuvo la mayor frecuencia de hemorragia post parto clase III con 16/27 (59.3%) y el grupo de gestantes con embarazo único tuvo la mayor frecuencia de hemorragia postparto clase II 112/160 (70.0%).

Al respecto Rodríguez, E.T. (2016), nos muestra en el Abordaje Médico Quirúrgico de la Hemorragia Posparto en Pacientes atendidas en el Hospital Carlos Roberto Huembes-Nicaragua; que el 8.52% corresponden con embarazo múltiple, el 91.49% embarazo con feto único. Así mismo, Sosa, C.G. (2009), indica que los factores de riesgo más fuertemente asociados y la incidencia de hemorragia post-parto fueron: embarazo múltiple (20,9%) (a OR: 4,67; IC 2,41-9,05).

Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontró al tipo de embarazo como factor estadísticamente significativo (p-valor=0.000; $\chi^2_c=20,530$).

- e) Con respecto al nivel de hemoglobina, se demostró que el mayor número de pacientes atendidas (131/187) tuvieron $<12.5\text{mg}$, seguidas de las pacientes que tienen una hemoglobina $>12.5\text{mg}$ (56/187). En esta variable el grupo que presento mayor frecuencia de hemorragia post parto clase II, fueron las que tuvieron hemoglobina menor de 12.5mg 92/131(70.2%) y las que tuvieron hemoglobina mayor de 12.5mg 29/56 (51,8%) respectivamente.

Sobre el particular Campoverde, M.C. (2014), En la evaluación de la pérdida sanguínea periparto mediante la medición de hemoglobina pre y postparto sostiene, que antes del parto se diagnosticó de anemia en el 20,1%, y 12 a 24 horas después del parto en el 54,0% (p<0,001).

Conclusión: en el periodo posparto se pierde hemoglobina en sangre periférica de manera significativa. Asimismo señala Matute, Ch.J.V. La

hemorragia postparto fue más frecuente en los pacientes con anemia con el 63,1% mientras que en las pacientes sin anemia esta prevalencia se ubicó en un 36,9% al momento de analizar observamos que las pacientes con anemia de algún grado poseen más probabilidad de hemorragia postparto que las mujeres que no poseen anemia.

Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontró el nivel de hemoglobina como factor estadísticamente significativo (p-valor=0,000; $X^2_c=26,745$).

Estos hallazgos se asemejan a los resultados obtenidos en la presente investigación .

- f) En referencia al grado de instrucción, el mayor número de pacientes atendidas (81/187) tienen secundaria completa, seguido de pacientes con grado de instrucción primaria (56/187) y superior (44/187). Conforme a esta variable, las que tienen grado de instrucción secundaria completa presentan mayor frecuencia de hemorragia post parto clase II de acuerdo a nuestro estudio, con 57/81(70.4%), seguido de las pacientes con grado de instrucción primaria 31/56 (55.4%), y finalmente las pacientes con grado de instrucción superior 3/6 (50.0%).

Al respecto Chayan, M.I. (2014), remarca la importancia que reviste el grado de escolaridad como factor asociados al alto nivel de embarazos en adolescentes así como muchas complicaciones que están relacionadas con el embarazo como es la hemorragia posparto; se encontró que, 3 de las mujeres en estudio no tenían ningún grado de escolaridad (2%), 26 de ellas correspondieron a nivel de primaria (17.3%), de nivel secundaria encontramos 113 (75.3%), y solo 8 de ellas llegaron a la universidad (5.3%).

Por otro lado el factor nivel de instrucción resultó ser no significativo (p-valor=0,638; $X^2_c=4,286$).

g) En cuanto al estado civil, el mayor número de pacientes atendidas son convivientes (118/187), seguidas de las solteras (39/187) y finalmente las casadas (29/187). De acuerdo a esta variable las que presentan mayor frecuencia de hemorragia post parto clase II son las pacientes con estado civil soltero 28/39 (71.8%), seguido de pacientes con estado civil conviviente 74/118 (62.7%) y finalmente las de estado civil casado 18/29 (62.1%).

Al respecto Chayan, M.I. (2015), señala en cuanto al estado civil, como factor de riesgo para hemorragia postparto en pacientes del Hospital Belén de Trujillo, que 15 de ellas eran soltera (10%), acompañadas fueron 106 (70.6%), y 29 de ellas estaban casadas (19.3%), Así mismo, Orozco, Y. J. P. (2014), manifiesta, que en el estudio realizado sobre los factores de riesgo hemorragia postparto, el 51% se encuentra en unión libre.

Por otro lado el factor estado civil, resulto ser no significativo (p-valor=0,156; $\chi^2=9,334$).

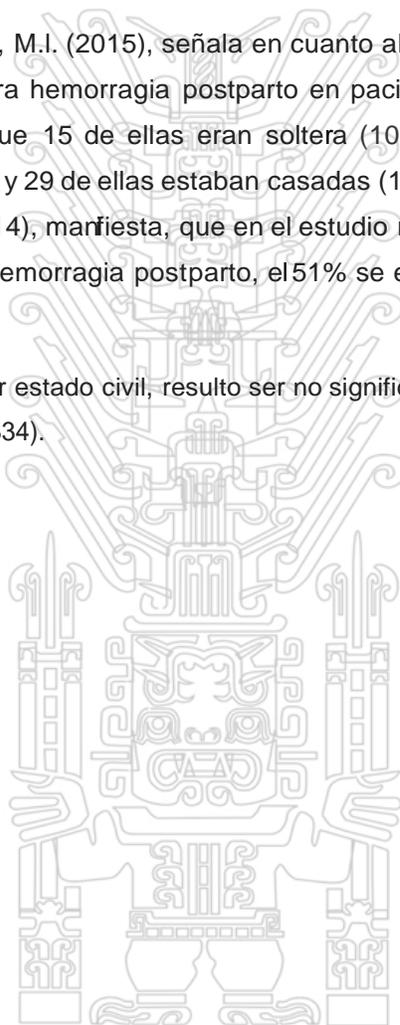


Tabla 2. Epidemiología de la hemorragia post parto en la dimensión atributo de espacio, de las pacientes atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia en el periodo 2010- 2014. Ayacucho 2017.

ATRIBUTO DE ESPACIO		NIVEL DE HEMORRAGIA						Total		X2
		Clase I		Clase II		Clase III		fi	fi%	
		Fi	fi%	fi	fi%	fi	fi%			
Referencia	si	17	10.3	107	64.8	41	24.8	165	100.0	p-valor= 0,026 X2c= 0,242
	no	3	13.6	14	63.6	5	22.7	22	100.0	
	Total	20	10.7	121	64.7	46	24.6	187	100.0	
Unidades Ejecutoras	Huamanga	15	11.9	84	66.7	27	21.4	126	100.0	p-valor= 0,490 X2c= 13,471
	Huanta	1	10.0	4	40.0	5	50.0	10	100.0	
	San Francisco	1	7.7	6	46.2	6	46.2	13	100.0	
	San Miguel	0	0.0%	6	75.0	2	25.0	8	100.0	
	Cangallo	3	20.0	9	60.0	3	20.0	15	100.0	
	Cusco Kimbiri-Pichari	0	0.0	8	72.7	3	27.3	11	100.0	
	Huancavelica Churcampatros	0	0.0	3	100.0	0	0.0	3	100.0	
	Apurímac Andahuaylas	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	100.0	
	Total	20	10.7	121	64.7	46	24.6	187	100.0	
Lugar de Procedencia	urbano	4	12.5	18	56.3	10	31.3	32	100.0	p-valor= 0,056 X2c=9,127
	rural	6	7.0	53	61.6	27	31.4	86	100.0	
	urbano marginal	10	14.5	50	72.5	9	13.0	69	100.0	
	Total	20	10.7	121	64.7	46	24.6	187	100.0	

La tabla 2 muestra la epidemiología de la hemorragia post parto en las dimensiones atributo de espacio:

- a) Respecto a la variable referencia, se observa que la mayor frecuencia de hemorragia post parto clase II se presentó en pacientes que fueron referidas de otros establecimientos con 107/165 (64.8%) y las que no fueron referidas con 14/22 (63.6%).

Al respecto, Paredes, L. N; Humberto. C; Chinachi, I. O; O. R. (2014), esta investigación se llevó a cabo en el Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito, donde se pudo observar de 43 pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Postparto Vía Vaginal, 24 fueron transferidas de otra casa de salud teniendo una prevalencia del 56 % y 19 pacientes las cuales su parto se atendió en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora presentando un porcentaje del 44%.

Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontró la referencia como factor estadísticamente significativo (p-valor=0,026; $X^2_c=0,242$).

- b) En cuanto a las Unidades Ejecutoras, el mayor número de pacientes referidas que fueron atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, pertenecen a la Unidad Ejecutora de Huamanga (126/187), seguidas de la Unidad Ejecutora Cangallo (15/187) y seguidos de la Unidad Ejecutora San Francisco (13/187). De acuerdo a esta variable, la Unidad Ejecutora que presento mayor porcentaje de hemorragia post parto clase II fue Andahuaylas con 1/1(100%) al igual que Huancavelica con 1/1 (100%) y seguidos de la Unidad Ejecutora de San Miguel 6/8 (75.0%), respectivamente.

Por otro lado el factor Unidad Ejecutora resulto ser no significativo (p-valor=0,490; $X^2_c=13,471$).

- e) Respecto al lugar de procedencia, el mayor número de pacientes atendidas proceden de la zona rural (86/187), seguido de la zona urbano marginal (69/187) y urbano (32/187), de acuerdo a esta variable, presento mayor frecuencia de hemorragia post parto clase II la zona urbano marginal con 50/69 (72.5%), seguido de la zona rural con 53/86 (61.6%) y finalmente las que corresponden a la zona urbana 18/32 (56.3%).

Al respecto Chayan, M. M. I. (2015), menciona como factor de riesgo para la hemorragia postparto en pacientes del hospital belén de Trujillo la procedencia, presentándose en mayor porcentaje en la zona urbana, mientras que un pequeño porcentaje eran de procedencia rural.

Por otro lado el factor lugar de procedencia resulto ser no significativo (p-valor=0.056; $\chi^2_c=9,127$).

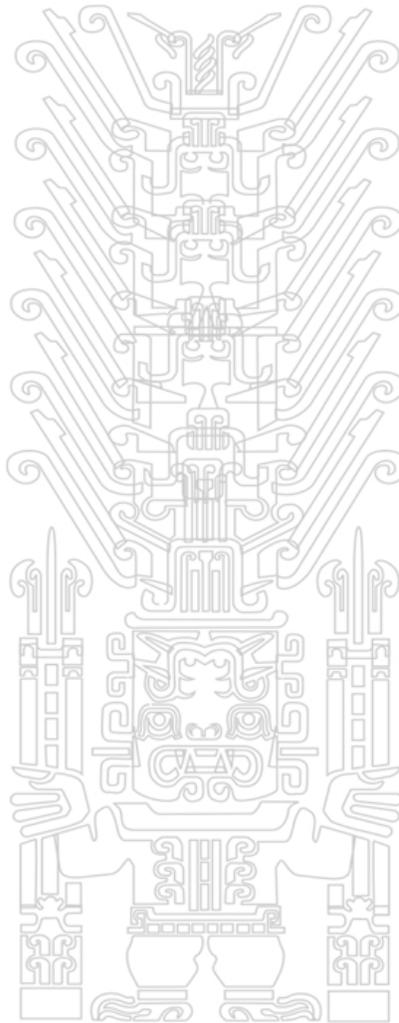


Tabla 3. Epidemiología de la hemorragia post parto en la dimensión atributo de tiempo, de las pacientes atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia en el periodo 2010- 2014, Ayacucho 2017.

ATRIBUTO DE TIEMPO		NIVEL DE HEMORRAGIA						Total		X ²
		Clase I		Clase II		Clase III		fi	ti%	
		fi	fi%	fi	ti%	fi	fi%			
edad gestacional	pretermino	1	29	15	44,1	18	52,9	34	100,0	p-valor= 0,000 X ² c=20,109
	a termino	19	129	102	69,4	26	17,7	147	100,0	
	Post termino	0	00	4	66,7	2	33,3	6	100,0	
	Total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100,0	
mes	enero	0	00	10	76,9	3	23,1	13	100,0	p-valor= 0,275 X ² c= 25,473
	febrero	3	30,0	7	70,0	0	0,0	10	100,0	
	marzo	0	00	10	55,6	8	44,4	18	100,0	
	abril	2	10,0	13	65,0	5	25,0	20	100,0	
	mayo	2	18,2	5	45,5	4	36,4	11	100,0	
	junio	2	20,0	4	40,0	4	40,0	10	100,0	
	julio	2	11,8	12	70,6	3	17,6	17	100,0	
	agosto	2	9,5	12	57,1	7	33,3	21	100,0	
	setiembre	0	00	12	85,7	2	14,3	14	100,0	
	octubre	1	8,3	10	83,3	1	8,3	12	100,0	
	noviembre	4	15,4	15	57,7	7	26,9	26	100,0	
	diciembre	2	13,3	11	73,3	2	13,3	15	100,0	
total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100,0		
año	2010	3	18,8	5	31,3	8	50,0	16	100,0	p-valor= 0,008 X ² c= 20,813
	2011	1	16	42	67,7	19	30,6	62	100,0	
	2012	3	10,3	19	65,5	7	24,1	29	100,0	
	2013	6	22,2	17	63,0	4	14,8	27	100,0	
	2014	7	13,2	38	71,7	8	15,1	53	100,0	
	Total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100,0	

La tabla 3 muestra la epidemiología de la hemorragia post parto en las dimensiones atributo de tiempo:

- a) Respecto a la edad gestacional, el mayor número de pacientes atendidas fueron a término (147/187), seguidas de pacientes pre termino (34/187). La mayor frecuencia de hemorragia post parto clase II se presentó en el embarazo a término con 102/147 (69.4%) seguidas por las pacientes post termino con 4/6 (66.7%).

Al respecto Chayan, M.M.I. (2015), manifiesta como factor de riesgo para hemorragia postparto en pacientes del Hospital Belén de Trujillo en concordancia a la edad gestacional de las mujeres en estudio, se encontró que 8 de las pacientes tenían una edad gestacional menor de 37 semanas (5.3%), 135 de ellas tenían entre 37 a 41 semanas de gestación (90%), y las 7 sobrantes tenían más de 41 semanas (4.6%).

Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontró a la edad gestacional como factor estadísticamente significativo (p -valor=0.000; $X^2_c=20,109$).

Estos datos son similares a los resultados obtenidos en la presente investigación.

- b) Los datos obtenidos en la variable meses, nos indican que el mayor número de pacientes atendidas fueron durante el mes de noviembre (26/187), seguido del mes de agosto (21/187) y marzo (18/187). Sin embargo, el mes con mayor frecuencia de hemorragia post parto clase II fue setiembre con 12/14 (85.7%), seguido octubre con 10/12 (83.3%) y enero con 10/13 (76.9%).

Al respecto Ruiz, Q.M. N. (2012), manifiesta que en el mes de junio 15 casos equivalentes al 23% con el mayor porcentaje y en enero 8 casos representados por un porcentaje de 12%, referente a estos datos estadísticos se pudo concluir las diferentes incidencias de hemorragia postparto que se presentaron en los seis meses de investigación, dándonos como resultado que este tipo de patología puede variar en el tiempo lo que se vuelve imprescindible.

Por otro lado el factor mese resulto ser no significativo (p -valor=0,275; $X^2_c=25,473$).

- e) En relación a la variable año, el mayor número de pacientes atendidas fue en el año 2011 (62/187), seguido del 2014 (53/187). Sin embargo de acuerdo a esta variable, la mayor frecuencia de hemorragia post parto clase II fue en el año 2014, 38/53 (67.7%), seguido del año 2011, 42/62 (67,7%).

Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontró al año como factor estadísticamente significativo (p -valor=0,008; $\chi^2_c=20,813$).

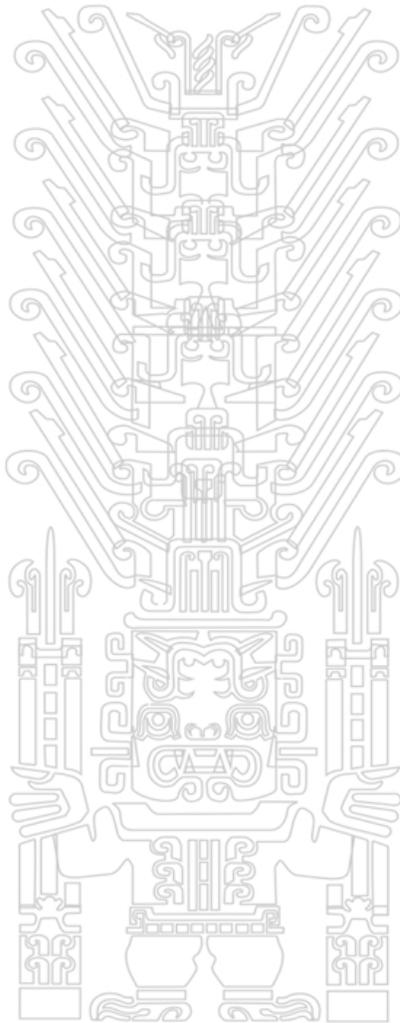


Tabla 4. Epidemiología de la hemorragia post parto en la dimensión factores de riesgo, de las pacientes atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia en el periodo 2010- 2014, Ayacucho 2017.

FACTORES DE RIESGO			NIVEL DE HEMORRAGIA						Total		χ ²
			Clase I		Clase II		Clase III		fi	fi%	
			fi	fi%	fi	fi%	fi	fi%			
Antecedentes	gestante añosa	si	5	8.8	36	63.2	16	28.1	57	100.0	p-valor= 0,699 X ² c= 0,716
		no	15	11.5	85	65.4	30	23.1	130	100.0	
		total	20	10.7	121	64.7	46	24.6	187	100.0	
	legrado uterino previo	si	2	8.3	17	70.8	5	20.8	24	100.0	p-valor= 0,794 X ² c= 0,462
		no	18	11.0	104	63.8	41	25.2	163	100.0	
		Total	20	10.7	121	64.7	46	24.6	187	100.0	
	cicatriz uterina previa	si	2	8.0	12	48.0	11	44.0	25	100.0	p-valor= 0,053 X ² c= 5,856
		no	18	11.1	109	67.3	35	21.6	162	100.0	
		Total	20	10.7	121	64.7	46	24.6	187	100.0	
Características	Macrosomía fetal	si	1	5.0	15	75.0	4	20.0	20	100.0	p-valor=0,538 X ² c= 1,238
		no	19	11.4	106	63.5	42	25.1	167	100.0	
		Total	20	10.7	121	64.7	46	24.6	187	100.0	
	DPP	si	0	0.0	0	0.0	10	100.0	10	100.0	p-valor= 0,000 X ² c= 32,384
		no	20	11.3	121	68.4	36	20.3	177	100.0	
		Total	20	10.7	121	64.7	46	24.6	187	100.0	
	placenta previa	si	0	0.0	2	18.2	9	81.8	11	100.0	p-valor= 0,000 X ² c= 5,856
		no	20	11.4	119	67.6	37	21.0	176	100.0	
		Total	20	10.7	121	64.7	46	24.6	187	100.0	
	parto prolonga do (fase actica)	si	4	28.6	9	64.3	1	7.1	14	100.0	p-valor= 0,041 X ² c= 20,715
		no	16	9.2	112	64.7	45	26.0	173	100.0	
		Total	20	10.7	121	64.7	46	24.6	187	100.0	
	expulsivo prolonga do	si	0	0.0	13	86.7	2	13.3	15	100.0	p-valor= 0,149 X ² c= 3,801
		no	20	11.6	108	62.8	44	25.6	172	100.0	
		Total	20	10.7	121	64.7	46	24.6	187	100.0	
anemia	si	5	5.3	61	64.9	28	29.8	94	100.0	p-valor= 0,028 X ² c= 7,177	
	no	15	16.1	60	64.5	18	19.4	93	100.0		
	Total	20	10.7	121	64.7	46	24.6	187	100.0		
Intervenciones	Uso de Oxitocina. Sulfato de Magnesio Relajante uterinos	si	2	3.8	45	84.9	6	11.3	53	100.0	p-valor= 0,001 X ² c= 13,278
		no	18	13.4	76	56.7	40	29.9	134	100.0	
		Total	20	10.7	121	64.7	46	24.6	187	100.0	

La tabla 4 muestra la epidemiología de la hemorragia postparto en la dimensión factores de riesgo:

a) Respecto a los antecedentes:

- En la gestante añosa la mayor frecuencia se presentó en gestantes no añosas con 130/187, de las cuales el 65,4% (85/130) tuvieron hemorragia postparto clase I; y 57/187 fueron gestantes añosas, de las cuales el 63,2% (36/57) presentó hemorragia postparto clase II.

Al respecto Acusi, Q.J.C. (2012), refiere en cuanto a la gestante añosa que los factores que aumentan significativamente el riesgo de hemorragia post parto son: edad materna >35 años (OR=2,2).

Por otro lado el factor gestante añosa resultó ser no significativo (p-valor=0,699 ; $\chi^2=0,716$).

- En cuanto a la variable legrado uterino, 163/187 fueron pacientes que no se les realizó el legrado uterino después del parto; sin embargo, el 63,8% (104/163) presentaron hemorragia postparto clase I; 24/187 son pacientes a las que se les practicó el legrado uterino de las cuales el 70,8% (17/24) presenta hemorragia postparto clase II.

Por otro lado el factor legrado uterino resultó ser no significativo (p-valor=0,794; $\chi^2=0,462$).

En cuanto a cicatriz previa, 25/187 fueron pacientes que presentaron dicho antecedente, de las cuales el 48,0% (12/25) presentó hemorragia postparto clase I. Por otro lado, 162/187 no registraron en la historia clínica cicatriz previa, en ellas se observó que el 67,3% (109/162) presentaron hemorragia postparto clase .

Al respecto Chayan, M.M.I. (2015), señala que la cesárea iterativa es factor de riesgo asociado a hemorragia postparto en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en el período 2009 -2014.

El factor de cicatriz previa resultó ser no significativo (p-valor=0,053; $\chi^2=5,856$).

b) Respecto a las características:

- En cuanto a la macrostomia fetal, se observa que 20/187 pacientes presentaron dicha patología, de las cuales 75,0% (15/20) tuvieron hemorragia postparto clase II. Por otro lado observamos que la mayor frecuencia de pacientes (167/187) no presentaron macrostomia fetal, de las cuales el 63,5% (106/167) tuvieron hemorragia postparto clase II.

Al respecto Correa, M. G. A. (2014), menciona que la macrostomia fetal es factor de riesgo de hemorragia postparto, siendo la frecuencia de macrostomia fetal en mujeres con hemorragia postparto fue 12.4%, en el estudio realizado Gran multiparidad y macrostomia fetal como factores de riesgo para hemorragia posparto Hospital Distrital Santa Isabel el Porvenir Trujillo.

Así mismo, el factor de macrostomia fetal resulto ser no significativo (p-valor=0,538 ; $X^2c=1,238$).

- Con respecto a Desprendimiento Prematuro de Placenta, un total de 10/187 pacientes fueron diagnosticadas con embarazo múltiple, de las cuales 100,0% (10/10) presentaron hemorragia postparto de clase III. En cambio, la mayor frecuencia 177/187 no presentaron desprendimiento prematuro de placenta, de las cuales el 68,4% (121/177) presentaron hemorragia postparto clase II.

Al respecto Acho, M. S. C; Pichilingue, J. S; Díaz, H. J. A; Paredes, S. J. R. (2011), manifiesta, que el sangrado producido en la segunda mitad del embarazo es causante de importante morbilidad e incluso mortalidad perinatal y materna; en el INMP compromete entre el 9 al 15% de todas las gestantes. Se recuerda que se asocia a desprendimiento prematuro de placenta.

Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontró al desprendimiento prematuro de placenta como factor estadísticamente significativo (p-valor=0.000; $X^2c=32,384$).

-En la característica de placenta previa, 11/187 pacientes tuvieron, de las cuales el 81,8% (09/11) presentaron hemorragia postparto de clase III. Por otro lado, 176/187 pacientes no ingresaron con el diagnóstico de placenta previa a emergencia obstétrica, de las cuales 64,7% (119/176) presentaron hemorragia postparto clase II.

Al respecto Acho, M. S. C; Pichilingue, J. S; Díaz, H. J. A; Paredes, S. J. R. (2011), manifiesta, que el sangrado producido en la segunda mitad del embarazo es causante de importante morbilidad e incluso mortalidad perinatal y materna; en el INMP compromete entre el 9 al 15% de todas las gestantes. Se recuerda que se asocia a la placenta previa.

Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontró a la placenta previa como factor estadísticamente significativo (p -valor=0,000; $\chi^2=5,85$).

- Con respecto al parto prolongado, 14/187 fueron diagnosticadas como parto prolongado fase activa, de las cuales el 64,3% (09/14) presentaron hemorragia de clase II. Por otra parte la mayor frecuencia de pacientes 173/187 no presentaron parto prolongado, de las cuales el 64,7% (112/173) presentaron hemorragia postparto clase II.

Al respecto, Calle, S. J. J; Espinoza, B. D. E. (2015), Manifiesta, que la hemorragia postparto es una complicación importante con una prevalencia del 2,07% en el Hospital Vicente Corral Moscoso asociado a factores de riesgo que aumentan su prevalencia como conducción, multiparidad y fase activa prolongada de trabajo de parto.

Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontró al parto prolongado como factor estadísticamente significativo (p -valor=0,041; $\chi^2_c=20,715$).

- En la característica de expulsivo prolongado, un total de 15/187 pacientes fueron diagnosticadas expulsivo prolongado, de las cuales el 86,7% (13/15) presentaron hemorragia de clase II. En cambio, el 172/187 de pacientes no ingresaron con dicho diagnóstico al servicio de emergencia obstétrica, de las cuales el 62,8% (108/172) presentaron hemorragia postparto clase II.

Al respecto, Parodi, Q. J. J (2015), manifiesta que durante el periodo de dilatación, las gestantes con anemia presentaron complicaciones como: desgarros vulvo-perineales (29.3%) y expulsivo prolongado (12%), en el estudio realizado durante el trabajo de parto y puerperio en gestantes con anemia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

Así mismo, el factor de expulsivo prolongado resulto ser no significativo (p -valor=0,149; $\chi^2_c=3,801$).

- Con respecto a la anemia, la mayor frecuencia de pacientes 94/187 presentaron dicha variable, de las cuales el 64,9% (61/94) presentaron hemorragia postparto clase II. Por otro lado, el 93/187 no presentaron dicha patología, de las cuales el 64,5% (60/93) presentaron hemorragia postparto de clase II.

Al respecto, Parodi, Q. J. J. (2015), manifiesta que el 80.7% de las gestantes tenía anemia leve, el 18.5% anemia moderada y el 0.8% anemia severa. Asimismo, Ortiz, G. A. V; Miño, L. C; Ojeda, P. M; Medina, P. S. E. (2011), manifiesta después de haber revisado la bibliografía y lo que abogan las diferentes organizaciones y sociedades científicas, como la OMS, la FGO, la FASGO, la SOGIBA y la FAME, podemos concluir que los factores de riesgo más determinantes para la hemorragia postparto son la anemia. Por otro lado también manifiesta, Ruiz, Q. M. N. (2012), quien señala que el 100% de la población indígena estudiadas, el 52% de pacientes indígenas presentaban anemia y el 48% no presentaron, por lo que cabe resaltar que según estos resultados los pacientes que presentaron hemorragia postparto vaginal y padecían de anemia.

Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontró la anemia como factor estadísticamente significativo (p -valor=0,028; $X^2_c = ,177$).

e) Respecto a las intervenciones:

- La menor frecuencia de pacientes 53/187 utilizaron oxitocina, sulfato de magnesio y relajantes uterinos, de las cuales el 84,9% (45/53) presentaron hemorragia post parto de clase II. Por otro lado, la mayor frecuencia de pacientes 134/187 no utilizaron oxitocina, sulfato de magnesio y relajantes uterino, de las cuales el 56,7% (76/134) presentaron hemorragia postparto clase II.

Al respecto, Chiriboga, D. A. (2013), manifiesta que la causa de hemorragias postparto que con mayor frecuencia que se presento fue la lesión del canal blando del parto; y el mayor factor de riesgo fueron las mujeres sometidas a conducción del parto con el uso de oxitócicos. Así mismo, Ruiz, Q. M. N. (2012) manifiesta que el 35% de pacientes indígenas presentaron antecedentes patológicos personales, representando la preclampsia el principal patológico personal en un porcentaje de 48%.

Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontró a la sulfato de magnesio y oxitocina como factor estadísticamente significativo (p -valor-0.001 $X^2_e = 13,278$).

Tabla 5. Epidemiología de la hemorragia post parto en la dimensión atributo de causa, de las pacientes atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia en el periodo 2010- 2014, Ayacucho 2017.

ATRIBUTOS DE CAUSA			NIVEL DE HEMORRAGIA						Total		X ²
			Clase I		Clase II		Clase III				
			fi	fi%	fi	fi%	fi	fi%	fi	fi%	
uterinas	atonía uterina	si	15	8,4	117	65,7	46	25,8	178	100	p-valor= 0,000 X ² c= 20,707
		no	5	55,6	4	44,4	0	0,0	9	100	
		Total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100	
	retención placentaria	si	5	62,5	3	37,5	0	0,0	8	100	p-valor= 0,000 X ² c= 23,983
		no	15	8,4	118	65,9	46	25,7	179	100	
		Total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100	
	retención de restos placentarios y/o restos de membranas	si	0	0,0	7	63,6	4	36,4	11	100	p-valor= 0,375 X ² c= 1,910
		no	20	11,4	114	64,8	42	23,9	176	100	
		Total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100	
	placentas adherentes	si	0	0,0	0	0,0	2	100	2	100	p-valor= 0,045 X ² c= 6,197
		no	20	10,8	121	65,4	44	23,8	185	100	
		Total	20	10,7	121	64,7	40	24,6	187	100	
tracto genital	episiotomía	si	7	33,3	12	57,1	2	9,5	21	100	p-valor= 0,001 X ² c= 13,730
		no	13	7,8	109	65,7	44	26,5	166	100	
		Total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100	
	desgarro del canal vaginal	si	6	35,3	9	52,9	2	11,8	17	100	p-valor= 0,002 X ² c= 12,232
		no	14	8,2	112	65,9	44	25,9	170	100	
		Total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100	

La tabla 5 muestra la epidemiología de la hemorragia postparto en la dimensión atributo de causa:

a) Respecto a la variable uterina:

- Respecto a la atonía uterina, la mayor frecuencia de pacientes 178/187 presentaron, de las cuales el 65,7% (117/178) presentaron hemorragia postparto clase II. Por otro lado, 9/187 de las pacientes no presentaron atonía uterina, de las cuales el 44,4% (04/09) presentaron hemorragia de clase II.

Al respecto, Gil, C. M. (2015), los principales factores de riesgo para desarrollar hemorragia post parto por atonía uterina fueron edad mayor a 30 años, pacientes multigestas, multiparidad, parto por cesárea, antecedente de cesárea previa y antecedentes obstétricos

relacionados con atonía uterina. Así mismo, Calle. Andrés; Barrera. Milton. Guerrero. A (2008), manifiesta cuando una paciente presenta hemorragia posparto, es importante evaluar en forma inmediata las probables causas: en 70% de los casos es la atonía uterina. Por otra parte, Ortiz, G. A V; Miño, L. C; Ojeda, P. M; Medina, P. S. E. (2011), manifiesta después de haber revisado la bibliografía y lo que abogan las diferentes organizaciones y sociedades científicas, como la OMS, la FIGO, la FASGO, la SOGIBA y la FAME, concluyen que las causas más frecuente de HPP es la atonía uterina (70%).

Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontró a la atonía uterina como factor estadísticamente significativo (p-valor=0,000; $\chi^2=27,707$).

- Respecto a la retención placentaria, 08/187 pacientes fueron diagnosticadas con dicha patología, de las cuales el 62,5% (05/08) presentaron hemorragia de clase I. Por otro lado, 179/187 de pacientes no presentaron retención placentaria, de las cuales 65,9% (118/179) presentaron hemorragia postparto clase II.

Al respecto, Sosa, C. G. (2009), En el estudio que realizo sobre los factores de riesgo de hemorragia post-parto en partos vaginales en una población de América Latina, manifiesta que los factores de riesgo más fuertemente asociados a la incidencia de hemorragia post-parto fueron : placenta retenida en (33,3%). Así mismo, Calle, A; Barrera, M; Guerrero, A. (2008), manifiesta que cuando una paciente presenta hemorragia posparto, es importante evaluar en forma inmediata las probables causas: en 10% restos en la cavidad uterina o placenta retenida.

Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontró a la retención de placenta como factor estadísticamente significativo (p-valor=0,000; $\chi^2_c=23,983$).

- Respecto a la retención de restos placentarios y/o restos de membranas, 11/187 pacientes presentaron la patología, de las cuales el 63,6% (07/11) pacientes presentaron hemorragia de clase 11. Asimismo, 176/187 de pacientes no fueron diagnosticadas con retención de restos placentarios y/o restos de membranas, de las cuales el 64,8% (114/176) presentaron hemorragia postparto clase 11.

Al respecto, Paredes, L. N; Humberto. C; Chinachi, I. O; O. R. (2014), manifiesta que esta investigación se llevó a cabo en el Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito, donde se pudo observar que la principal causa de hemorragia postparto vía vaginal son los Restos Corio placentarios en porcentaje de 42% (18 pacientes). Así mismo, MUÑOZ, H. K. I. (2013), La causa de la hemorragia postparto que mayormente se observó fue la retención de restos placentario (50%) seguida la hipotonía (42%). De igual forma Guerrero, B; Jairo, J. (2010), refiere que en la variable según la hemorragia post parto de tipo uterina encontramos un 70% al alumbramiento incompleto.

Por otro lado, el factor retención de restos placentarios y/o restos de membranas resulto ser no significativo (p -valor=0,375; $X^2_c=1,910$).

- En cuanto a la variable placentas adheridas, 11/187 pacientes fueron diagnosticadas con la patología, de las cuales 100% (02/02) presentaron hemorragia de clase III. Asimismo, 185/187 pacientes no presentaron placentas adheridas, de las cuales el 64,8% (114/176) presentaron hemorragia postparto clase II.

Al respecto, Solari, A. A; Solari G. C; Wash, F. A; Guerrero, G. M; Enríquez G. O. (2014), manifiesta sobre la hemorragia del postparto que es una de las principales emergencias obstétricas, siendo la tasa de mortalidad materna por hemorragias entre 30 y 50%, el acretismo es una inserción anormal de la placenta. Su diagnóstico se basa en el uso de ecografía y resonancia nuclear magnética y su tratamiento es el parto por cesárea con histerectomía.

Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontró a la placenta adherida como factor estadísticamente significativo (p -valor=0,045; $X^2_c=6,197$).

b) Respecto a la variable tracto genital:

- En cuanto a la episiotomía, 21/187 pacientes se les realizó dicha cirugía menor, de las cuales el 57,1% (12/21) presentaron hemorragia postparto de clase II. Por otro lado, 166/187 pacientes no se les realizó la episiotomía, de las cuales el 65,7% (109/166) presentaron hemorragia postparto clase II.

Al respecto, Altamirano, G. P. A. (2012), indica que la frecuencia de HPP fue de 1.52%, entre los principales factores de riesgo intraparto se encontraron de acuerdo al orden de frecuencia: episiotomía 40.3 %, presentando la episiotomía 2298 veces más riesgo de hacer HPP en comparación a las que no presentaron el factor. Igualmente, Altamirano, G. P. A. (2009), indica que la frecuencia de HPP fue de 1.52%. Los principales factores de riesgo intraparto identificados que destacan en orden de frecuencia es la episiotomía 40.3 %.

Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontró a la episiotomía como factor estadísticamente significativo (p -valor=0,001; $X^2_c=13,730$).

- Respecto a la variable desgarro del canal vaginal, 09/17 pacientes presentaron desgarro del canal vaginal, de las cuales 52,9% (09/17) presentaron hemorragia postparto de clase II. Asimismo, 170/187 no presentaron desgarro del canal vaginal, de las cuales 65,9% (112/170) presentaron hemorragia postparto clase II.

Al respecto, Orozco, Y.J. P. (2014), señala que de acuerdo al estudio, Factores de Riesgo de Hemorragia Postparto en Pacientes con Puerperio Inmediato en el servicio de Ginecología Hospital Provincial Puyo, dentro de los principales factores de riesgo que señala en el intraparto se pudo determinar que en un 28% se debe a desgarros cervical vaginal-perineal.

Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontró al desgarro del canal vaginal como factor estadísticamente significativo (p-valor=0,002; χ^2 =12,232).

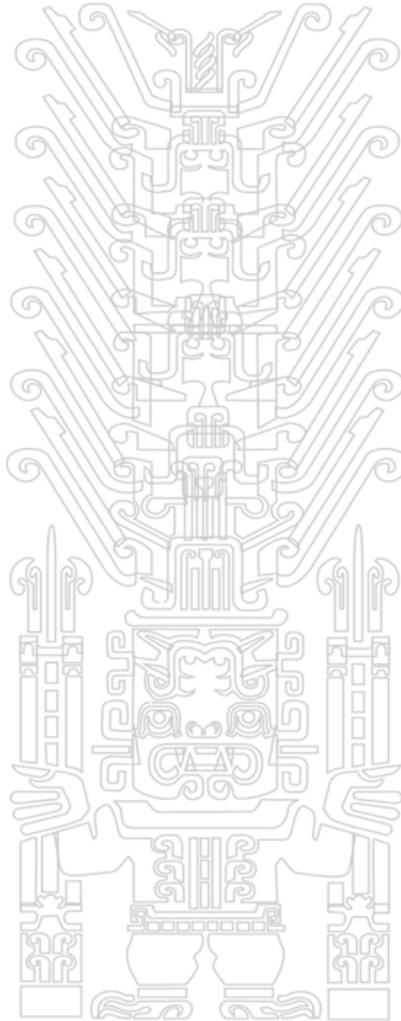


Tabla 6. Epidemiología de la hemorragia post parto en la dimensión atributos de tratamiento, de las pacientes atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia en el periodo 2010- 2014, Ayacucho 2017.

ATRIBUTOS DE TRATAMIENTO			NIVEL DE HEMORRAGIA						Total		χ^2
			Clase I		Clase II		Clase III				
			fi	fi%	fi	fi%	fi	fi%			
Maniobra para Cohibir el sangrado Obstétrico	Comprensión Bimanual Externa	si	15	26,8	33	58,9	8	14,3	56	100	p-valor= 0,000 χ^2 e= 23,220
		no	5	3,8	88	67,2	38	29,0	131	100	
		Total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100	
	Comprensión Bimanual Combinada	si	5	25,0	10	50,0	5	25,0	20	100	p-valor= 0,081 χ^2 e= 5,035
		no	15	9,0	111	66,5	41	24,6	167	100	
		Total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100	
	Extracción Digital de coágulos	si	8	21,1	25	65,8	5	13,2	38	100	p-valor= 0,026 χ^2 e= 7,330
		no	12	8,1	96	64,4	41	27,5	149	100	
		Total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100	
	Extracción Manual de Placenta	si	5	62,5	3	37,5	0	0,0	8	100	p-valor= 0,000 χ^2 e= 23,983
		no	15	8,4	118	65,9	46	25,7	179	100	
		Total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100	
Via segura	si	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100		
	Total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100		
Farmacológico	Oxitocina	si	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100	
		Total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100	
	Ergometrina	si	2	4,0	30	60,0	18	36,0	50	100	p-valor= 0,035 χ^2 e= 6,700
		no	18	13,1	91	66,4	28	20,4	137	100	
		Total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100	
	Misoprostol	si	1	8,3	9	75,0	2	16,7	12	100	p-valor= 0,739 χ^2 e= 0,605
		no	19	10,9	112	64,0	44	25,1	175	100	
		Total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100	
Cloruro de Sodio	si	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100		
	Total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100		
quirúrgico	Histerectomía	si	0	0,0	0	0,0	18	100	18	100	p-valor= 0,000 χ^2 e= 61,050
		no	20	11,8	121	71,6	28	16,6	169	100	
		Total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100	
	Revisión Manual de Cavidad uterina (escobillonaje)	si	6	4,7	91	71,7	30	23,6	127	100	p-valor= 0,000 $le= 16300$
		no	14	23,3	30	50,0	16	26,7	60	100	
		Total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100	
	Sutura de desgarros	si	6	40,0	8	53,3	1	6,7	15	100	p-valor= 0,000
		no	14	8,1	113	65,7	45	26,2	172	100	

	Total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100	$\chi^2_e = 15,552$
Episiorrafia	si	7	25,0	16	57,1	5	17,9	28	100	p-valor= $\chi^2_c = 0,27$ $\chi^2_e = 7,200$
	no	13	8,2	105	66,0	41	25,8	159	100	
	Total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100	
Legrado Uterino	si	5	21,7	14	60,9	4	17,4	23	100	p-valor= 0,65 $\chi^2_c = 3,604$
	no	15	9,1	107	65,2	42	25,6	164	100	
	Total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100	
Sutura de B Lynch	si	0	0,0	77	78,6	21	21,4	98	100	p-valor= 0,000 $\chi^2_e = 28,982$
	no	20	22,5	44	49,4	25	28,1	89	100	
	Total	20	10,7	121	64,7	46	24,6	187	100	

La tabla 6 muestra la epidemiología de la hemorragia postparto en las dimensiones atributo de tratamiento:

a) Respecto a la variable maniobras para cohibir sangrado obstétrico:

- En cuanto a la compresión bimanual externa, (56/187) pacientes se les practico dicha compresión, de las cuales el 58,9% (33/56) presentaron hemorragia postparto clase II. Por otro lado la mayor frecuencia 131/187 son pacientes a quienes no se les practico dicha maniobra, de las cuales el 67,2% (88/131) presentaron hemorragia postparto clase II.

Al respecto, Hofmeyr G, Abdei-Aieem H, Abdei-Aieem. (2013), señala que los resultados de esta revisión no son concluyentes. La calidad metodológica de los dos ensayos incluidos fue alta, pero es posible que hubiera diferencias en los procedimientos utilizados en los lugares de estudio. Las desventajas del masaje uterino incluyen el uso del tiempo del personal y el malestar ocasionado a las mujeres, se necesitan más ensayos, especialmente en ámbitos en los que los útero tónicos no están disponibles. El masaje uterino podría ser una intervención sencilla y de bajo costo si se demuestra que es efectiva. Por otro lado, Camacho, C. F. A; Rubio, R. J. A. (2016), manifiesta que se debe buscar la posible causa del sangrado y dar tratamiento específico una vez este se identifique, para lo cual se deben recordar las cuatro causas principales de la hemorragia posparto resumidas en

Las cuatro T: Tono, Trauma, Tejido y Trombina, realizar masaje uterino externo y bimanual.

Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontró a la comprensión bimanual externa como factor estadísticamente significativo (p-valor=0,000; $X^2_c=23,220$).

- Respecto a la maniobra comprensión bimanual combinada, el 20/187 pacientes son a quienes se les practico la maniobra bimanual combinada, de las cuales el 50,9% (10/20) presentaron hemorragia postparto clase II. También se observa que la mayor frecuencia de pacientes 167/187, no se les practico la maniobra bimanual combinada, de las cuales el 66,5% (111/167) tuvieron hemorragia postparto clase II.

Sobre el particular, Calle A; Barrera, M; guerrero, A (2008), en el estudio Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Posparto, refiere si nos encontramos en un lugar en el que no tenemos posibilidades de efectuar algunos procedimientos, entonces no debemos olvidar disminuir los riesgos, aplicando los retractores uterinos que disponemos, brindar masaje uterino (atonía uterina) y ayudar al traslado de la paciente a un hospital de mayor complejidad.

Por otro lado, el factor de comprensión bimanual combinada resulto ser no significativo (p-valor-0,081; $X^2_c=5,035$).

- En cuanto a la variable extracción digital de coágulos, 38/187 pacientes son a quienes que se les practicaron dicha destreza para salvar vidas, de las cuales el 65,8% (25/38) presentaron hemorragia postparto clase II. Así mismo, las que presentan mayor frecuencia son pacientes a las que no se les practicó dicha maniobra 149/187, de las cuales el 64,4% presentaron hemorragia postparto clase II.

Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontró a la extracción digital de coágulos como factor estadísticamente significativo (p-valor=0,026; $X^2_c=7,330$).

- Con respecto a la variable extracción manual de placenta, 8/187 son pacientes que se les realizó dicha destreza para salvar vida, de las cuales el 62,5% (05/08) presentaron hemorragia postparto clase I. Además, se observa que la mayor frecuencia se da en pacientes que no se les practicó la extracción manual de placenta 179/187, de las cuales 65,9% (118/179) presentaron hemorragia postparto clase II.

Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontró a la extracción manual de placenta como factor estadísticamente significativo (p -valor=0,000; $\chi^2_{c}=23,983$).

- Con respecto a la vía segura, en las historias clínicas, se observa que se colocó como tratamiento al 100% de pacientes (187/187), de las cuales el 64,7% (121/187) presentaron hemorragia postparto clase II.

Sobre el tema, Calle A; Barrera, M; Guerrero, A. (2008), indica si una paciente presenta hemorragia evidente, que sea catalogada como mayor a lo normal, el operador debe estar preparado para actuar de inmediato, pues ella requiere buscar ayuda, asegurar las vías aéreas permeables, administrar volúmenes disponibles intravenosos, enviar muestras para tipificación sanguínea y administrar paquetes globulares lo más pronto posible. Igualmente, Ortiz, G. A. V; Mariño, L. C; Ojeda, P. M; Medina, P. S. E. (2011). Manifiesta que la clave del tratamiento es la detección precoz de los signos de descompensación hemodinámica, para llevar a cabo una fluidoterapia agresiva evitando el shock hipovolémico y así disminuir la mortalidad materna.

b) Respecto a la variable farmacológico:

- Se administró al 100% (187/187) de pacientes, como tratamiento oxitocina, de las cuales el 64,7% (121/187) presentaron hemorragia postparto clase II.

Sobre el particular, Camacho, C. F. A; Rubio, R. J. A. (2016), señala que el medicamento de elección para el tratamiento médico de la hemorragia posparto es la oxitocina a una dosis inicial de 5 a 10 UI en

bolo lento y continuando en infusión por cuatro a seis horas; igualmente Bonifaz, G. J. J. (2010), señaló que en la hemorragia post parto de tipo no uterina con un 42% al desgarro vaginal, según el tipo de tratamiento el 38% requirió medicamentos, de los cuales la oxitocina fue el más usado con 45%.

- Respecto a la administración de ergometrina, 50/187 son pacientes a quienes se les administro el medicamento de ergometrina, de las cuales 60,0% (30/50) presentaron hemorragia postparto clase II. Además, la mayor frecuencia de pacientes 137/187, no fueron administradas con dicho medicamento, de las cuales el 66,4% (91/137) tuvieron hemorragia postparto clase II.

Al respecto, Camacho, C. F. A; Rubio, R. J. A. (2016) manifiesta que la ergometrina es un alcaloide derivado del cornezuelo de centeno que produce contracciones rítmicas y tetánicas del miometrio; tiene una vida media de 30 minutos a dos horas, e inicio de acción de 2 a 3 minutos después de su administración, en resumen, las guías de práctica clínica encontradas recomiendan una dosis inicial de 0.2 mg IM, administrar una segunda dosis de 0.2 mg IM en la primera hora — 15 a 20 minutos- y repetir cada 4 a 6 horas hasta un máximo de 1 mg -cinco dosis de 0.2 mg- en las primeras 24 horas, siempre por vía IM.

Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontró a la ergometrina como factor estadísticamente significativo (p-valor=0.035; $\chi^2_{c=6,700}$).

- Respecto al tratamiento con misoprostol, a 12/187 pacientes se les administro dicho fármaco como tratamiento, de las cuales el 75,0% (09/12) presentaron hemorragia postparto clase II. También se observó que la mayor frecuencia de pacientes no fueron administradas con dicho medicamento 175/187, de las cuales 64,0% (112/187) evidenciaron hemorragia postparto clase II.

Al respecto, Lugo, S.A. M. (2014), recomienda el uso del misoprostol en el curso de la hemorragia puerperal inmediata por comprobarse su

efectividad. Así mismo, Hernández, C. F. (2015), concluyo que la aplicación de Misoprostol en el espacio bucal durante la cesárea disminuyó la necesidad de utilizar fármacos útero tónicos adicionales para tratar atonía uterina y la incidencia de hemorragia obstétrica.

Por otro lado, el factor de Misoprostol resulto ser no significativo (p-valor=0,739 ; χ^2 c=0,605).

- El tratamiento con cloruro de sodio fue administrado al 100% (187/187) de pacientes, de las cuales el 64,7% (121/187) presentaron hemorragia postparto clase II.

Al respecto, Campos, L. D; Villarreal, A. G. (2014), en el tratamiento que se utiliza en la hemorragia postparto es la reposición del volumen con solución de cristaloides solución salina 0,9%. Se recomienda el uso de cristaloides porque la soluciones coloidales como almidones, albumina o celulosa son más costosas y no ofrecen ventaja en cuanto a la supervivencia.

e) En la variable quirúrgico:

- Respecto a la histerectomía (18/169) son pacientes a quienes se les practicó la cirugía mayor, de las cuales el 100% (18/18) presentaron hemorragia postparto clase III. Se observa que a la mayor frecuencia de pacientes 169/187 no se les practicó dicha intervención, de las cuales 71,6% (121/169) presentaron hemorragia postparto clase II.

Al respecto, Rodríguez, A. N; Capote, A. R; Cuevas, H. E; Borrego, L. J; Martínez, C. I; Couret, C. M. P. (2013), concluyeron que las complicaciones relacionadas con la cesárea y la atonía uterina siguen constituyendo las causas fundamentales de indicación de la histerectomía obstétrica.

Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontró a la histerectomía como factor estadísticamente significativo (p-valor=0,000; χ^2 c=61,050).

En cuanto a la revisión manual de cavidad uterina (escobillonaje), hubo una mayor frecuencia de pacientes a quienes se les practicaron dicha maniobra 127/187, de las cuales el 71,7% (91/127) tuvieron hemorragia postparto clase II. Asimismo, 60/187 son pacientes a quienes no se les practico dicha intervención, de las cuales 50,0% (30/60) presentaron hemorragia postparto clase II.

Al respecto, Camacho, V. L; Pérez, L. J. C. (2012), concluye que la revisión manual de cavidad uterina se asocia estrechamente con la aparición de hemorragia posparto, en contraste con la revisión instrumentada gentil, en la que se registró menor incidencia de esta complicación. La revisión de cavidad uterina debe practicarse bajo indicaciones precisas, hecho que contribuye a la disminución de complicaciones en el posparto.

Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontró a la revisión manual de cavidad uterina (escobillonaje) como factor estadísticamente significativo (p-valor=0,000 ; $\chi^2=16,300$).

- Respecto a la sutura de desgarros, a 15/187 pacientes se les realizo la sutura como tratamiento, de las cuales el 53,3% (08/15) presentaron hemorragia postparto clase II. Además, la mayor frecuencia de pacientes 172/187 no presentaron desgarro en las partes blandas, de las cuales el 65,7% (113/172) evidenciaron hemorragia postparto clase II.

Al respecto, Calle, A; barrera, M; guerrero, A (2008), constituyen que la segunda causa de hemorragia posparto el daño del tracto genital puede ocurrir espontáneamente o por manipulación usada para la extracción del feto. El traumatismo puede ocurrir luego de un trabajo de parto prolongado, especialmente en pacientes con desproporción céfalo pélvico relativo o absoluto y en útero que ha sido estimulado con oxitocina.

Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontró a la sutura de desgarros como factor estadísticamente significativo (p-valor=0,000; $\chi^2_e=15,552$).

- Respecto a la Episiorrafia, a 28/ 187 pacientes se les realizó la cirugía menor, de las cuales el 57,1% (16/28) presentaron hemorragia postparto clase II. Asimismo, 159/187 de las pacientes no se sometieron a esta intervención, de las cuales 66,0% (105/159) presentaron hemorragia postparto clase II.

Al respecto, Altamirano, G. P. A (2012), manifiesta, que la frecuencia de HPP fue de 15,2%. Entre los principales factores de riesgo intraparto se encontraron de acuerdo al orden de frecuencia: episiotomía 40,3 %, ruptura prematura de membrana 14,7%, parto precipitado 12,8%.

Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontró a la Episiorrafia como factor estadísticamente significativo (p-valor=0,027; $\chi^2_c= 200$).

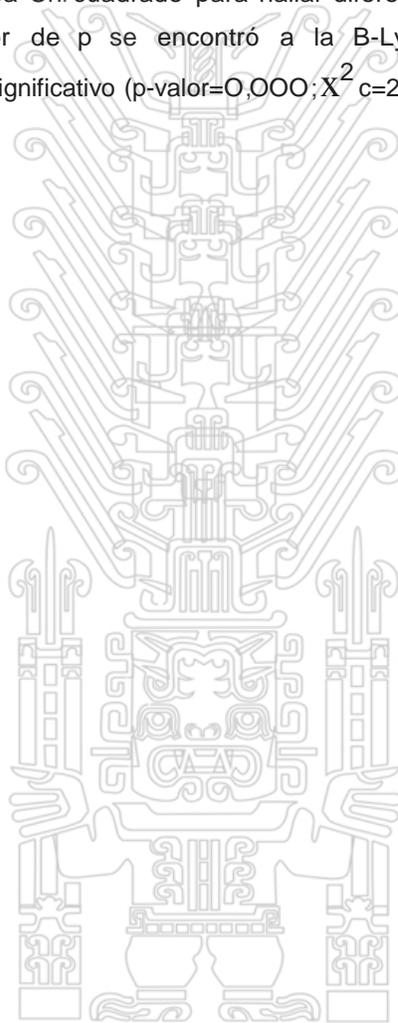
- Respecto al legrado uterino, 23/ 187 pacientes fueron las que se sometieron a dicha intervención, de las cuales el 60,9% (14/23) presentaron hemorragia postparto clase II. Por otro lado, el mayor número de frecuencia 164/187 de pacientes no se sometieron al legrado uterino, de las cuales el 65,2% (107/164) presentaron hemorragia postparto clase II.

Por otro lado, el factor legrado uterino resulto ser no significativo (p-valor=0,165; $\chi^2_c=3,604$).

- Respecto a la sutura de B Lynch, las que presentaron mayor frecuencia de hemorragia postparto son las que se sometieron a dicha intervención 98/187, de las cuales el 78,6% (77/98) presentaron hemorragia postparto clase II. Por otro lado, a 89/187 pacientes no se les realizó la sutura de B Lynch, de las cuales el 49,4% (44/89) presentaron hemorragia postparto clase II.

Al respecto, Scasso, S; Laufer, J; Sosa, C; Verdes, E; Briozzo, L; Alonso, J. (2010), señalaron que la sutura hemostática de B-Lynch es una alternativa aceptada a nivel internacional que forma parte de los protocolos de manejo de la hemorragia posparto. Es una técnica efectiva, simple, reproducible y que permite preservar el potencial reproductivo con particular indicación en pacientes jóvenes.

Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontró a la B-Lynch como factor estadísticamente significativo (p-valor=0,000; $\chi^2_c=28,982$).



CAPITULO IV

CONCLUSIONES

1. Respecto a la edad se observa que el grupo etario de 12 a 17 años y de 18 a 23 años tuvieron la mayor frecuencia de hemorragia post parto clase II, con 16/22 (72.7%) y 38/53 (71.7%) respectivamente. En relación a la gestación se encontró, que el grupo de pacientes primigestas tuvo la mayor frecuencia de hemorragia post parto clase II, con 58/78 (74.4%) y 63/109 (57.8%) respectivamente. Según la variable paridad, se demostró que la mayor frecuencia de hemorragia post parto clase II fueron los que tuvieron 1 solo parto, con 61/83 (73.5%) y los que tuvieron de 4 a 5 partos con 12/19 (63,2%). De acuerdo a la variable tipo de embarazo, el grupo de pacientes multigestas tuvo la mayor frecuencia de hemorragia post parto clase III con 16/27 (59.3%) y el grupo de gestantes con embarazo único tuvo la mayor frecuencia de hemorragia postparto clase II 112/160 (70.0%). Con respecto al nivel de hemoglobina, la mayor frecuencia de hemorragia post parto clase II, fueron las que tuvieron hemoglobina menor de 12.5mg 92/131(70.2%) y las que tuvieron hemoglobina mayor de 12.5mg 29/56 (51.8%) respectivamente. En referencia al grado de instrucción, las que tienen grado de instrucción secundaria completa presentan mayor frecuencia de hemorragia post parto clase II de acuerdo a nuestro estudio, con 57/81(70.4%), seguido de las pacientes con grado de instrucción primaria 31/56 (55.4%), y finalmente las pacientes con grado de instrucción superior 3/6 (50.0%). En cuanto al estado civil, las que presentan mayor frecuencia de hemorragia post parto clase II son las pacientes con estado civil soltero 28/39 (71.8%), seguido de pacientes con estado civil conviviente 74/ 118 (62.7%) y finalmente las de estado civil casado 18/29 (62.1%). La hemorragia post parto en la dimensión atributo de persona se encuentran

asociadas a la edad (p -valor=0,026; $X^2c= 17,443$), tipo de embarazo (p -valor= 0,000; $X^2c= 20,530$) y nivel de hemoglobina (p -valor = 0,000; $X^2c = 26,745$), de las puérperas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, 2010 - 2014.

2. Respecto a la variable referencia, se observa que la mayor frecuencia de hemorragia post parto clase II se presentó en las pacientes que fueron referidas de otros establecimientos 107/165 (64.8%) y las que no fueron referidas 14/22 (63.6%). En cuanto a las Unidades Ejecutoras, la Unidad Ejecutora que presentó mayor porcentaje de hemorragia post parto clase II fue Andahuaylas con 1/1(100%) al igual que Huancavelica con 1/1 (100%) y seguidos de la Unidad Ejecutora de San Miguel 6/8 (75.0%), respectivamente. Respecto al lugar de procedencia, se presentó la mayor frecuencia de hemorragia post parto clase II en la zona urbano marginal con 50/69 (72.5%), seguido de la zona rural con 53/86 (61.6%) y finalmente las que corresponden a la zona urbana 18/32 (56.3%). La hemorragia post parto en la dimensión atributos de espacio, se encuentran asociadas a referencia (p -valor= 0,026; $X^2c= 0242$) de las puérperas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, 2010 – 2014.
3. Las pacientes con edad gestacional pretérmino presentó una mayor frecuencia de hemorragia post parto clase II el embarazo a término 102/147 (69.4%) y post término 4/6 (66.7%). El mes con mayor frecuencia de hemorragia post parto clase II fue setiembre con 12/14 (85.7%), seguido octubre con 10/12 (83.3%) y enero con 10/13 (76.9%) y la mayor frecuencia de hemorragia post parto clase II fue en el año 2014, 38/53 (67.7%), seguido del año 2011, 42/62 (67.7%). La hemorragia post parto en la dimensión atributos de tiempo, se encuentran asociadas a edad gestacional (p -valor= 0,000; $X^2c= 20,109$) y año atención (p -valor=0,008; $X^2c=20,813$) de las puérperas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, 2010- 2014.

4. La hemorragia post parto en la dimensión factores de riesgo, se encuentran asociadas a desprendimiento prematuro de placenta (p-valor = 0,000; $\chi^2_c = 32,68$ previa (p-valor = 0,000; $\chi^2_c = 5,856$), parto prolongado (p-valor = 0,041; $\chi^2_c = 20,715$), anemia (p-valor = 0,028; $\chi^2_c = 7,177$) y mal uso de oxitocina, sulfato de magnesio y relajantes uterinos (p-valor = 0,001; $\chi^2_c = 13,278$), de las púerperas inmediatas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, 2010-2014.
5. La hemorragia post parto en la dimensión atributos de causa, se Respecto a los atributos uterino, las pacientes con atonía uterina el 65,7% (117/178) presentaron hemorragia postparto clase II y las que no presentaron atonía uterina el 44,4% (04/09) presentaron hemorragia de clase II; las pacientes con retención placentaria 62,5% (05/08) presentaron hemorragia de clase I y las que no presentaron retención placentaria el 65,9% (118/179) presentaron hemorragia postparto clase II; las pacientes con retención de restos placentarios y/o restos de membranas el 63,6% (07/11) presentaron hemorragia de clase II y las que no tuvieron retención de restos placentarios y/o restos de membranas el 64,8% (114/176) presentaron hemorragia postparto clase II; las pacientes con placentas adheridas el 100% (02/02) presentaron hemorragia de clase III y las que no tuvieron el 64,8% (114/176) presentaron hemorragia postparto clase II. Respecto a la variable tracto genital: las pacientes que tuvieron episiotomía el 57,1% (12/21) presentaron hemorragia postparto de clase II y las que no tuvieron el 65,7% (109/166) presentaron hemorragia postparto clase II; las pacientes que presentaron desgarro del canal vaginal según el informe en la historia clínica el 52,9% (09/17) presentaron hemorragia postparto de clase II y las que no tuvieron el 65,9% (112/170) presentaron hemorragia postparto clase II. La hemorragia post parto en la dimensión atributos de causa, se encuentran asociadas a atonía uterina (p-valor = 0,000; $\chi^2_c = 20,707$), retención placentaria (p-valor = 0,000; $\chi^2_c = 23,983$), placetas adherentes (p-valor = 0,045; $\chi^2_c = 6,197$), episiotomía

(p-valor = 0,001; $\chi^2_c = 13,730$) y desgarró del canal vaginal (p-valor = 0,002; $\chi^2_c = 12,2332$), de las puérperas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, 2010 -2014.

6. Respecto a maniobras para cohibir sangrado obstétrico: las pacientes que fueron tratadas con compresión bimanual externa, el 58,9% (33/56) presentaron hemorragia postparto clase II y las que no recibieron dicho tratamiento el 67,2% (88/131) presentaron hemorragia postparto clase II; las pacientes que fueron tratadas con maniobra compresión bimanual combinada el 50,9% (10/20) presentaron hemorragia postparto clase II y las que no fueron tratadas el 66,5% (111/167) tuvieron hemorragia postparto clase II; las pacientes con extracción digital de coágulos el 65,8% (25/38) presentaron hemorragia postparto clase II y las que no fueron tratadas el 64,4% presentaron hemorragia postparto clase II; las pacientes con extracción manual de placenta el 62,5% (05/08) presentaron hemorragia postparto clase y las que no recibieron el tratamiento el 65,9% (118/179) presentaron hemorragia postparto clase II; las pacientes que tuvieron vía segura el 64,7 (121/187) presentaron hemorragia postparto clase II. Respecto al tratamiento farmacológico: las pacientes a quienes se les administró oxitocina, el 64,7% (121/187) presentaron hemorragia postparto clase II; las pacientes a quienes se les administró ergometrina, el 60,0% (30/50) presentaron hemorragia postparto clase II y las que no fueron administradas con dicho medicamento el 66,4% (91/137) tuvieron hemorragia postparto clase II; las pacientes que fueron administrados con misoprostol el 75,0% (09/12) presentaron hemorragia postparto clase II y los que no recibieron dicho tratamiento el 64,0% (112/187) evidenciaron hemorragia postparto clase II y los que fueron administrados con cloruro de sodio el 64,7% (121/187) presentaron hemorragia postparto clase II. Respecto al tratamiento quirúrgico: las pacientes que se les practicó histerectomía el 100% (18/18) presentaron hemorragia postparto clase III y a las que no se les practicó el 71,6% (121/169) presentaron hemorragia postparto clase II, las que recibieron revisión manual de cavidad uterina (escobillonaje) el 71,7% (91/127) tuvieron

hemorragia postparto clase II y a las que no se les practicó el 50,0% (30/60) presentaron hemorragia postparto clase II; las pacientes que sufrieron sutura de desgarros el 53,3% (08/15) presentaron hemorragia postparto clase II y las que no tuvieron el 65,7% (113/172) evidenciaron hemorragia postparto clase II; las pacientes con legrado uterino el 60,9% (14/23) presentaron hemorragia postparto clase II y las que no tuvieron el 65,2% (107/164) presentaron hemorragia postparto clase II y las que se les practicó sutura de B Lynch el 78,6% (77/98) presentaron hemorragia postparto clase II y a las que no se les practicó el 49,4% (44/89) presentaron hemorragia postparto clase II. La hemorragia post parto en la dimensión tratamiento, se encuentran asociadas a compresión bimanual externa (p-valor = 0,000; $X^2c = 23,220$), extracción digital de coágulos (p-valor = 0,026; $X^2c = 7,330$), extracción manual de placenta (p-valor = 0,000; $X^2c = 23,983$), tratamiento con ergometrina (p-valor = 0,035; $X^2c = 6,700$), histerectomía (p-valor = 0,000; $X^2c = 61,050$), reversión manual de cavidad uterina (p-valor = 0,000; $X^2c = 16,300$), sutura desgarros (p-valor = 0,000; $X^2c = 15,552$), episiorrafia (p-valor = 0,027; $X^2c = 7,200$) y sutura de B Lynch (p-valor = 0,000; $X^2c = 28,982$), de las puérperas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetrica del Hospital Regional de Ayacucho, 2010-2014



RECOMENDACIONES

1. El Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, debe retomar su liderazgo promoviendo capacitaciones bajo la modalidad de pasantías a los profesionales de la región Ayacucho directamente comprometidos en la atención de la gestante y el niño por nacer, luego, evaluar el cumplimiento de las Guías de Manejo Estandarizado de las Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva, (lista de chequeo del Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que Cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales del MINSA), con lo cual se puede contribuir a la disminución de la mortalidad y morbilidad materna extrema, que tiene como causa la hemorragia post parto.
2. El análisis y las conclusiones del presente trabajo de investigación, deben ser puestos en conocimiento de las responsables de la Estrategia Salud Sexual y Reproductiva de la región Ayacucho, a efectos que se masifique la información y se adopten medidas preventivas que permita evitar muertes maternas por hemorragia postparto, por ejemplo, se debe implementar atenciones pre concepcionales que permita identificar factores de riesgo antes del embarazo y una Atención Prenatal Reenfocada de calidad, procedimientos que deben ser realizados por profesionales de salud competentes y calificados.
3. Utilizar los resultados del presente trabajo de investigación, para realizar estudios comparativos con grupos de gestantes de otras jurisdicciones como la zona tropical del VRAEM, tomando en cuenta que no existe información de la incidencia de muertes maternas por hemorragia postparto de las provincias del interior de la región Ayacucho.

4. Debe realizarse una auditoría a las Historias Clínicas, que permita mejorar la información, consignado todos los datos, letra más legible, firma y post firma del profesional a cargo de la atención, protección al desglosamiento de las hojas, sin borrones y enmendaduras.
5. En base a los hallazgos del presente estudio se recomienda a los directivos del Hospital Regional de Ayacucho , crear y promover políticas institucionales que permitan la mejora de la organización desde una arista psicosocial del trabajo y con las características intelectuales, emocionales y de motivación del trabajador , es decir fortalecer las fuentes de satisfacción laboral y minimizar hasta donde sea posible las fuentes generadoras de insatisfacción.
6. Se recomienda a la comunidad científica, profundizar el presente Estudio, abordando diseños de investigación correlacionales.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Altamirano, P. *Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009*. Tesis de titulación. Lima; 2012.
2. Begley C. *Comparative studies in the third stage of labour*. Dublin: University of Dublin; 2008.
3. Cabrera, S. Hemorragia postparto. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2010; 56 (1) 23-31.
4. Calle A, Barrera M, Guerrero A. Diagnóstico y manejo de la hemorragia post parto. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2008; 54 (1) 233-243.
5. Chica K. *Frecuencia de la hemorragia postparto y post cesárea en pacientes del Hospital "Dr. Rafael Rodríguez Zambrano" de la ciudad de manta durante el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013*. Tesis de Titulación. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2013.
6. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant WF. *Hypertensive disorders in pregnancy*. William Obstetrics, 23th Ed. Stamford: Appleton & Lange, 2003.
7. López, V. *Determinación del sangrado durante el parto y Jactos asociados a hemorragia*, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador. Tesis de segunda especialidad. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2013.
8. Me Cormick M. Preventing postpartum hemorrhage in low resource setting *Inter. J. Ginecol-Obstetric*. 2008; 45 (3).
9. Medina M, Espinosa A, Vázquez E. Administración de Carbetocina y oxitocina a pacientes con riesgo alto de hemorragia obstétrica. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2010; 15 (3).
10. Ministerio de Salud. *Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive 2007*. Lima: MINSAL; 2007.
11. MINSA: Ministerio de Salud. *Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materno-infantil 2009 - 2015*. Lima: MINSA; 2009.

12. MINSA: Ministerio de Salud. *Plan nacional concertado de salud 2007-2020*.
Lima: MINSA; 2007.
13. El Colegio Americano de Cirujanos. Choque. En: El Colegio Americano de Cirujanos, ed. Soporte avanzado de vida traumática. 1990; Pp. 59-73.
14. PAHT 1800 K St. NW Washington, DC 20006 *Programa para la Tecnología Apropriada en Salud (Proyecto de Salud Materna Neonatal)*.
15. Centro Latino Americano de Perinatología y Salud de la Mujer y Reproductiva- CLAP/SMR Publicación Científica W 1573-2010.
16. Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia Hospital Nacional Sergio E. Bernales- Opto. Gineco Obstetricia - 2011.
17. Sánchez, P.A; Yopla, M.A; Mendoza, S.J. Guías de Práctica Clínica de Obstetricia, Hospital San José del Callao- 2013.
18. Guías de Atención de Emergencias Obstétricas, Hospital María Auxiliadora, Opto. Gineco Obstetricia, Lima-2012.
19. Guía de práctica clínica de procedimientos en Obstetricia y Perinatología- Instituto Nacional Materno Perinatal- Lima-2014.
20. Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva MINSA, Lima 2004.
21. 3ª Edición de la Guía de Atención y Flujogramas de Emergencias Obstétricas Opto. Gineco Obstetricia, Hospital Regional de Ayacucho- 2004.
22. Hernández, Fernández y Baptista. Metodología de la Investigación. 5ª Edición, México - 2010.
23. Directiva Administrativa W 193-MINSA/DGSP-V.01, Metodología para la mejora del desempeño en base a buenas prácticas para la atención de salud en el primer nivel de atención, MINSA, Lima- 2012.
24. H. Karlsson, C. Pérez Sanz. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona 2009.

25. OPS: Organización Panamericana de la Salud. *OPS/OMS busca reducir las muertes maternas por hemorragia post parto en países de las Américas*. Washington. Recuperado de www.paho.org/par/index.php%3