

FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN – MANAGUA

RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



TEMA:

FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO, EN MUJERES ATENDIDAS EN LA SALA DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE Y HOSPITAL MAURICIO ABDALAH, DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2012.

AUTORES:

- **Br. Moisés Antonio Chávez Gutiérrez**
- **Br. Helna Lisseth Estrella Chamorro**
- **Br. Juan Alberto Hurtado García**

TUTORA

Y ASESORA METODOLOGICA:

- **DRA. CLARA GONZALEZ MONCADA**
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

MANAGUA – NICARAGUA

OPINION DEL TUTOR

El presente protocolo de investigación “Factores asociados a hemorragia posparto, en mujeres atendidas en la sala de ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, durante el periodo de enero a diciembre del 2012” reviste una gran importancia en el contexto actual, fundamentalmente porque enfoca un problema de salud; que se expresa nocivamente en la población materna contribuyendo en gran medida a las causas de mortalidad en este grupo de población por lo que conocer los factores de riesgos modificables podría permitir el establecimiento de estrategias eficaces de salud que permitan mejorar los servicios preventivos y resolutivos con el fin de disminuir las tasas de mortalidad materna, componente fundamental de las estrategias de salud familiar y comunitarias.

De ahí la gran relevancia que tienen los resultados de esta investigación, para evidenciar los principales factores de riesgos asociado a hemorragia posparto, de manera que permita en el futuro enfocar acciones y estrategias de capacitación continua, monitoreo, seguimiento y auditoria, que permitan elevar la calidad de control prenatal, la atención del parto y disminuir la mortalidad materna.

Basados en esas consideraciones felicito a los bachilleres Moisés Chávez, Juan Hurtado y Helna Chamorro por la dedicación, interés, esfuerzo, calidad y constancia en el desarrollo y cumplimiento de presente protocolo de investigación.

Dra. Clara González Moncada
Profesora Titular de Microbiología
Ginecoobstetra

INDICE

	N° Página
i. RESUMEN	
ii. DEDICATORIA	
iii. AGRADECIMIENTO	
I. INTRODUCCION.....	1-2
II.ANTECEDENTES.....	3-7
III.JUSTIFICACION.....	8
IV.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
V.OBJETIVOS.....	10
VI.MARCO TEORICO.....	11-23
VII.DISEÑO METODOLOGICO.....	24-27
VIII.OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	28-32
IX. ANALISIS DE RESULTADO.....	33-35
X.DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....	36-39
XI.CONCLUSIONES.....	40
XII.RECOMENDACIONES.....	41-42
XIII.BIBLIOGRAFIA.....	43-44
XIV.ANEXOS.....	45-81

RESUMEN

En el presente trabajo se estudia los factores asociados a mujeres atendidas que presentaron hemorragia posparto en sala de ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, durante el período de Enero a Diciembre del 2012. Para realizar este trabajo se utilizó una investigación de tipo Descriptivo de corte transversal, retrospectivo, el cual se llevó a cabo en las salas de ginecoobstetricia de ambos hospitales.

La hemorragia posparto es una de las principales complicaciones puerperales que representa una de las causas principales de morbilidad y mortalidad materna. El objetivo de esta investigación es establecer los principales factores de riesgos que aumentan la incidencia de las hemorragias posparto con el fin de disminuir la morbimortalidad materna. La muestra está conformada por los 109 expedientes clínicos de pacientes ingresadas al servicio de maternidad que presentaron Hemorragia posparto; de los cuales 68 casos corresponden al Hospital Mauricio Abdalah y 41 casos al Hospital Alemán Nicaragüense.

Con los resultados de la investigación se concluyó que la causa de hemorragias que con mayor frecuencia fue 75.6% se dio a Hipotonía Uterina en Hospital Alemán Nicaragüense y un 55.9% Hospital Mauricio Abdalah, seguido por restos placentarios para ambos Hospitales. Se comprueba que la hipotonía uterina, las alteraciones en el alumbramiento y los desgarros cervicales y/o vaginales son indudablemente los de mayor prevalencia.

El tratamiento oportuno de esta patología y el uso de medidas a tiempo y efectivas son indispensables y fundamentales para evitar la muerte materna. Conocer las poblaciones en riesgo y los factores desencadenantes resulta primordial, pues esta patología es altamente prevenible y debemos estar preparados para enfrentar este tipo de complicaciones.

DEDICATORIA

- A Dios nuestro creador y dador de vida, quien nos permitió finalizar el trabajo investigativo.
- A nuestros padres, por apoyarnos con sus sacrificios en cada una de las etapas de nuestros estudios.
- A nuestros maestros que a lo largo de la carrera nos han transmitido todo sus conocimientos, sin egoísmo, con el fin de lograr bases de humanismo hacia el que lo necesite.

AGRADECIMIENTO

A:

Nuestra tutora DRA. CLARA GONZALEZ MONCADA, ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA por el tiempo y dedicación al trabajo, quien con su experiencia y conocimientos, pero sobre todo, su disponibilidad nos guió durante el proceso y finalización de la tesis.

A la Dirección y Personal de Estadísticas y Admisión del Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, quienes nos permitieron realizar este estudio.

I. INTRODUCCION

La Maternidad es un proceso que inicia con el embarazo, seguida del parto y el puerperio, en su primera etapa. En el ser humano es un proceso natural, sin embargo, no está libre de riesgos, y tradicionalmente la mujer ha requerido asistencia durante esos tres momentos. La mortalidad materna es un indicador de salud de la mujer y de la calidad de atención de los sistemas de atención en salud en Nicaragua.⁽²⁾

La Hemorragia Posparto es una complicación obstétrica severa que produce casi un tercio de los fallecimientos maternos, siendo esta la más frecuente de la mortalidad materna. La mortalidad materna se estima actualmente en 529,000 defunciones anuales⁽⁶⁾, es decir, una razón mundial de 400 defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos.

La Organización Mundial de la Salud ha calculado que 99% de todas las muertes maternas se producen en los países en desarrollo y en los cuales la hemorragia posparto justamente es una complicación severa que con frecuencia produce la muerte materna, justamente en la mayoría de casos por deficiencia en los servicios de salud.

En Nicaragua, la tasa de mortalidad materna alcanzó en el año 2007 un total de 115 casos (superior a los anteriores; 97 en el 2002, 84.4 el 2003 y 88.1 en el 2004), de las cuales un 59% fueron por causas obstétricas directas, 26% indirectas, un 15% debido a causa no obstétricas, para al año 2008 hacia la semana epidemiológica 53 se reportaron 95 muertes maternas, el 55% de estas corresponden a causas obstétricas directas, 29.5 obstétricas indirectas y 14% a causas no obstétricas.

Según un análisis comparativo de la situación de mortalidad materna entre 2007-2008 en la semana epidemiológicas 1 a 53, el grupo de edad más afectado es el de 20 a 34 años con un 62.6% (72 casos) en el 2007 y 63.15% (60 casos) en 2008, seguido en el año 2007 por las de 35 a más años y adolescentes con el 20 y el 17.39% respectivamente (MINSa, 2000).

Este orden varió en el año 2008, donde el segundo lugar lo obtuvieron el grupo de menores de 19 años con un 21.05% correspondiente a 20 de los 95 casos contra el 15.78%(15 casos) que representaron las edades de 35 y más años. Dentro de las obstétricas directas, las hemorragias continúan teniendo el primer lugar, en el 2007 fueron de 38.57% de éstas y el 35.4% en 2008, por encima de la sepsis y síndrome hipertensivo gestacional. (MINSa, 2000).

Las causas de hemorragia posparto pueden ser múltiples, aunque en general se puede destacar tres de ellas, que son justamente las más frecuentes y que se pueden presentar en toda paciente: atonía uterina, alumbramiento incompleto y desgarros vaginales y/o cervicales. Si la hemorragia no puede ser controlada, puede llevar rápidamente a hipotensión severa, shock y muerte. Aunque la mayoría de las muertes ocurren en las primeras 24 horas, ésta, puede estar presente incluso en los 7 días siguientes.⁽²⁵⁾

El estudio fue dirigido al Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdah, por las diferentes estadísticas que reportan ambos hospitales en relación a complicaciones obstétricas, y por conveniencia, con el fin de mejorar e identificar los factores asociados en la hemorragia posparto; si bien la hemorragia posparto es una complicación obstétrica muy seria, es importante destacar que es altamente prevenible. En países en desarrollo, la hemorragia posparto contribuye a la mortalidad materna, principalmente por falta de instalaciones adecuadas para la atención del parto, atención del parto por personal poco capacitado y un pobre estado de salud de las madres.

De igual manera, se desconocen en gran medida las técnicas de manejo precisas del tercer período del parto. La mortalidad materna es considerada un indicador de disparidad e inequidad social y económica de los países. (OPS.1999) Por ello, el conocer los factores asociados que la pueden desencadenar permite al personal de salud estar prevenido para disminuir los efectos de esta emergencia.

Nuestro estudio tiene como objetivo principal determinar los factores que con mayor frecuencia se han relacionado a la aparición de hemorragia posparto en dicho medio, es necesario recordar, sin embargo, que cual fuese la causa o factor asociado a hemorragia posparto y todas las complicaciones que la derivan, la importancia del estudio de la misma radica en la capacidad de prevención y control que se pueda tener basado en el conocimiento de los principales factores que contribuyen a la hemorragia posparto.

II. ANTECEDENTES

Estudio realizado por el comité de investigación de temas obstétricos (COMIN.FECASOG) sobre hemorragia posparto en la región centroamericana de marzo 2011 a febrero 2012 hacen énfasis que la hemorragia obstétrica continúa siendo una causa importante de morbimortalidad materna, y el mayor porcentaje de éstas ocurren en el posparto inmediato. Aproximadamente el 75% de las hemorragias posparto son secundarias a atonía uterina. ⁽²⁾

Existen datos publicados sobre tasas de hemorragia posparto. En el Reino Unido, encontraron una razón de HPP de 6.7/1000 NV. Otro estudio realizado por Low y col. en Honduras 1998, reportaron un 15% de HPP en centros de atención en área rural. ⁽²⁾ En Escocia, la tasa de hemorragias severas (que amenazan la vida de la paciente, sangrados > 2.5 litros, pacientes a quien se les transfunde más de 5 U de sangre, o que desarrollen coagulopatía) se estima en 3.7/1,000 embarazos más alto que lo reportado en población de estudio centroamericana.

La población de pacientes del estudio centroamericano muestra una menor cantidad de hemorragias severas secundarias a atonía, con 0.17% de todos los nacimientos, o sea, 1.76 hemorragias severas posparto por 1,000 embarazadas. Al compararlas con otras publicaciones, como la reportada por un grupo francés, donde se evalúan pacientes de 106 hospitales, muestran un porcentaje mayor de hemorragias severas posparto (secundaria a atonía uterina), de 0.65%. ⁽²⁾

De acuerdo a los registros del MINSA, la razón de mortalidad materna ha disminuido de 92 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos en 2006 a 59.8 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos en 2009. Se estima que las causas principales de las muertes maternas se deben principalmente a hemorragias post parto (29.6 por ciento), trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio (18.3 por ciento) y otras afecciones obstétricas no clasificadas (22.5 por ciento) ⁽²⁶⁾. Estos reportes de mortalidad materna se han reducido por intervenciones efectivas como el aumento de la cobertura de atención prenatal, que pasó de 89.6 por ciento en 2006 a 92.6 por ciento en 2010, el incremento del parto institucional y estrategias comunitarias (como el Plan Parto y las Casas Maternas) implementadas en comunidades dispersas y de difícil acceso. El número de casas maternas aumentó de 50 en el 2006 a 89 en el 2009, las que en su mayoría cuentan con apoyo económico del Ministerio de Salud. ⁽²⁶⁾

En 2005, la tasa de mortalidad materna fue de 89.6/100,000 nacidos vivos. Las principales causas de mortalidad materna son: hemorragia posparto (48% de los casos), seguida de sepsis puerperal (15 %) y eclampsia (14%). Estas causas de muertes están asociadas a la aún tasa alta de fecundidad, el bajo espaciamiento de nacimientos, y la limitada cobertura y calidad en la prestación de servicios de salud reproductiva (planificación familiar, control prenatal, partos hospitalarios y puerperio).⁽⁸⁾

La Hemorragia Posparto, es la primera causa de muerte registrada por el Ministerio de Salud (MINSA) en las estadísticas de los últimos 10 años. Según datos oficiales, en el 2007 se registraron 115 muertes maternas y 38 de ellas fueron por Hemorragia Posparto, una condición prevenible “si la mujer está bien nutrida, recibe atención prenatal y su parto es atendido en una unidad de salud bien equipada que cuente con especialistas” El Ministerio de Salud, en relación a la hemorragia posparto y la morbimortalidad materna refiere lo siguiente; numerosos estudios han evaluado factores que afectan la incidencia de hemorragia posparto; la preclampsia, el embarazo, la episiotomía, el parto vaginal operatorio y trabajo de parto prolongado se han asociado a hemorragia postparto.⁽⁶⁾ Aunque la presencia o ausencia de estos factores pueden aumentar las posibilidades de que una mujer tenga una hemorragia, las dos terceras partes de hemorragia posparto ocurren en mujeres sin factores de riesgos conocidos. Por lo tanto, toda mujer debe ser controlada de cerca luego del parto, con el fin de observar cualquier signo de hemorragia posparto. Además debe evitarse cualquier procedimiento innecesario que aumente la incidencia de hemorragia posparto; como el uso de episiotomía, o de parto vaginal operatorio sin que exista una indicación clara para ello.

Valenzuela y Loásiga, en el estudio de “Factores asociados a complicaciones hemorrágicas durante el posparto inmediato de pacientes hospitalizados en Sala de Labor en 2007”. Hospital Materno Infantil Fernando Vélaz Paiz. Encontrando como resultados: La inducto conducción del trabajo de parto fue el principal factor asociado a complicaciones hemorrágicas en el posparto inmediato. Los factores propios del embarazo que se presentaron asociados a las complicaciones hemorrágicas en el posparto inmediato fueron los procesos infecciosos, siendo este resultado un hallazgo casual.⁽¹⁵⁾

Martínez Vilma Noelia, en el estudio sobre el manejo activo del tercer periodo del parto y la hemorragia posparto, en el Hospital Fernando Vélaz Paiz, durante el periodo del primero de Enero a Diciembre del 2004. Concluye que la mayoría de pacientes presentan factores de riesgos durante el embarazo como son: bajo nivel socioeconómico, primigestas, adolescentes, multíparas, CPN deficientes, infecciones de las vías urinarias, ruptura prematura de membrana, hipo dinamia uterina, desgarros y restos placentarios son las principales causas de hemorragia posparto.⁽¹⁶⁾

MINSA – Grupo para la reducción de la morbimortalidad asociada a la hemorragia puerperal (GIRMMHP), realizó dos estudios en el Hospital Fernando Véllez Paiz, 2003. El primero se elaboró con la selección de cinco mujeres atendidas por parto al día y todos los casos de hemorragia posparto durante el periodo del 16 al 31 de agosto del año 2003, la muestra estudiada fue de 82 pacientes. El segundo estudio realizado en la misma unidad de salud se seleccionaron cinco mujeres atendidas por parto al día y todos los casos de hemorragia posparto durante el periodo de observación del 16 de Noviembre al 15 de Diciembre del año 2003, donde se evaluaron 156 mujeres, tomando como fuente de información el uso del expediente clínico.⁽¹²⁾

En ambos estudios se encontraron como factor de riesgo: primiparidad, gran multigesta, anemia, óbito, no controles prenatales; los factores de riesgos intra parto identificados fueron: inductomia, ruptura prematura de membrana, circular de cordón, hipodinamia. Las causas de hemorragia posparto fueron: desgarros vaginales, hipotonía uterina, retención placentaria y hematoma vaginal.

En el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua 2000-2001, según informes sobre el estado de morbilidad, se registraron un promedio de 259 casos de restos placentarios, lo que constituye 4.85% de 5,334 partos que se atendieron anualmente en este período; a pesar de ello, no se encuentra ningún estudio al respecto.

En el Hospital Fernando Véllez Paiz, en un estudio sobre manejo del tercer periodo de parto y la hemorragia posparto durante el período de octubre a diciembre del 2000, se identificó en orden de frecuencia con forma a las causas de hemorragia postparto: hipotonía uterina 41.7%, desgarro de tejido blando 23.3%, resto placentario 8.3% y causa desconocida 16.7%. En relación a las complicaciones de la hemorragia postparto se encontró que el 100% de los casos tuvieron anemia, pero no se presentó ningún caso de muerte, además se encontró que la frecuencia de hemorragia postparto fue de 3.26%.⁽¹²⁾

El MINSA, en el Hospital Alemán Nicaragüense realizó un estudio de utilización de medicamentos durante el mes de noviembre del 2000. Con el fin de realizar un protocolo farmacoterapéutico de la hemorragia posparto, en el cual se realizó una revisión de 279 expedientes clínicos, donde se identificaron 44 casos de hemorragia posparto, correspondiente al 15,7% de las pacientes en estudio. De las 44 pacientes que presentaron hemorragia posparto se obtuvieron los siguientes resultados: un 56.8% no tenían datos en el expediente clínico y el otro 53.2% de las pacientes presentaban factores de riesgos durante el embarazo, dentro de las cuales figuraban;

infecciones de las vías urinarias 9.1%, amenaza de aborto prematuro 6.8%, producto macrosómico 4.5%, adolescencia 4.5% y preclampsia 4.5%.⁽¹²⁾

La primera evaluación del protocolo de prevención y manejo de la hemorragia postparto en el Hospital Alemán Nicaragüense, realizado en el último trimestre del año 2000. Se analizaron un total de 177 casos, de los cuales 147 fueron por revisión de expediente clínico y 30 por observación directa en la sala; los resultados del total de las pacientes en estudio, se encontraron que el 66.7% tenían factores de riesgos, el 27.7% no tenían factores de riesgo y en el 5.6% no figuraba el dato en el expediente clínico. Se presentaron 19 casos de hemorragia postparto correspondiente al 10.7% del total de la muestra; el 85.9% cursaron sin hemorragia postparto y el 3.4% no figuraba el dato en el expediente clínico. De las pacientes que presentaron hemorragia postparto, el 63.2% no se le aplicó la profilaxis, en el 21% si se le aplicó y en el 15.8% los datos no aparecían en el expediente clínico.⁽¹²⁾

García Rivera Alison, en el estudio titulado Factores de Riesgos asociados a las complicaciones postparto en pacientes atendidas, en el Hospital Santiago de Jinotepe, Carazo 1996-2000; concluyó que el origen rural, el período intergenésico corto, las primigestas y el alumbramiento espontáneo, son factores de riesgos que aumentan dos o tres veces más la posibilidad de presentar complicaciones por restos postparto.

En el Hospital Mauricio Abdalah, se han realizados estudios sobre hemorragia posparto, pero no hay información disponible, únicamente se logró obtener información a través del SIP (sistema de información de perinatología que fue creado desde el año 2003, en las que se reporta para el año 2011 un total de 77 casos de hemorragia posparto, en el año 2012, 68 casos y se finalizó el año 2013 con 73 casos de hemorragia posparto.

En el año 2000, con el fin de conocer los problemas en la atención al parto, se diseñó un estudio que sirvió como línea de base. Se revisaron 279 expedientes clínicos, en ninguno de ellos figuraba el diagnóstico de hemorragia posparto. Al realizar un análisis basado en los síntomas y signos descritos en los expedientes clínicos, se encontraron un total de 44 casos de hemorragia posparto (15,7% de las pacientes en estudio).

Por tanto, la primera intervención consistió en sensibilizar al personal que atendía los partos, para la consignación de la hemorragia posparto, como parte de los diagnósticos en la atención del parto y puerperio. Se encontraron como causas de hemorragia posparto (HPP): hipotonía uterina (75,0%), restos placentarios (15,9%), desgarros del canal del parto (4,6%) y retención placentaria (4,5%).

La prevención de HPP se hace en dependencia de la presencia o no de factores de riesgo, se empleaba oxitocina o ergonovina para tal fin, no se realizaban maniobras activas. Para el tratamiento de la hemorragia posparto, el fármaco más usado fue la ergonovina, seguido de oxitocina. Conociendo la realidad de la atención al parto y sus deficiencias, se preparó la intervención.

En el Hospital Alemán Nicaragüense, en el 2001, se observó una disminución del uso del ergotrate y un aumento sustancial del uso de la oxitocina para el manejo de la Hemorragia Posparto, ya que se conoce que en los países tropicales como el nuestro el almacenamiento de la ergometrina es inestable. A partir de entonces se diseñó un protocolo de prevención y manejo de la Hemorragia Posparto el cual fue aprobado por el Ministerio de Salud.

En el HEODRA se realizó un estudio entre los meses de septiembre 2002 a enero 2003, en donde se comparó el manejo activo del tercer periodo del parto con el manejo pasivo. Se estudió un total de 62 pacientes en las que 24 no recibieron manejo activo y 38 si lo recibieron. En este estudio se logró confirmar que el manejo activo del tercer periodo del parto disminuye los episodios de hemorragia. Se utilizó Ergonovina 0.2 Mg después del nacimiento del producto y 20 unidades de oxitocina en infusión.

III. JUSTIFICACIÓN

La hemorragia, cuando no puede controlarse o tratarse adecuadamente puede llevar rápidamente al shock y a la muerte. La prevención a través del estudio de las causas y factores de riesgo es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbilidad materna, siendo la principal causa de muerte materna en el mundo, principalmente en países en vías de desarrollo.⁽²⁶⁾

La Organización Mundial de la Salud estima aproximadamente 500.000 muertes maternas anuales, 50% debidas a hemorragias posparto. En nuestro país representa la segunda causa de mortalidad materna y primera de causa obstétrica directa en países en vías de desarrollo.

La Hemorragia Posparto usualmente ocurre de manera inesperada y puede llevar a la muerte en menos de dos horas si no se provee tratamiento. En muchos países en desarrollo, una mujer que empieza a experimentar hemorragia tiene pocas o nulas oportunidades de acceder a la atención de salud para salvar su vida. Por ende, prevenir la hemorragia posparto constituye una estrategia de importancia crítica para reducir la mortalidad materna.

Esta investigación va dirigida a todas las embarazadas y el personal de salud para que conozcan esta complicación del parto que se menciona mucho en nuestra sociedad pero no se le toma la debida prevención, los resultados permitirán conocer los factores que se asocian a la Hemorragia posparto que permita la identificación temprana, para el manejo oportuno y de esta manera contribuir a la disminución de estas complicaciones.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente trabajo pretende responder y aportar información sobre los factores de riesgo relacionados con hemorragia posparto, en relación a la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores asociados a hemorragia posparto, en mujeres atendidas en la sala de ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, durante el periodo de Enero a Diciembre del 2012?

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Identificar los factores asociados a hemorragia posparto, en mujeres atendidas en la sala de ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, durante el periodo de Enero a Diciembre del 2012

Objetivos Específicos

1. Describir las características socio demográficas de las pacientes en estudio.
2. Conocer los antecedentes Ginecoobstétricos de los casos estudiados.
3. Identificar los factores predisponentes anteparto, intraparto y posparto de las pacientes en estudio que desencadenaron hemorragia postparto.
4. Establecer los factores condicionantes del diagnóstico de hemorragia posparto en dichos casos.

VI. MARCO TEORICO

La hemorragia posparto, es una causa importante de mortalidad materna, provocando un cuarto de todas las muertes maternas en el mundo, con un estimado anual de 140.000, correspondiente a 1 muerte cada 4 minutos.

La dificultad en la búsqueda precisa de la incidencia de hemorragia posparto, tiene dos limitantes. El primero, la falta de una definición adecuada, y la segunda, la estimación inexacta de las pérdidas sanguíneas durante el parto. El cumplimiento de estos criterios en las primeras 24 horas del parto, catalogan a la hemorragia postparto como de aparición temprana o primaria, o luego de 24 horas del parto, pero antes de 6 semanas catalogándola como hemorragia postparto tardía o secundaria.

El sangrado puede llegar a constituir uno de los procesos más graves que afectan a la mujer en el estado puerperal. La cantidad de sangre que puede perder sin alterar su estado hemodinámica es variable, depende de su estado físico y de la velocidad y cantidad de sangre perdida. Por lo tanto establecer una hemorragia requiere intervención activa, estará determinado no sólo por la evaluación del sangrado sino que de la paciente en conjunto. Cada año son muchas las muertes maternas por esta causa, se considera que representa el 25% de los casos.

6.1 Definición de Hemorragia Posparto.

Se define hemorragia posparto usualmente como el sangrado del tracto genital de 500 mL o más en las primeras 24 horas luego del nacimiento del niño. Algunas personas consideran 600 mL como punto de corte y estiman que el promedio de pérdida de sangre en partos vaginales con feto único desde 600 mL (y casi 1 000 mL para gemelar) y sugieren que un diagnóstico clínico más útil podría ser incluir solamente aquellos casos donde la pérdida de sangre estimada fuera de 1 000 mL o más. Cualquiera sea el punto de corte utilizado, es importante tener en cuenta que las estimaciones clínicas acerca de la cantidad de pérdida sanguínea calculada tiende a subestimar el volumen real de pérdida, entre 43 y 50%.⁽²⁵⁾

Puede ser definida como en una condición cuando la pérdida sanguínea es de tal magnitud que produce cambios hemodinámicos que hacen necesario transfundir sangre; sin embargo, esta definición no considera la medición del sangrado. Es difícil cuantificar físicamente la magnitud de la pérdida sanguínea ya que hay factores que hacen difícil la medición de la pérdida de sangre como por ejemplo el manchado de apósitos, piso, sábanas, la sangre mezclada con el líquido amniótico o a veces, con orina, etc.

Con respecto del volumen sanguíneo de la mujer gestante, aproximadamente en la octava semana de gestación, en forma fisiológica se presenta una condición indispensable para que el curso del embarazo llegue a feliz término. Esta condición se caracteriza por la expansión del volumen plasmático, debido al aumento de la producción de óxido nítrico, estimulado inicialmente por el aumento en la producción estrogénica. Esta producción aumentada de óxido nítrico conlleva vasodilatación periférica, produciendo la típica disminución de la presión arterial, pero compensada por el incremento de casi el 50% del volumen plasmático y, por lo tanto, aumentando el volumen sanguíneo corporal en casi 1 500 mL a 2 000mL adicionales al volumen normal circulante. Este importante aumento del volumen sanguíneo en la mujer gestante normal, resulta ser una defensa importante para que resista el sangrado posparto e incluso para una hemorragia posparto que no sea considerada normal.

La hemorragia puede ser:

Externa: es lo más frecuente, la sangre fluye hacia el exterior lo cual facilita el diagnóstico.

Interna: se colecciona en el interior del útero que se distiende hasta adquirir un volumen mayor de lo normal y la sangre puede salir sorpresivamente al exterior en forma líquida o de grandes coágulos.

Mixto: al combinarse ambas posibilidades exteriorizándose una parte del sangrado mientras el resto se acumula en el útero. El flujo de sangre puede ser lento, pero en otras ocasiones puede ser masivo que obliga a actuar de inmediato.

La paciente puede presentar signos y síntomas de shock hemorrágico: palidez, sudoración, polipnea, hipotensión y taquicardia. Su instalación puede ser progresiva y mantenerse dentro de límites normales a pesar de que el sangrado sea continuo, en otros casos, puede tener su aparición brusca en cualquier momento. Cada año son muchas las muertes maternas por esta causa, su evolución depende del sitio en donde se brinde la atención del evento obstétrico, de la calidad del recurso que se atiende, de si se encuentra en domicilio o en una unidad de salud y de si ésta tiene la capacidad de atender de Emergencia que representa la hemorragia postparto y de la oportunidad y la calidad de atención que le ofrece el Sistema de Salud.

6.2 Incidencia

La hemorragia posparto ocurre en aproximadamente 4% de los partos vaginales y 6% de los partos por cesárea. La hemorragia posparto, es la

causa más común de pérdida inmoderada de sangre en el embarazo, y la mayor parte de las transfusiones que se practican en embarazadas se realizan para reemplazar la sangre que se pierde después del parto.

La muerte en el mundo por hemorragia posparto en países en vías de desarrollo es 1 por 1000 partos. La Organización Mundial de la Salud, estimó en 20 millones el número anual de las complicaciones maternas por HPP.

6.3 Etiología

Atonía uterina. Es responsable del 50% de las hemorragias del alumbramiento y del 4% de las muertes maternas.

Desgarros obstétricos. Constituyen la segunda causa de hemorragia postparto. Suelen estar relacionados con partos operatorios que lesionan el canal blando del parto, aunque pueden aparecer también partos muy rápidos.

Retención de restos placentarios. La retención de tejido placentario y de membranas después de la placenta es la causa del 5-10% de las hemorragias posparto.

6.4 Fisiopatogenia de la Atonía Uterina

El miometrio es el componente muscular del útero y está compuesto por fibras musculares oblicuas que rodean a los vasos sanguíneos. Durante el alumbramiento, estas fibras musculares 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 disminuye. Conforme se va separando la placenta, el útero se hace firme y globuloso llegando al abdomen y a veces atraviesa la línea media abdominal.

Este proceso lleva habitualmente 10-30 minutos; si la placenta no se separa dentro de los 30 minutos luego del nacimiento se considera un alumbramiento prolongado. Al final de un embarazo a término, 500 a 800 ml de sangre fluyen a través del torrente sanguíneo al sitio placentario cada minuto. A medida que la placenta se separa del útero estos vasos se rompen y ocurre el sangrado.

Las contracciones continuas y coordinadas del miometrio comprimen los vasos locales para controlar el sangrado en el lecho placentario y permiten la formación de un coágulo retroplacentario. Cuando el útero falla en contraerse coordinadamente se dice que existe atonía uterina, los vasos sanguíneos en el sitio placentario no se contraen y se produce la hemorragia. El grado de

pérdida de sangre asociado con la separación de la placenta y su expulsión depende de la rapidez con que la placenta se separe de la pared uterina y de la efectividad de la acción de las contracciones sobre el lecho placentario durante y después de la separación.

El sangrado después del parto es controlado por una combinación la contracción del miometrio, que comprime los vasos sanguíneos que irrigan el lecho placentario, y factores locales deciduales hemostáticos, incluyendo el factor tisular el activador del plasminógeno tipo 1 inhibidor, y los factores de la coagulación sistémica (por ejemplo, las plaquetas circulantes y factores de coagulación). La deficiente contracción del miometrio se manifiesta clínicamente como la atonía uterina. Hemostasia decidua defectuosa se asocia con decidualización inadecuada (por ejemplo, la placenta adherida) o diátesis hemorrágica (por ejemplo, deficiencias de factores o trombocitopenia).

6.5 Factores de Riesgo

FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS SEGÚN EL PROTOCOLO DEL MINSA ⁽²⁵⁾

A. Durante la atención prenatal:

1. Antecedentes de hemorragia del alumbramiento
2. Primigesta
3. Gran múltipara
4. Varices
5. Macrosomía
6. Polihidramnios
7. Síndrome Hipertensivo Gestacional
8. Grandes trayectos a pie
9. Miomatosis uterina
10. Antecedentes de coagulopatía
11. Púrpura trombocitopenia
12. Anemia
13. Mujeres con antecedentes de placenta previa; de incisiones uterinas, tienen incrementado el riesgo de presentar sangrado posparto
14. Embarazos múltiples

B. Durante el periodo cercano al parto:

1. Parto domiciliario
2. Placenta previa
3. Placenta previa con cesárea previa
4. Desprendimiento de placenta normalmente insertada
5. Útero sobre distendido

6. Oligohidramnios, embarazo gemelar o múltiple, macrosomía fetal.
7. Óbito fetal
8. Preclampsia y Eclampsia.
9. Hepatitis

C. Durante el trabajo de parto:

1. Inducción y conducción con Oxitocina
2. Uso excesivo de oxitocina
3. Parto prolongado
4. Parto precipitado
5. Maniobras Obstétricas no recomendadas

Existen varios factores en los cuales se produce un alumbramiento patológico; el cual consiste en un desprendimiento, descenso y expulsión de la placenta que no se realizan dentro de los treinta minutos siguientes al nacimiento o bien la presencia de sangre que supera los 500ml o como sucede normalmente que ambos están combinados.

Como ya se ha hecho referencia, la primera causa es la atonía uterina, debido a una deficiente contractibilidad y retractibilidad uterina, determinada por diversas causas, las cuales pueden ser primíparas añosas, múltiparas, obesidad, partos pretérminos, miomatosis, infección uterina, etc. Por eso, es necesario determinar dentro de los factores de riesgo en estas pacientes las características generales:

Edad: La edad materna avanzada es un factor predominante, sin embargo, en un estudio de casos de hemorragia posparto sobre grupo de edad, como resultado obtuvieron que el grupo predominante fuera el de mujeres con bajo riesgo reproductivo de acuerdo con su edad, 60% (143 casos) y 27% correspondieron a adolescentes, en cambio sólo 12% fueron de edad materna avanzada. Los grupos extremos aun cuando son menores en proporción tuvieron mayor incidencia de esta patología, en el grupo de edad materna avanzada cerca de la mitad de los casos (48%) presentó hemorragia posparto, sin embargo, estas diferencias no alcanzaron significancia estadística.⁽²²⁾

Procedencia: Con frecuencia son más de zonas alejadas y rurales que de zonas urbanas.

Estado civil: La mayoría de estas pacientes que sufren de HPP se encuentran con parejas estables sin haber contraído matrimonio, otras, en menor predominio, solteras.

Escolaridad: En las familias, es claro que no hay una formación completa en los hogares, no llegan a un nivel universitario y resulta que apenas llegan a formación primaria por el bajo nivel socioeconómico.

Ocupación: Hay dependencia económica sobre todo en aquellas mujeres que no poseen una ocupación que genera ingresos y no pueden obtener la mayoría niveles culturales altos; según estudios, la ocupación no es un factor de riesgo atribuible.

Índice de masa corporal: Es muy importante el peso y talla de la mujer, ya que la paciente que inicia su embarazo con peso corporal en el rango de sobrepeso u obesidad enfrenta retos y riesgos importantes en su embarazo. El reto fundamental es el de controlar la ganancia de peso según lo esperado para el IMC, la idea es que no se añada un exceso de kilogramos a un organismo cuyo peso ya es excesivo; esto es algo complicado porque la paciente obesa está acostumbrada a ingerir grandes porciones calóricas durante el día y el embarazo va a añadir una cuota extra de apetito. La evidencia actual sugiere que se puede perder peso en el embarazo y obtener beneficios maternos fetales.

En nuestro país, además de todos los factores de riesgo por hemorragia posparto, algo muy importante es el control prenatal en el cual se vigila la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma se puede controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna. Un Control Prenatal deficiente representa al menos un 36.8% de llegar a padecer hemorragia posparto.

6.6 Otras causas de hemorragia posparto

Otras de las causas de hemorragia posparto son:

- Atonía uterina o falla en la contractilidad uterina luego del parto:

Considerada como la causa de sangrado más importante, reportada en el 70% de los casos. Puede o no, anticiparse frente a la presencia de ciertos factores de riesgo como la sobre distensión uterina dada por macrosomía fetal, polihidramnios, embarazos gemelares, partos prolongados o parto precipitado, corioamnionitis, parto instrumentado, inversión uterina, retención de productos placentarios, placenta perreta o increta, preclampsia y medicamentos como uso prolongado de oxitocina, nifedipina y sulfato de magnesio. Sin embargo, el número de mujeres con hemorragia, sin factores de riesgo es mucho mayor.

- Placentación anormal y retención de restos placentarios:

Considerada la segunda causa de hemorragia posparto, causando el 20 a 30% de éstas. La retención de fragmentos placentarios o restos de membrana amniótica, previenen la contracción uterina adecuada desencadenando una atonía uterina. Por otro lado, la mala placentación es considerada como causa del 65% de las hemorragias obstétricas intratables convirtiéndose en causa de histerectomías obstétricas.

- Trauma genital secundario a laceraciones perineales o cervicales:

Episiotomías, especialmente medios laterales o ruptura uterina, es la tercera causa de hemorragia postparto, encontrándose en el 10% de los casos. Principalmente en el contexto de parto instrumentado, macrosomía fetal, parto en avalancha o parto distócico. El parto por cesárea, aumenta igualmente las pérdidas sanguíneas.

- Inversión uterina:

Evento iatrogénico muy raro, presente en el 0.05 de los partos donde existe una exteriorización parcial o completa de la superficie uterina. Evento favorecido por la atonía uterina, tracción excesiva umbilical y la alta presión en el fondo.

- Alteración en la coagulación:

Como causa o consecuencia de la hemorragia posparto, donde se encuentra la coagulación intravascular diseminada asociada a abrupto placentarios, óbitos intrauterinos retenidos de forma prolongada, sangrado o transfusiones masivas, sepsis, Síndrome de HELLP, y embolismo de líquido amniótico. Por otro lado, las coagulopatías adquiridas como la enfermedad de von Willebrand, es el trastorno en la coagulación más común, con mayor riesgo de hemorragia postparto con un OR 1.5 y un IC del 95% de 3.2-7.0. Adicionalmente, este grupo de pacientes tiene cinco veces un aumento del riesgo para transfusiones en el posparto.

6.7 Historia Clínica Perinatal ⁽⁴⁾

La historia clínica Perinatal fue diseñada en el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano de la Organización Panamericana de la Salud. La historia clínica Perinatal Básica es de uso sencillo y está destinado al nivel primario de atención de baja complejidad, que facilita la toma de decisiones en el nivel primario y la investigación en los sistemas de salud,

cuenta con un sistema de advertencia sobre algunos factores que pueden elevar el riesgo perinatal.

La HCPB está constituida por las siguientes unidades:

- 1) Identificación de la embarazada
- 2) Antecedentes
- 3) Embarazo
- 4) Parto o aborto
- 5) Recién Nacido
- 6) Puerperio

6.8 Norma sobre el Manejo de la Hemorragia Posparto en Nicaragua.

Las patologías relacionadas a la Hemorragia Posparto tienen relación directa con los trastornos de la contractilidad uterina, lesiones uterinas y lesiones del canal del parto durante el nacimiento o procedimientos quirúrgicos. Entre las principales causas están la hipotonía, atonía uterina, retención placentaria, rotura uterina, desgarros cervicales, vaginales, perineales y la inversión uterina. El tratamiento con Oxitocina y el masaje uterino externo son las primeras acciones orientadas al control de la Hemorragia Posparto. ⁽²⁵⁾

Elementos esenciales para el manejo:

- Identificar el origen del sangrado.
- Estabilizar hemodinámicamente a fin de prevenir o tratar el shock.
- Controlar el sangrado del canal del parto.
- Estimular la contracción uterina y la remoción de la placenta o restos placentarios.

Manejo en el Primer Nivel de Atención para la Hemorragia Posparto.

Cuando durante la atención del parto se presenta hemorragia acompañada de signos y síntomas que establecen el diagnóstico de atonía uterina, desgarros del canal del parto, retención total o parcial de placenta, debe estabilizarse y brindarse atención a la paciente independientemente del sitio donde se presente la complicación obstétrica y posteriormente brindar condiciones para el traslado a una unidad de mayor capacidad resolutive. ⁽²⁵⁾

- Canalizar con bránula número 16 o una de mayor calibre con 1,000 ml de Solución Salina Normal al 0.9% o Hartman a 60 gotas x minutos.
- Si existe indicación para administrar utilice Oxitocina, 20 UI diluidos en 1000 ml de Solución Salina Normal al 0.9% o Ringer IV, a 60 gotas por minuto y modificar según respuesta.

Segundo nivel de atención manejo intrahospitalario Hipotonía uterina o atonía uterina:

- Realice masaje uterino externo de forma constante
- Verifique que la placenta y sus anexos fueron expulsados o se extrajeron completamente.
- Utilice Oxitocina, 20 UI diluidos en 1000 ml de Solución Salina Normal al 0.9% o Ringer IV, a 60 gotas por minuto y modificar según respuesta.
- Si pasados 5 minutos el sangrado y atonía o la hipotonía uterina no cede: Practique determinación de Hematocrito y Hemoglobina de urgencia, tome muestra de sangre y prepare para transfundir sangre total o paquete globular.
- Vigile los signos vitales y signos de shock
- Vigilar la magnitud del sangrado
- Practique masaje interno del útero, de preferencia bajo sedación combinado con masaje uterino externo.
- Si el masaje uterino no cede, administrar un bolo de 10 UI IV de oxitocina, lento, diluidos en 10 ml de agua destilada.

Si el problema no cede, a fin de ganar tiempo y prepararse para una laparotomía exploratoria:

- Compresión bimanual del útero
- Compresión de aorta abdominal

Si persiste la atonía y el sangrado continúa, proceda a realizar:

- Laparotomía Exploratoria
- Ligadura de arteria uterina y tubo ovárica
- Histerectomía subtotal o total abdominal

Desgarro de cuello uterino, vagina o perineo:

- Examine a la mujer cuidadosamente, identifique el origen del sangrado y descarte hipotonía o atonía uterina y retención parcial de placenta o anexos. Los desgarros del canal del parto son la segunda causa más frecuente de hemorragia posparto, la hemorragia posparto con útero contraído se debe principalmente a un desgarro de cuello uterino o de la vagina.
- Suture los desgarros de cuello uterino, vagina o placenta.
- Si el sangrado continúa evalúe el estado de coagulación de la paciente realizando la prueba de coagulación junto a la cama. La falta de formación de un coagulo luego de siete minutos sugiere una coagulopatía.

Retención total de placenta:

- Valore el estado general.
- Vigile los signos vitales.
- Canalice con bránula número 16 o de mayor calibre a fin de estabilizar hemodinámicamente. Si existe estado de shock o de inestabilidad hemodinámica, administre solución IV de Lactado de Ringer, 1000 ml a 40 gotas por minuto o infusión rápida según necesidad.
- Si la placenta no se ha expulsado después de 15 minutos con manejo activo o 30 minutos sin el mismo: Administre Oxitocina 10 UI en 1000 ml de Solución Salina al 0.9% o Ringer a 40 gotas por minuto en Infusión Intravenosa.
- Estime la cantidad de sangre perdida. Si han transcurrido 15 minutos y no se extrae la placenta, provoque contracciones uterinas mediante el masaje externo del fondo uterino, e incremente la concentración de oxitocina a 60 gotas por minuto y así lograr la expulsión de la placenta. Practique tensión controlada del cordón umbilical en momentos de contracción uterina.
- Si la placenta no se expulsa, practique maniobra de Credé (exprimir manualmente de forma continua y sostenida el fondo del útero para lograr la expulsión de la placenta); Si no se logra la extracción de la placenta brindar las condiciones necesarias para una extracción manual de placenta de inmediato.
- Si no se logra extraer de manera manual pensar en un acretismo placentario e indicar laparotomía exploratoria a fin de realizar histerectomía abdominal total o subtotal.

Parcial de placenta (alumbramiento incompleto):

Si la retención de placenta es parcial y las membranas se desgarran y no expulsaron completamente, puede no haber sangrado y el útero estar contraído, proceda a extraer los restos del cotiledón o membrana retenida, auxiliado con una valva de Simms o pinza de Forester, en caso necesario practique el legrado digital, o un legrado instrumental.

Tener presente la posibilidad de una placenta acreta que durante la extracción sobre todo si es forzada, puede provocar lesiones uterinas o perforación uterina y ser la causa del sangrado, en estos casos, es recomendable, la histerectomía subtotal o abdominal. Si el sangrado no cede piense en la posibilidad de una coagulopatía.

Una vez expulsada o extraída la placenta:

- Continúe la vigilancia estrecha por ocho horas o más.
- Mantenga la infusión de oxitocina por ocho horas.

- Mantenga el masaje uterino externo y oriente a la paciente para que lo practique a fin de mantener el globo de seguridad de Pinard.
- Confirme los valores de Hematocrito y Hemoglobina, transfusión sanguínea, si es necesario.
- Indique sulfato o fumarato ferroso.
- Indique antibioticoterapia.
- Brindar consejería con dotación de un método anticonceptivo.

6.9 Pilares para la maternidad segura.

La triple estrategia del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) para reducir la mortalidad materna y garantizar la salud de la mujer y la supervivencia de los niños y niñas al inicio de la vida, se basa en los siguientes pilares:

1. Apoyo afectivo a los embarazos deseados, para ello promueve la planificación familiar. Reduce la mortalidad materna e infantil, de esta manera las mujeres establecen intervalos adecuados para sus embarazos y se protegen de los demasiados tempranos o demasiados tardíos y pueden cuidar la salud materna o la de su prole.

2. Atención de salud de calidad para cada mujer durante el embarazo y el parto, por profesionales capacitados. Cuando las mujeres en sus embarazos planificados, recurren tempranamente al establecimiento de salud para sus controles prenatales, tienen la posibilidad de ir corrigiendo cualquier problema que se presente y pueden contar con embarazos saludables.

El acceso a cuidados médicos profesionales, durante el embarazo, parto y puerperio, sobre todo durante las complicaciones, es la piedra angular para prevenir la muerte materna en la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

3. Atención o cuidados obstétricos de Emergencia, para que cada mujer reciba atención oportuna y rápida de complicaciones derivadas de la maternidad. Si se pone en práctica en todo el mundo salvaría la mayoría de las 514,000 vidas que se pierden cada año.

6.10 Iniciativas y estrategias para la reducción de la hemorragia postparto.

Siendo la Hemorragia Posparto la principal causa de muerte a nivel mundial, por ende prevenir la hemorragia postparto constituye una estrategia de importancia crítica para reducir la mortalidad materna; pueden prevenirse mediante una práctica clínica basada en evidencia conocida como manejo activo del tercer periodo del parto MATEP.⁽¹³⁾ El MATEP reduce la HPP en

más del 50% cuando se administra a la mujer justo al momento del nacimiento del bebé y antes del alumbramiento de la placenta durante el tercer periodo del trabajo de parto. ⁽²⁵⁾

El manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto disminuye la pérdida sanguínea y reduce el riesgo de HPP primaria.

Los tres elementos del manejo activo del tercer periodo del parto para reducir la HPP. Administrar un medicamento uterotónico como la oxitocina inmediatamente después del parto para ayudar al útero a contraerse. Consiste en la administración de 10 UI IM de Oxitocina, y el pinzamiento y sección del cordón umbilical en el primer minuto del nacimiento.

La ergonovina puede ser usada para la prevención de la hemorragia postparto pero debe ser considerada como de segunda elección por el mayor riesgo de efectos adversos en la madre y de la necesidad de extracción manual de placenta retenida ⁽²⁵⁾

Controlar el alumbramiento de la placenta mediante la tracción controlada del cordón umbilical mientras se brinda contra-tracción externa al útero. Masajear el útero externamente durante y después del alumbramiento de la placenta y la formación del Globo de seguridad de Pinard.

Grupo de Signos y Síntomas

Manifestaciones iniciales	Síntomas y signos	Probable cuadro
No se expulsa la placenta dentro de los 30 minutos después del parto.	Hemorragia antes de la Expulsión de placenta Útero no contraído.	Retención de Placenta
Hemorragia postparto algunos minutos después de expulsivo Útero no contraído, blando.	Hipotensión y/o shock	Atonía uterina
Hemorragia postparto inmediata Continua. Coágulos en vagina.	Alumbramiento completo Útero contraído	Desgarro del cérvix, Vagina o periné.

FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO

Hemorragia posparto inmediata Sangre en vagina no coagula.	Alumbramiento completo Útero contraído. Hemorragia posparto inmediata. Útero contraído	Trastorno de Coagulación. Retención de restos Placentarios
Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la rotura) Hemorragia posparto inmediata (intra abdominal y/o vaginal)	Shock Palidez, taquicardia Abdomen sensible	Rotura uterina
No se palpa fondo uterino a la palpación abdominal. Dolor leve o intenso	Inversión uterina visible En la vulva. Hemorragia posparto inmediata	Inversión uterina
Sangrado más de 24hrs. después del parto. Sub involución uterina.	Sangrado vaginal variable (Leve o profuso, continuo o irregular) con mal olor. Anemia	Hemorragia posparto tardía, retención de restos y endometritis
Sangrado persistente en el Puerperio.	Sangrado vaginal variable Anemia	ETG Persistente: Tumor trofoblástico en la zona placentaria en la zona placentaria.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

El presente estudio tuvo el objetivo de identificar los factores asociados a la Hemorragia Posparto en puérperas cuyos partos fueron atendidos en el Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, durante el periodo en estudio de Enero a Diciembre del 2012.

Tipo de Estudio:

Se realizó un estudio tipo Descriptivo, de corte transversal.

Período:

En el período comprendido de Enero a Diciembre de 2012.

Área de estudio:

El estudio se llevó a cabo en la sala de ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, los cuales brindan atención ambulatoria e internamiento materno infantil.

Universo:

Se tomó como universo a todas las puérperas cuyos partos fueron atendidos en el Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, durante el periodo en estudio de Enero a Diciembre del 2012 y se diagnosticó hemorragia posparto.

Muestra:

Seleccionados por conveniencia y está constituido por 109 expedientes clínicos de la pacientes ingresadas al servicio de maternidad que presentaron Hemorragia posparto; de los cuales 68 casos corresponden al Hospital Mauricio Abdalah y 41 casos al Hospital Alemán Nicaragüense durante el periodo de Enero a Diciembre del 2012. La muestra fue igual al universo.

Muestreo:

La selección de la muestra se realizó por conveniencia, debido a que se constó con 109 casos de hemorragia posparto.

Criterios de Inclusión:

Todas las pacientes cuyo parto fue intrahospitalario en el Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, durante el periodo en estudio.

Todas las pacientes con diagnóstico de Hemorragia Posparto ingresadas posteriormente al servicio de maternidad del Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, durante el periodo en estudio.

Criterios de Exclusión:

Puérperas cuyo parto fue extra hospitalario.

Pacientes que no presentaron Hemorragia Posparto, ingresadas posteriormente al Servicio de Maternidad en el Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah.

➤ **Unidad de Análisis**

La unidad de análisis estuvo compuesta por cada uno de expedientes de las puérperas diagnosticadas con hemorragia posparto. En total fueron 109.

Fuente de Recolección de Información:

La fuente de información fue de tipo secundaria, ya que los datos se obtuvieron a partir de la información adquirida de cada una de las unidades de análisis; los expedientes clínicos que cumplieron con los criterios de inclusión.

➤ **METODO, TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION**

La técnica de recolección usada fue a través de los expedientes clínicos como fuente secundaria aplicando una ficha como instrumentos, la cual fue previamente elaborada por los investigadores quienes llenaron las fichas de recolección de datos.

El instrumento estaba conformado por cinco partes: la primera, fue el llenado de los datos generales; segundo, los antecedentes ginecoobstétricos; tercero, antecedentes personales patológicos y los antecedentes personales no patológicos; cuarto, antecedentes familiares patológicos; y quinto, los datos clínicos de HPP.

Diseño de instrumentos de recolección de datos:

Se realizó un instrumento de llenado de formulario de acuerdo a los objetivos planteados, el cual se llenó por cada uno de los integrantes del grupo con los expedientes clínicos seleccionados como parte de la muestra.

Plan de recolección de datos:

Los datos se recolectaron en hojas impresas en documento de Word 2010, llenadas manualmente a partir de los expedientes clínicos solicitados, siendo procesada en el programa SPSS versión 0.17, donde se realizaron tablas de frecuencia simple y graficas.

➤ **PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS**

Los datos colectados fueron ingresados y procesados en una base de datos en el programa Statistical Packet for Social Science (SPSS) versión 0.17 (CDC, 2014). Los resultados obtenidos se presentaron en tablas y gráficas. El análisis univariado se presenta con tablas de frecuencia simple y relativa, y medidas de tendencia central para las variables cuantitativas.

VARIABLES DE ESTUDIO

Objetivo 1: Describir las características socio demográficas de las pacientes en estudio

- Edad
- Procedencia
- Estado Civil
- Nivel escolar
- Talla
- Ocupación
- Índice de Masa Corporal

Objetivo 2: Conocer los antecedentes Ginecoobstétricos de los casos estudiados

- Cesáreas anterior
- Gestaciones
- Partos
- Período intergenésico

Objetivo 3: Identificar los factores predisponentes Anteparto, Intraparto y Posparto de las pacientes en estudio que desencadenaron hemorragia posparto

- Antecedentes personales patológicos
- Hipotonía uterina
- Retención de restos placentarios
- Placenta previa
- Desgarros y laceraciones
- Ruptura uterina

Objetivo 4: Establecer los factores condicionantes del diagnóstico de hemorragia posparto en las embarazadas a estudio.

- Número de CPN
- Hemorragia posparto
- Vía de atención del parto
- Shock
- Contracciones uterinas
- Categoría del personal de salud que atiende el parto
- Manejo activo del tercer período del parto.

VIII. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Objetivo 1: Describir las características socio demográficas de las pacientes en estudio.

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	VALOR/ESCALA
Edad	Período de tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual expresado en años.	Años	<15 años 15 a 19 años 20 a 24 años 25 a 29 años ≥ de 30 años
Procedencia	Barrio o sector donde habita o pasa la mayor parte del tiempo	Zona	Urbano Rural
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	Reflejada en el expediente	Soltera Casada Unión estable Viuda
Ocupación	Distintas actividades que el hombre o mujeres realiza a diario	Oficio	Ama de casa Comerciante Estudiante Otros
Escolaridad	Nivel académico adquirido por cada persona a lo largo de su vida	Reflejada en el expediente	Analfabeta Primaria Secundaria Técnico Universitaria
Talla	Medida en centímetros o metros de la altura de cada persona, que se realiza con un tallímetro	Reflejada en el expediente	< de 1.5 metros ≥ de 1.5 metros
Indice de masa corporal (IMC)	El índice de masa corporal (IMC, en sus siglas inglesas BMI) es un número que pretende determinar, a partir de la estatura y el peso, el rango más saludable de peso que puede tener una persona. El IMC es igual a la masa en kilogramos dividida por el cuadrado de la estatura en metros	Reflejada en el expediente	Clasificación de OMS del IMC: <Menor de 18,5 kg/m ² : Bajo peso 18,5 a 24,9: Peso normal 25 a 29,9: Obesidad grado 1 30 a 39,9: Obesidad grado 2 ≥ 40: Obesidad mórbida o grado 3

FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO

Objetivo 2: Conocer los antecedentes Ginecoobstétricos de los casos estudiados.

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA/VALOR
Cesárea Anterior	Procedimiento quirúrgico que consiste en extraer el feto a través de una incisión abdominal y uterina, que se haya presentado en embarazo anterior	Reflejada en el expediente	Si No
Parto	Expulsión del feto con peso igual a mayor de 500 gramos, igual o mayor de 22 semanas contadas desde el primer día de la última menstruación de la concepción	Reflejada en el expediente	Primípara: Un parto Bípara: Dos partos Múltipara: Más de cuatro Partos
Gestas	Período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto	Reflejada en el expediente	Primigesta: ningún embarazo previo Bigesta: dos embarazos previos Trigesta: tres embarazos previos Multigesta: cuatro a más embarazos previos
Periodo intergenésico	Es la fecha de su último parto hasta la fecha de su último embarazo	Reflejada en el expediente	Ninguno < de 2 años ≥ de 2 años

Objetivo 3: Identificar los factores predisponentes Anteparto, Intraparto y Posparto de las pacientes en estudio que desencadenaron hemorragia posparto.

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA/VALOR
Antecedentes Personales Patológicos	Patologías previas que presentó la paciente	Reflejada en el expediente	Si No Cuál: Diabetes, Sífilis, Cardiopatía, Infección de Vías Urinarias (IVU), Hipertensión Arterial, Cáncer,

FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO

			Tuberculosis Pulmonar, Trastorno Mental, Asma, Nefropatía, Epilepsia, Cirugía, Anemia, Alergia, otros
Hipotonía uterina	En toda paciente en que se le registro ausencia o deficiencia de las contracciones uterinas evidenciada por la falta de formación del globo de seguridad de pinar que fue consignada en el expediente clínico.	Reflejada en el expediente	Si No
Retención de restos placentario	Permanencia de restos de membranas ovulares en la cavidad uterina posterior al alumbramiento consignado en el expediente clínico.	Reflejada en el expediente	Si No
Placenta previa	Implantación anormal de la placenta hasta antes de 10 cm del orificio interno del cuello uterino o cubriéndolo parcial o totalmente	Reflejada en el expediente	Si No
Desgarros y laceración	Observación de pérdidas de la solución de continuidad del tejido vulvovaginal y del útero producido por la expulsión del feto o prolongación de la episiotomía ocasionando hemorragia estando registrado en el expediente clínico.	Reflejada en el expediente	Si No
Ruptura uterina	Es el desgarro de la porción supravaginal del cuello, del segmento inferior del cuerpo del útero.	Reflejada en el expediente	Si No

FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO

Objetivo 4: Establecer los factores condicionante del diagnostico de hemorragia posparto en las embarazadas a estudio.

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA/VALOR
Numero de control prenatal	Total de visitas a la unidad de salud antes de la atención del parto consignada en el expediente.	Reflejada en el expediente	Ninguno 1-3 >4
Hemorragia posparto	Es el sangrado del tracto genital de 500 ml o más en las primeras 24 horas en un parto vaginal o de 1,000 ml en el parto por cesárea	Reflejada en el expediente	No presento Inmediato Tardío
Vía de atención del parto	Terminación del embarazo consignada en la HCPB y el expediente clínico.	Expediente	Vaginal Cesárea
Shock	Es una afección potencialmente mortal que se presenta cuando el cuerpo no está recibiendo un flujo de sangre suficiente, lo cual puede causar daño en múltiples órganos e identificarse en pulso, tensión arterial y frecuencia cardiaca materna.	Reflejada en el expediente	Si No
Contracciones uterinas	Cuando el músculo uterino se contrae decimos que la embarazada tiene una contracción, y se percibe por el endurecimiento de su abdomen	Reflejada en el expediente	Útiles: Actividad uterina 3 a 5 contracciones en 10 minutos, con Intensidad de ++: Presiones entre 30-50mmHg, mayor dificultad para deprimir en el acmé de la contracción. Presión mayor a 50mmHg, útero leñoso e imposible de deprimir, capaces de producir modificaciones cervicales. No útiles: no cumplen con las características anteriormente descritas. Ausentes

FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO

Manejo activo del tercer periodo del parto.	Registro en el expediente clínico de que se realizó procedimiento del adecuado manejo de la atención del parto.	Reflejada en el expediente	Si No
Categoría del personal que atendió el parto	Personal de salud responsable de atender el parto	Reflejada en el expediente	Ginecoobstetra Médico general Médico social Médico interno Otro

Consideraciones éticas:

Se solicitó consentimiento a la dirección del Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, para hacer uso de la información contenida en los expedientes clínicos de las pacientes a las que le fue atendida su parto durante el periodo comprendido de Enero a Diciembre del año 2012, así como también se garantizará que toda la información obtenida en dichos expedientes sea solo para fines del estudio y que se mantendrá la confidencialidades de los mismos ya que como parte de la ética profesional no se incluyeron:

- Nombre de la paciente.
- Dirección exacta de la paciente.
- Número de teléfono.
- Nombre del personal de salud que atendió a la paciente, incluyendo Médicos, Enfermera(os), Estudiantes, entre otros.

IX. ANALISIS DE RESULTADOS

Según el grupo etáreo de ambos hospitales, en el HAN 31.7% corresponde a las edades de 20-24 años, 24.4% mayor o igual de 30 años, 22% de 25-29 años y un 19.5% de 15-19 años; en el HMICH la edad predominante son menores de 15-19 años con 47.1%, seguido con 20-24% con 30%, mayores 30 años con 4.1%. Tabla#1

Según lugar de procedencia, en el HAN 92.7% son urbanos y el 7.3% de origen rural; En el HMICH, el 54.4% son urbano y el 45.6% son de origen rural. Tabla#1

Según el estado civil, en el HAN las mujeres que mayor hemorragia posparto presentaban eran de unión estable con 48.8% y en menor cantidad las casadas 24.4%; En el HMICH son las parejas en unión estable con 69.1% y en menor cantidad las casadas con 11.8%. Tabla#1

Según su ocupación en el HAN el 73.2% son amas de casa, 14.6% comerciantes, 9.8% estudiantes; en el HMICH 85.3% son amas de casa, 10.3% estudiantes, 4.4% comerciantes. Tabla #2

Por el grado de escolaridad, en el HAN 31.7% llegan a secundaria, 26.8% a la universidad, 19.5% primaria, 17.1 % técnico y 4.9% carrera técnica; En el HMICH la mayoría llegan a estudios de secundaria con 79.4%, luego primaria 19.1%, así como en menor porcentaje universidad con 1.5%. Tabla#2

Con respecto a la talla de las pacientes, en el HAN 85.4% son $\geq 1.5m$, y solo 14.6% $\leq 1.5m$; En HMICH el 92.7% es $\geq 1.5m$ y el 7.4% $\leq 1.5m$. Tabla#3

Con el índice de masa corporal, las que mayor casos de hemorragias posparto que se registraron en el HAN son 46.3% peso normal, 26.8% obesidad grado 1, 17.1% obesidad grado 2 y en igual porcentaje registrado las de bajo peso, con obesidad mórbida 4.9%; En el HMICH 91.2% registran peso normal, 4.4% obesidad grado 1, 2.9% bajo peso y por ultimo 1.5% obesidad mórbida. Tabla # 3

En el caso de cesáreas anteriores se registraron en el HAN 95.1%, no se habían realizado ninguna cesárea previa y un 4.9% si habían realizado; en el HMICH 97.1% no se habían realizado cesárea y 2.9% ya se habían realizados. Tabla # 4

Con respecto a números de partos en el HAN se registraron 63.4% son primíparas, 31.7% son bíparas y en menor cantidad 4.9% múltiparas; en HMICH un 80.9% fueron primíparas, 16.2% bíparas y un 2.9% múltiparas. Tabla #4

Según el número de gestas en el HAN 63.4% son primigesta, 31.7% bigesta, y en mismo porcentaje trigesta y multigesta 2.4%; en el HMICH el 80.9% son primigesta, 16.2% bigesta, las trigesta y multigesta 1.5%. Tabla #4

Por el período intergenésico en el HAN 63,4% no poseía período intergenésico, 26.8% <2 años y 9.8% > 2años; HMICH el 82.4% no presenta periodo intergenésico, 16.2% >de 2 años y el 1.5% < 2 años. Tabla # 4

Según sus antecedentes patológicos personales en el HAN 63.3% no presenta ninguna patología, 5% presenta IVU, y un 31.6% presentan anemia; En el HMICH el 26.6% no presentan patologías, 1.6% presenta IVU y 72% presentan anemia. Tabla #5

Los factores predisponentes antes del parto, durante y luego del parto se ven en gran medida por la coloración de la piel en el HAN 68.2% presenta coloración normal, 31.7% pálida; En el HMICH el 7.3% coloración normal, 83.8% palidez y 8.8% no aportaban datos. Tabla #6

Las causas de HPP en el HAN 75.6% se dio a Hipotonía Uterina y el 22% a restos placentarios y el 2.4% a placenta previa en el HMICH EL 55.9% fue por Hipotonía Uterina y el 25% por restos placentarios 1.5% por placenta previa y el 16.2% desgarros vaginales y 1.5 Ruptura Uterina. Tabla#7.

Por el número CPN el HAN reporta que el 68.3% no se ha realizado ningún CPN, (17.1%) se realizó de 1-3 CPN y el 14.6% realizo > 4CPN; En HMICH 92.6% se han realizado > 4CPN, (7.46%) se realizó 1-3 CPN. Tabla #8

Por número de productos en el HAN y HMICH todos sus partos fueron partos únicos lo que corresponde al 100% de los partos atendidos durante el periodo de estudio. Tabla #8

Con respecto a la presentación del producto en el HAN y HMICH todos su partos fueron cefálicos el 100%. Tabla#8

Según el tiempo de evolución inicio de la hemorragia posparto el 100% es inmediato en ambos hospitales. Tabla # 8.

Con respeto a la vía del parto en el HAN 78% fueron vía vaginal y el 22% vía cesárea, en el HMICH el 66.2% vía vaginal y el 33.8% cesárea. Tabla #8

Dentro de las manifestaciones clínicas en el HAN el 73.2% no presentaron shock pero si un 26.8%. En HMICH, el 100% presentaron shock. El tono de pulso materno en ambos hospitales la mayoría de las pacientes atendidas estuvo en rangos normales con un 87.8% en HAN y un 92.64% en HMICH pero con respecto a la frecuencia cardiaca de las mujeres atendidas en el HAN el 82.9% con rango normal, pero en HMICH el 100% de pacientes atendidas fue un 100% con taquicardia. La tensión arterial sistólica en el HAN se mantuvo con un 60.9 % normal seguida de un 24.3% en rangos de 80 – 100mmHg en cambio en HMICH el 73.5% estuvo en rangos de 80-100mmHg seguido de 70- 80mmHg con un 26.5%. Tabla #9.

En el HAN, el 53.7% de las contracciones no fueron útiles y el 36.6% fueron ausentes y solo el mínimo de 9.8% fueron útiles. En el HMICH 88.2% no eran útiles y el 11.8% si eran útiles. Tabla #10.

Según el tipo de alumbramiento en el HAN el 100% ocurrió de 5 a 30 minutos y en el HMICH el 94.1% ocurrió de 5 a 30 minutos y el 5.9 % > 30 minutos. Tabla #11.

Con respecto al recurso que atendió el parto el 48.7% fue por médicos residentes y el 31.7% internos y un 19.6% por los ginecoobstetras en el HAN. En el HMICH 42.6% fueron por internos y el 33.8 por Médicos ginecoobstetras y el 14.7% Médicos Generales y el 8.8 por Médicos en Servicio Social. Tabla #12.

X. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Al analizar la edad de las pacientes que presentaron hemorragia posparto, el 31.7% estaba entre las edades de 20 a 24 años ingresadas en la sala de Ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense – Hospital de referencia Nacional que tiene médicos de todas las especialidades, cuenta con mayor cantidad de recursos ya que posee médicos en formación como pre-internos, internos, residentes y especialistas-. El Hospital Mauricio Abdalah, el cuál es Centro Médico Regional con menos cantidad de recursos; encontramos que el mayor porcentaje en la población total estaba entre las edades de 15-19 años con un 47.1% seguido de las menores de 20 años con 30.9% y un porcentaje de 4.4% para las mayores de 30 años.

Según un análisis comparativo de la situación de mortalidad materna entre 2007-2008 en la semana epidemiológicas 1 a 53, del MINSA, el grupo de edad más afectado es el de 20 a 34 años con un 62.6% (72 casos) en el 2007 y 63.15% (60 casos) en 2008, seguido en el año 2007 por las de 35 a más años y adolescentes con el 20 y el 17.39% por cien respectivamente. Este orden varió en el año 2008, donde el segundo lugar lo obtuvieron el grupo de menores de 19 años con un 21.05% correspondiente a 20 de los 95 casos contra el 15.78%(15 casos) que representaron las edades de 35 y más años.

Como se describió anteriormente, dentro de las causas de muertes materna, las de origen obstétricas continúan siendo las primeras causas 85% en el 2007 y el 8.5% en el 2008 encontramos que la edad concuerda con el rango antes estudiado. En dicho estudio, esta incidencia se da debido a que la población femenina en Nicaragua más de la mitad son jóvenes menores de 20 años y están iniciando vida sexual temprano, sin protección, aumentando la tasa de embarazo adolescentes, y las complicaciones esperadas en estas edades.

Encontramos que la procedencia en ambos hospitales es similar ya que el 68.8% procedían de áreas urbanas, se observa que en el Hospital Alemán predomina procedencia urbana, en cambio en el Hospital Mauricio Abdalah es casi igual la proporción de procedencia rural y urbana debido a la localización del hospital.

La mayoría de las mujeres de ambos hospitales refirieron estar en una relación estable, pero un 22% refirió estar solteras; la mayoría refirió ser ama de casa (88%), sumado a que más de la mitad de las mujeres no han aprobado la secundaria, estos datos nos indican que a menor educación formal toman la decisión de ser atendidas en el campo, en este caso de nuestro estudio se observa que un buen número de embarazadas acuden a los hospitales pero se complican con HPP.

En relación a la talla se observó casi el cien por ciento de las mujeres del estudio tenía > 1,5m de altura y un 20% con obesidad grado I a mórbida, no encontramos antecedentes de obesidad y HPP, pero es conocido que el exceso de peso nos

predisponen durante el embarazo a preclampsia, diabetes gestaciones, hipertensión arterial y todas ellas se consideran como factores que incrementan el riesgo de HPP.

Pocos datos de relevancia en relación a los casos de HPP y cesárea ya que el 96% de las puérperas del estudio no tenían antecedente de cesárea. Llama la atención que en ambos hospitales el 76% de las puérperas era su primer parto, el 22% era su segundo parto, y con espacio intergenésico menor de dos años en las bigesta o múltiparas; Estos resultados no contrastan con resultados de otras investigaciones donde se espera más complicaciones en múltipara, en este caso la población estudiada prevalecieron las adolescentes y primigestas.

El estudio de Martínez N, 2004, en el Hospital Fernando Vélez Paiz, concluye que la mayoría de pacientes presentan factores de riesgos durante el embarazo como son: bajo nivel socioeconómico, primigestas, adolescente, múltiparas, CPN deficientes, infecciones de las vías urinarias, ruptura prematura de membrana, hipo dinamia uterina, desgarros y restos placentarios son las principales causas de hemorragia postparto.⁽¹⁶⁾

En el Protocolo de Complicaciones Obstétricas, MINSA-Nicaragua 2006, refiere que la mayoría de los casos se presentan en mujeres sanas, sin antecedentes ni factores de riesgo, lo único que no recibieron la vigilancia adecuada en las primeras dos horas posparto.

Actualmente el Ministerio de Salud orienta que en la HCPB se incluyan los valores de la hemoglobina para la captación temprana de embarazadas con anemia, los valores de referencia mínima es de 11 mg/dl. En el presente estudio se reportó el 31.7% paciente con anemia lo que corresponde a HAN y HMICH 72%. Con una baja incidencia en IVU 5% en él HAN, de la misma manera en el HMICH se registraron 1.6% casos con IVU, llama la atención el no asociarse la HPP con preclampsia, y otros estados mórbidos que se asocian a HPP

Con relación al número de CPN, se observó que en el Hospital Alemán un 68% no acudieron a sus CPN y en el Hospital Mauricio Abdalah un 92% no lo habían realizado. Es importante recordar al personal de salud de la importancia del CPN para detectar algunos factores de riesgo que predisponen a HPP. La literatura refiere que un Control Prenatal deficiente representa al menos un 36.8% de llegar a padecer hemorragia postparto.

En este estudio, el cien por ciento de las puérperas tenía productos únicos, cefálicos con peso entre 25000 a 3999 gramos. El Ministerio de Salud en conjunto con el grupo para la reducción de la morbimortalidad asociada a la hemorragia puerperal (GIRMMAHP), realizó dos estudios en el Hospital Fernando Vélez Paiz, 2003 , la muestra estudiada fue de 82 pacientes en el primer estudio; el segundo estudio realizado en la misma unidad de salud se evaluaron 156 mujeres, tomando como fuente de información el uso del expediente clínico.⁽⁹⁾ En ambos estudios se encontraron como factor de riesgo: gran multigesta, anemia, óbito, no CPN; los factores de riesgos intra

parto identificados fueron: inducción, ruptura prematura de membrana, circular de cordón, hipodinamia. Las causas de hemorragia posparto fueron: desgarros vaginales, hipotonía uterina, retención placentaria y hematoma vaginal. ⁽⁹⁾ En el presente estudio no se reportaron partos gemelar, RPM, macrosómico, circular de cordón llama la atención el no asociarse la HPP con preclampsia, y otros estados mórbidos que se asocian a HPP.

Al analizar el recurso que dio atención al parto de las mujeres en este estudio se encontró que en el hospital Alemán el 25% fueron atendida por especialista o residente de la especialidad de obstetricia y el 12% fueron atendidas por médico interno, en cambio en el hospital Mauricio Abdalah el 21% atendió el especialista, el hospital no cuenta con residentes por lo que el 14.6% lo atención el médico general o en servicio social y 26.6% por médico interno.

En este estudio, las complicaciones se reportaron independientes del recurso que dio atención a la paciente, según la literatura, esto se ve asociado a la calidad de atención del parto, y el buen monitoreo de la labor de parto con la aplicación e interpretación correcta de la curva de alerta. La categoría del personal que atiende el parto es muy importante para el pronóstico de las pacientes ya que se debe de saber en qué momento se trasladara a un lugar de mayor resolución, en caso que presentara alguna complicación.

Analizando diferentes aspectos del parto, encontramos que el parto vaginal en las mujeres atendidas fue de 70.6% ,con un 21% de cesáreas, llamando la atención el registro en el expediente de contracciones no útiles o ausentes en más del 75% de los casos pero con un tiempo de alumbramiento entre el intervalo de tiempo normado. La OMS refiere que más del 70% la HPP ocurre dentro de las primeras 24 horas posparto prevaleciendo la taquicardia dentro del signo más predominante de la HPP; en las pacientes del Hospital Mauricio Abdalah, el 100% presento taquicardia con alteración de la tensión arterial de leve a moderado.

La Hemorragia Posparto usualmente ocurre de manera inesperada y puede llevar a la muerte en menos de dos horas si no se provee tratamiento. En muchos países en desarrollo, una mujer que empieza a experimentar hemorragia tiene pocas o nulas oportunidades de acceder a la atención de salud para salvar su vida. Por ende, prevenir la HPP constituye una estrategia de importancia crítica para reducir la mortalidad materna.

Entre las causas de Hemorragia Posparto en las 109 pacientes se encontró que la hipotonía uterina, los restos posparto y desgarros cervicovaginales, perineales y la rotura uterina con mayor número de casos en el Hospital Mauricio Abdalah , nuestros resultados son comparables a lo que refiere la literatura donde más del 70% de las complicación del parto es la HPP por hipotonía uterina, a pesar que el recurso que atendió el parto fue el especialista o residente, aunque una buena proporción lo realizaron los médicos internos por falta de experiencia ya que un buen porcentaje de

los médicos de HMICH un 50% provienen de universidades privadas en donde no reciben talleres de capacitación y no poseen la practica necesaria a la hora de atención al parto y el no cumplimiento de las normas de prevención de la HPP está contribuyendo a esta complicación. El MATEP es una estrategia que logra prevenir hasta un 60% de los casos de hemorragia posparto.

XI. CONCLUSIONES

Según las características socio demográficas la mayoría de las puérperas tenían edades menores de 19 años, con un buen porcentaje entre el grupo etáreo de 20 a 24 años de edad la mayoría son de origen rural, con unión estable o solteras, ama de casas, con un nivel académico de primaria y secundaria incompleta, con buena estatura y peso en límites normales.

Entre los antecedentes ginecoobstétricos, encontramos que la mayoría de las puérperas no tenían antecedente de cesárea; la mitad de las estudiadas son primíparas y primigesta con un tercio de ellas con periodo intergenésico menor de 2 años; con producto único, cefálico y un peso la mayoría de 25000 a 3999 gramos.

Entre los factores asociados a desarrollar hemorragia posparto se encontró que al médico especialista, residente y medico interno se les complicó la mayoría de los partos, siendo la vía vaginal, el parto más frecuente, con mala actividad uterina y buen tiempo de alumbramiento.

Entre las causas de hemorragia posparto en las 109 pacientes se encontraron que la hipotonía uterina, los restos postparto y desgarros cervicovaginales, fueron las de mayor porcentajes, mientras que las perineales y la rotura uterina en menor porcentaje en ambos Hospitales.

Los signos y síntomas que se detectaron para establecer el diagnóstico de descompensación hemodinámica por HPP fueron palidez de piel, taquicardia y presión arterial sistólica alterada de leve a moderada con mayor número de caso en el Hospital Mauricio Abdalah.

XII. RECOMENDACIONES

A los dos Hospitales:

- Realizar supervisión y evaluación continua de la calidad de atención del parto y manejo del puerperio inmediato en el área de labor y parto y salas de maternidad.
- Implementar programas teórico prácticos para los hospitales que brindan atención obstétricas a los médicos ubicados en áreas rurales
- Involucrar a los especialistas en la educación continua de los diferentes municipios.

Al Ministerio de salud (MINSA):

- Garantizar un número adecuado de recursos en salud bien capacitados, especialmente en los protocolos actualizados para atender las complicaciones obstétricas
- Continuar, en conjunto con la universidad y ONG, la promoción y educación en temas de salud sexual y reproductiva, enfocada en el grupo de adolescentes que permita el ejercicio de una sexualidad responsable

Al SILAIS:

- Los programas de educación continua y actualización como el COE deben ser obligatorios para médicos y enfermeras con el objetivo de evaluar y reafirmar habilidades y destrezas.
- Involucrar estricta y directamente al personal médico de mayor jerarquía en la revisión ginecológica de las púerperas durante su estancia en la unidad de salud.
- Realizar consejos técnicos con los médicos en servicio sociales para valorar las problemáticas de la región, incluyendo presentación de casos para ser analizados en conjunto, esto favorecerá a la prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de la hemorragia posparto para contribuir a disminuir la morbilidad materna y del recién nacido.

- Brindar información y sensibilizar a las mujeres embarazadas sobre la importancia de estar ingresada en una casa materna; sus ventajas y desventajas al momento cercano al parto esto para mejorar el tiempo de accesibilidad a las unidades de salud y al mismo tiempo involucrar a la pareja.
- Crear club de embarazadas para brindarles charlas educativas mediante el apoyo de la red comunitaria.
- Realizar capacitaciones continuas dirigidas a las parteras, haciendo énfasis en la no atención del parto y apoyar a la sensibilización de las embarazadas al ingreso a casa materna.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. AbouZahr, C. Antepartum and postpartum haemorrhage. [Hemorragia preparto y postparto]. Murray CJL, López AD, editores. HealthDimensions of Sex and Reproduction. [Las dimensiones de salud del sexo y la reproducción]. Boston: Harvard UniversityPress, 1998: 165-190.
2. AbouZahr C. (2005) Antepartum and postpartum haemorrhage. In: Murray CJL, Lopez AD, eds. Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies. Cambridge, MA, Harvard School of PublicHealth [en nombre de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial], 1998 (Global Burden of Disease and Injury Series, No. III):165–189. Recuperado en <http://www.who.int/whr/2005/chapter4/es/index1.html>.
3. AbouZahr C. Global burden of maternal death and disability. In: Rodeck C. Reducing maternal death and disability in pregnancy. Oxford, Oxford UniversityPress, 2003:1-11.
4. Adriaanse AH, Pel M, Bleker OP. Semmelweis, (2000) the combat against puerperal fever. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 90:153–158. Recuperado en http://www.winnernet.org/esp/portal_pub/noticias/noticia. (4-08-12)
5. Alexander J, Thomas P, Sanghera J. (2002) Treatments for secondary postpartum haemorrhage. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 1. Art. No.: CD002867. DOI: 10.1002/14651858. CD002867.
6. Botero J, (2008) Edición 8va, Obstetricia y Ginecología.
7. Cunningham, Editorial McGraw-Hill, Obstetricia de Williams, Edición.22, 2006 Dra. Valenzuela y Loasiga. “Factores asociados a complicaciones Hemorrágicas durante el Postparto inmediato de Pacientes Hospitalizados en Sala de Labor del 2007”. Hospital Materno Infantil Fernando Vélez Paíz. Tesis monográfica 2008.
8. Edgard J. Narváez Delgado, (2003) “Descripción de la atención al parto antes y después de la implementación de una guía de práctica clínica de prevención y manejo de la hemorragia posparto en dos hospitales de Managua, 2007; tesina para maestría on-line de fármaco-epidemiología, Barcelona España) recuperado en <http://www.maqweb.org/techbriefs/spanish/stb48posthem.shtml>. (10-11-12)
9. Harrison, Medicina Interna, 16va Edición. Julián Camarillo (1986) Fundamentos de Obstetricia (SEGO) Grupo ENE Publicidad, S.A. 29 Edif. Diapasón D-2 1ª planta 28037 Madrid.
10. J.M. Martínez-Galiano Matronas (2009) Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento; 10 (4): 20-26 Servicio de Paritorio. Complejo Hospitalario de Jaén.
11. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
12. Ministerio de Salud de Nicaragua. Evaluación del manejo activo del tercer período del parto y la hemorragia post parto. Hospital Fernando Vélez Paíz. Primera fase, proyecto GHIRMMHP. Noviembre a Diciembre 2003.

13. Ministerio de Salud de Nicaragua. MINSA, Evaluación del manejo activo del tercer periodo de parto y la hemorragia posparto en el Hospital alemán Nicaragüense. Noviembre 2000.
14. Mousa H, Alfirevic Z, (2007) Treatment for primary postpartum haemorrhage. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1. Art. No.:CD003249.DOI:10.1002/14651858.CD003249.pub2.
15. Edición 8va, Ramanathan G, Arulkumaran S (2006) Postpartum haemorrhage. Current Obstetrics & Gynaecology; (16): 6–13
16. Revisión de cavidad uterina instrumentada gentil frente a la revisión manual y su relación con la hemorragia posparto. L. Camacho-Villarreal y J. C. Pérez-López Especialidad en Enfermería Perinatal, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., México.
17. Rigor Ricardo, et al. (2004) Obstetricia y Ginecología/Orlando La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
18. Schwarz, Sala, Diverge, Obstetricia, Argentina, Edición 2006.
19. Van Lerberghe W, De Brouwere V. Of blind alleys and things that have worked: history's lessons on reducing maternal mortality. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. Safe motherhood strategies: a review of the evidence. Ambers, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organization and Policy, 17:7–33).
20. Díaz, J.P., Gómez G.B., Gómez O. L.C., González V., S.L. et al. (2011). Factores de riesgo asociados a la hemorragia posparto en la población registrada en el sistema de información perinatal del distrito de Bogotá, 2009. 28 SEPTIEMBRE 2014, de Volumen 16, número 2 - Bogotá, D.C.-30 de enero de 2011. Revisado en el sitio web:<http://www.ins.gov.co/iqen/IQUEN/IQEN%20vol%2016%202011%20num%202>.
21. UNICEF. (2013). Derecho a la salud. 28 SEPTIEMBRE 2014, de UNICEF-NICARAGUA Sitio web: <http://unicef.org.ni/prensa/12>.
22. OPS-NICARAGUA. (2006). Análisis de Situación de Salud y Recomendaciones para el Desarrollo Sanitario de Nicaragua. 28 SEPTIEMBRE 2014, de OPS-NICARAGUA Sitio web: biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0274.pd
23. Comité de Investigación .COMIN-FECASOG TEMA OBSTETRICO. Manejo de la hemorragia severa post-parto por atonía uterina en los hospitales formadores de ginecólogos y obstetras en la región centroamericana de marzo 2011 a febrero de 2012. Revista Centroamericana de obstetricia y ginecología., Suplemento Volumen 17, No. 2, abril - junio 2012.
24. Manejo activo del tercer periodo del parto y la hemorragia posparto, en el Hospital Fernando Vélez Paiz, durante el periodo del primero de Enero a Diciembre del 2004. Dra. Vilma Noelia Martínez Castro, residente de ginecoobstetricia. Managua - Nicaragua.
25. MINSA, (2013) Protocolo de Complicaciones Obstétricas. Normativa 109. Managua, Abril.
26. Organización mundial de la salud clap (1989) Prevención y manejo de la hemorragia posparto. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano.

XIV.

ANEXOS

FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO

Tabla N° 1- Características Generales de las mujeres ingresadas en la sala de Ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, Enero a Diciembre del 2012.

HOSPITAL	Hospital Alemán Nicaragüense		Hospital Mauricio Abdalah	
CASOS DE HPP n:109	41	37.6 %	68	62.3 %
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<15 años	1	2.4	4	5.9
15 a 19 años	8	19.5	32	47.1
20 a 24años	13	31.7	21	30.9
25 a 29 años	9	22.0	8	11.8
≥ de 30 años	10	24.4	3	4.4
Total	41	100	68	100
PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Urbano	38	92.7	37	54.4
Rural	3	7.3	31	45.6
Total	41	100	68	100
Estado civil	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	11	26.8	13	19.1
Casada	10	24.4	8	11.8
Unión estable	20	48.8	47	69.1
Total	41	100	68	100

Fuente: Expediente clínico. (Fichas)

FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO

Tabla N° 2- Características Generales de las mujeres ingresadas en la sala de Ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, Enero a Diciembre del 2012.

HOSPITAL	Hospital Alemán Nicaragüense		Hospital Mauricio Abdalah	
CASOS DE HPP n:109	41	37.6 %	68	62.3 %
OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de Casa	30	73.2	58	85.3
Comerciante	6	14.6	3	4.4
Estudiante	4	9.8	7	10.3
Otras	1	2.4	0	0.0
TOTAL	41	100	68	100
ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeta	2	4.9	0	0.0
Primaria	8	19.5	13	19.1
Secundaria	13	31.7	54	79.4
Técnico	7	17.1	0	0.0
Universidad	11	26.8	1	1.5
Total	41	100	68	100

Fuente: Expediente clínico. (Fichas)

FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO

Tabla N° 3- Características Generales de las mujeres ingresadas en la sala de Ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, Enero a Diciembre del 2012.

HOSPITAL	Hospital Alemán Nicaragüense		Hospital Mauricio Abdalah	
	CASOS DE HPP n:109	41	37.6 %	68
TALLA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<1.5m	6	14.6	5	7.4
>1.5m	35	85.4	63	92.6
TOTAL	41	100	68	100
IMC	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajo Peso	2	4.9	2	2.9
Peso Normal	19	46.3	62	91.2
Obesidad grado 1	11	26.8	3	4.4
Obesidad grado 2	7	17.1	1	1.5
Obesidad Mórbida	2	4.9	0	0.0
TOTAL	41	100	68	100

Fuente: Expediente clínico (fichas).

FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO

Tabla N° 4- Antecedentes ginecoobstétricos de las mujeres ingresadas en la sala de Ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, Enero a Diciembre del 2012.

HOSPITAL	Hospital Alemán Nicaragüense		Hospital Mauricio Abdalah	
CASOS DEHPP n:109	41	37.6 %	68	62.3 %
CESAREA ANTERIOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	2	4.9	2	2.9
No	39	95.1	66	97.1
TOTAL	41	100	68	100
PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primípara	26	63.4	55	80.9
Bíparas	13	31.7	11	16.2
Multípara	2	4.9	2	2.9
TOTAL	41	100	68	100
GESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primigesta	26	63.4	55	80.9
Bigesta	13	31.7	11	16.2
Trigesta	1	2.4	1	1.5
Multigesta	1	2.4	1	1.5
TOTAL	41	100	68	100
PERIODO INTERGENÉSIC O	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	26	63.4	56	82.4
< de 2	11	26.8	1	1.5
>de 2	4	9.8	11	16.2
TOTAL	41	100	68	100

Fuente: Expediente clínico. (Fichas)

Tabla No 5. Antecedentes Personales Patológicas encontrados y Hemorragia Posparto en mujeres atendidas en la sala de ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, Enero a Diciembre 2012.

HOSPITAL n:109	Hospital Alemán Nicaragüense		Hospital Mauricio Abdalah	
CASOS DE HPP	41	37.6 %	68	62.3 %
Antecedentes Personales Patológicos	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Negados	26	63.3	18	26.4
Anemia	13	31.7	49	72
IVU	2	5	1	1.6
TOTAL	41	100	68	100

Fuente: Expediente clínico. (Ficha)

Tabla No 6. Factores predisponentes Anteparto, Intraparto y Posparto de las pacientes en estudio que desencadenaron hemorragia posparto.

HOSPITAL n:109	Hospital Alemán Nicaragüense		Hospital Mauricio Abdalah	
CASOS DE HPP	41	37.6 %	68	62.3 %
Coloración de la piel	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Normal	28	68.2	5	7.3
Pálida	13	31.7	57	83.8
Sin datos	-	-	6	8.8
TOTAL	41	100	68	100

Fuente: Expediente clínico. (Fichas)

FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO

Tabla No 7. Factores predisponentes Anteparto, Intraparto y Posparto de las pacientes en estudio que desencadenaron hemorragia posparto.

HOSPITAL	Hospital Alemán Nicaragüense		Hospital Mauricio Abdalah	
CASOS DE HPP n:109	41	37.6 %	68	62.3 %
Causas de HPP	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hipotonía Uterina	31	75.6	38	55.9
Restos postparto	9	22	17	25.0
Placenta previa	1	2.4	1	1.5
Desgarros Vaginales	-	-	11	16.2
Ruptura uterina	-	-	1	1.5
TOTAL	41	100	68	100

Fuente: Expediente clínico. (Fichas) T (tono), T (tejido), T (trauma), T (Trombina)

FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO

Tabla N° 8. Establecer los factores condicionantes del diagnóstico de hemorragia posparto en las embarazadas a estudio.

HOSPITAL	Hospital Alemán Nicaragüense		Hospital Mauricio Abdalah	
CASOS DE HPP n:109	41	37.6 %	68	62.3 %
CONTROL PRENATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	28	68.3	0	0.0
1 a 3	7	17.1	5	7.4
>de 4	6	14.6	63	92.6
TOTAL	41	100	68	100
CLASIFICACION DE HPP	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Inmediata Primeras 24 hpp	41	100 %	68	100 %
PRESENTACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cefálico	41	100	68	100
TOTAL	41	100	68	100
VIA DE TERMINACION DEL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Vaginal	32	78.0	45	66.2
Cesárea	9	22.0	23	33.8
TOTAL	41	100	68	100

Fuente: Expediente clínico. (Fichas)

FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO

Tabla N° 9. Establecer los factores condicionantes del diagnóstico de hemorragia posparto en las embarazadas a estudio.

HOSPITAL	Hospital Alemán Nicaragüense		Hospital Mauricio Abdalah	
CASOS DE HPP n:109	41	37.6 %	68	62.3 %
TONO PULSO MATERNO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Normal	36	87.8	63	92.64
Disminuido	3	7.4	2	2.94
Aumentado	2	4.8	3	4.42
TOTAL	41	100	68	100
FRECUENCIA CARDIACA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Normal	34	82.9	-	-
Taquicardia	2	4.8	68	100
Bradicardia	5	12.1	-	-
TOTAL	41	100	68	100
Tensión Arterial Sistólica	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Normal	25	60.9	-	-
Leve 80-100 mmHg	10	24.3	50	73.5
Moderada 70-80 mmHg	6	14.6	18	26.5
Marcada 50- 70mmHg	-	-	-	-
TOTAL	41	100	68	100

Fuente: Expediente clínico. (Fichas)

FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO

Tabla No 10. Establecer los factores condicionantes del diagnóstico de hemorragia posparto en las embarazadas a estudio.

HOSPITAL	Hospital Alemán Nicaragüense		Hospital Mauricio Abdalah	
CASOS DE HPP n:109	41	37.6 %	68	62.3 %
CALIDAD DE LAS CONTRACCIONES UTERINAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Útiles	4	9.8	8	11.8
No Útiles	22	53.7	60	88.2
Ausentes	15	36.6	0	0.0
TOTAL	41	100	68	100

Fuente: Expediente clínico. (Fichas)

Tabla No 11. Establecer los factores condicionantes del diagnóstico de hemorragia posparto en las embarazadas a estudio.

HOSPITAL	Hospital Alemán Nicaragüense		Hospital Mauricio Abdalah	
CASOS DE HPP n:109	41	37.6 %	68	62.3 %
TIEMPO DE ALUMBRAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5 – 30minutos	41	100	64	94.1
> de 30 minutos	0	0.0	4	5.9
TOTAL	41	100	68	100

Fuente: Expediente clínico. (Fichas)

FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO

Tabla No 12. Establecer los factores condicionantes del diagnóstico de hemorragia posparto en las embarazadas a estudio.

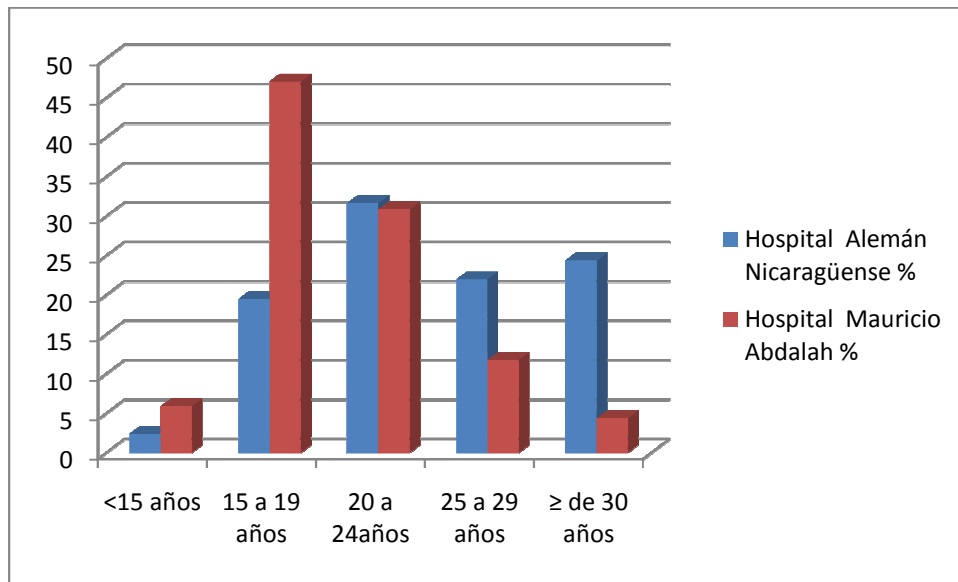
HOSPITAL	Hospital Alemán Nicaragüense		Hospital Mauricio Abdalah	
CASOS DE HPP n:109	41	37.6 %	68	62.3 %
Recurso que atendió el Parto	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Medico Obstetra	8	19.6	23	33.8
Md. Residente	20	48.7	0	0.0
Medico General	0	0.0	10	14.7
Medico Social	0	0.0	6	8.8
Medico Interno	13	31.7	29	42.6
TOTAL	41	100	68	100

Fuente: Expediente clínico. (Fichas)

Gráficos

Gráfico N° 1- Características Generales de las mujeres ingresadas en la sala de Ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, Enero a Diciembre del 2012.

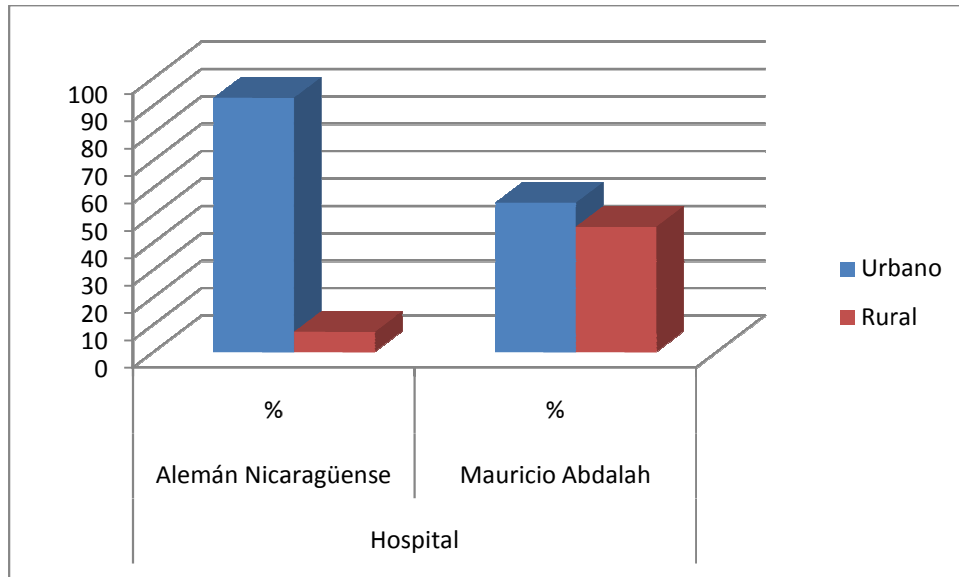
Edad en las mujeres en estudio



Fuente: tabla No. 1

Gráfico N° 2- Características Generales de las mujeres ingresadas en la sala de Ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, Enero a Diciembre del 2012.

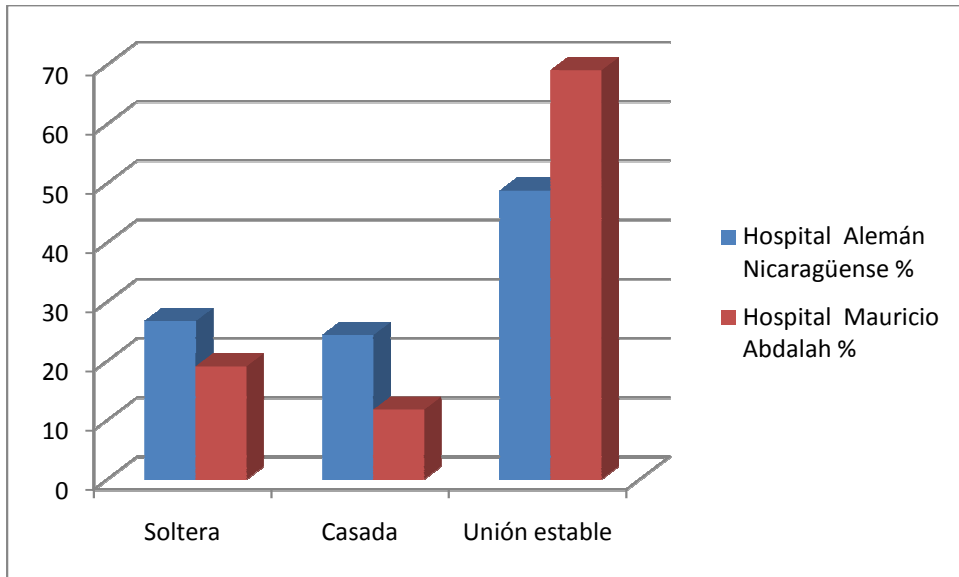
Procedencia de las mujeres en estudio.



Fuente: tabla No. 1

Gráfico N° 3- Características Generales de las mujeres ingresadas en la sala de Ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, Enero a Diciembre del 2012.

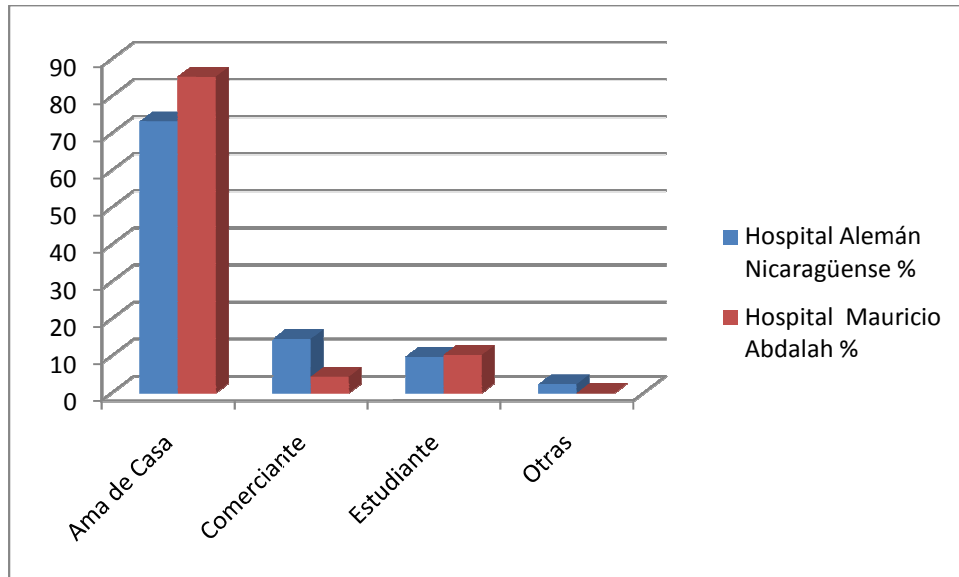
Estado Civil de las mujeres en estudio.



Fuente: tabla No. 1

Gráfico N° 4- Características Generales de las mujeres ingresadas en la sala de Ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, Enero a Diciembre del 2012.

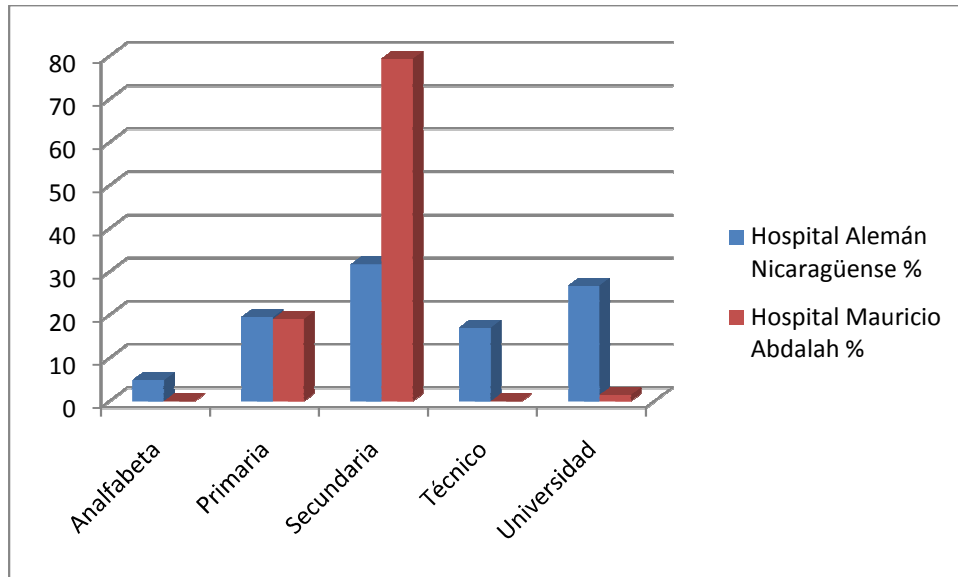
Ocupación de las mujeres en estudio.



Fuente: tabla No. 2

Gráfico N° 5- Características Generales de las mujeres ingresadas en la sala de Ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, Enero a Diciembre del 2012.

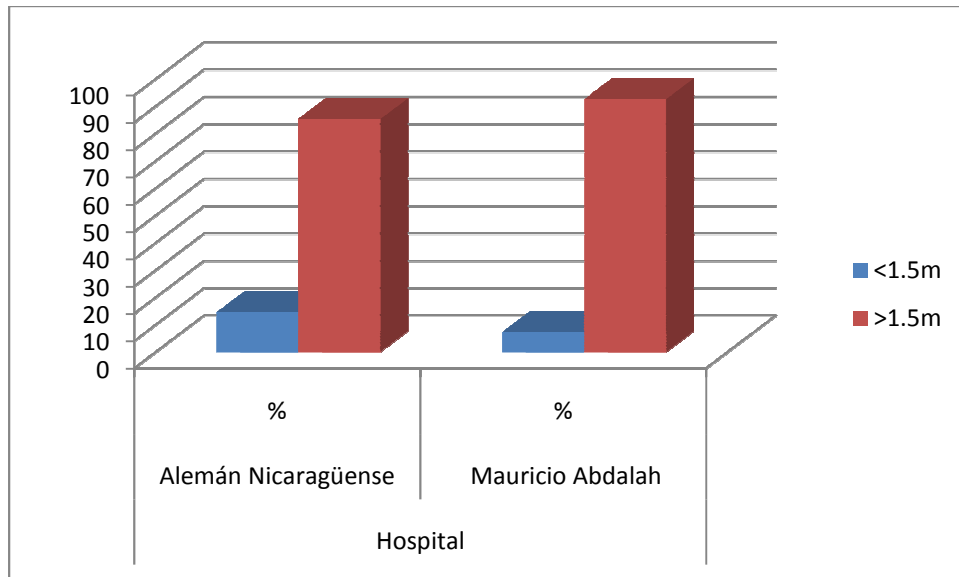
Estudio Escolares de las mujeres en estudio.



Fuente: tabla No. 2

Gráfico N° 6- Características Generales de las mujeres ingresadas en la sala de Ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, Enero a Diciembre del 2012.

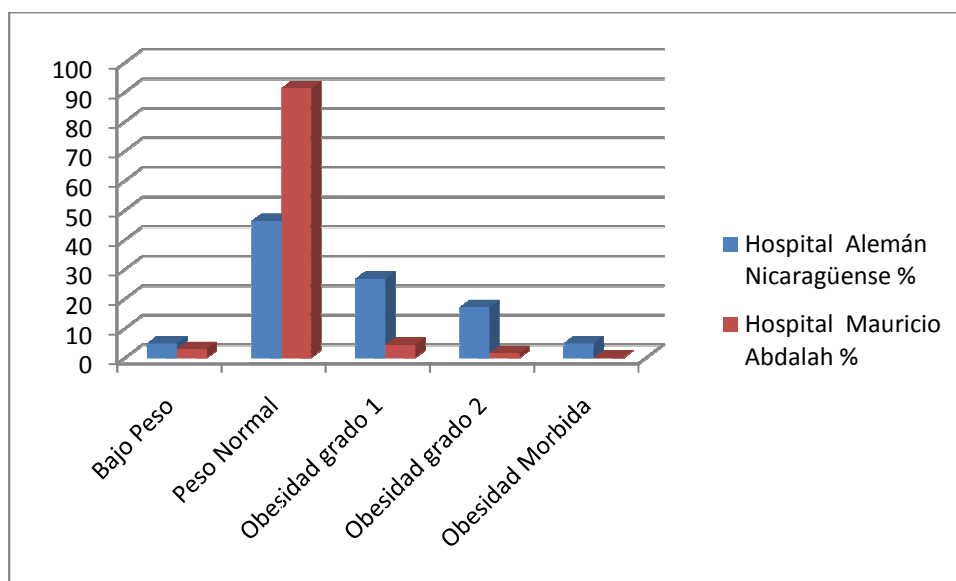
Talla de las mujeres en estudio.



Fuente: tabla No. 3

Gráfico N° 7- Características Generales de las mujeres ingresadas en la sala de Ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, Enero a Diciembre del 2012.

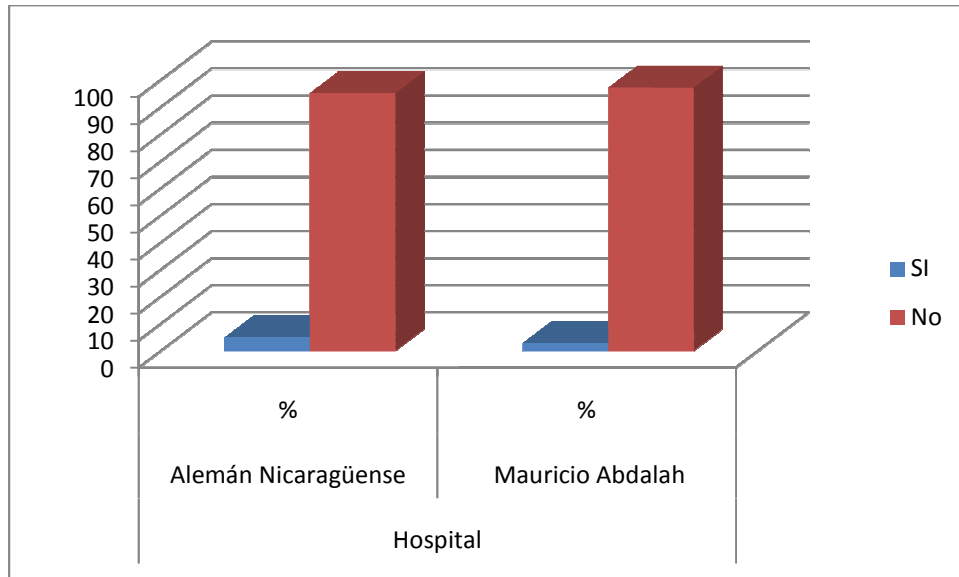
Índice de masa corporal de las mujeres en estudio.



Fuente: tabla No. 3

Gráfico N° 8. Antecedentes ginecoobstétricos de las mujeres ingresadas en la sala de Ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, Enero a Diciembre del 2012.

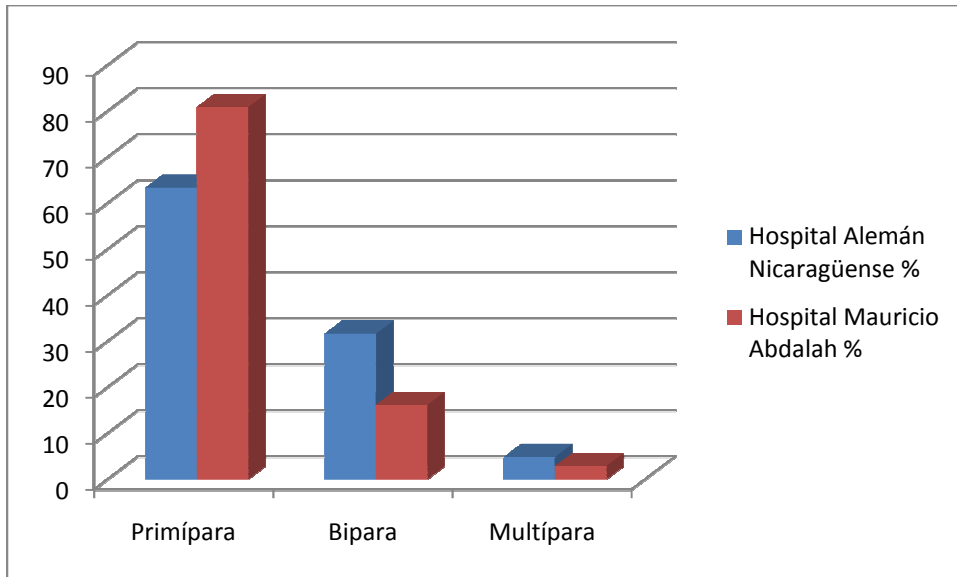
Antecedentes de Cesárea anterior de mujeres en estudio.



Fuente: tabla No. 4

Gráfico N° 9. Antecedentes ginecoobstétricos de las mujeres ingresadas en la sala de Ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, Enero a Diciembre del 2012.

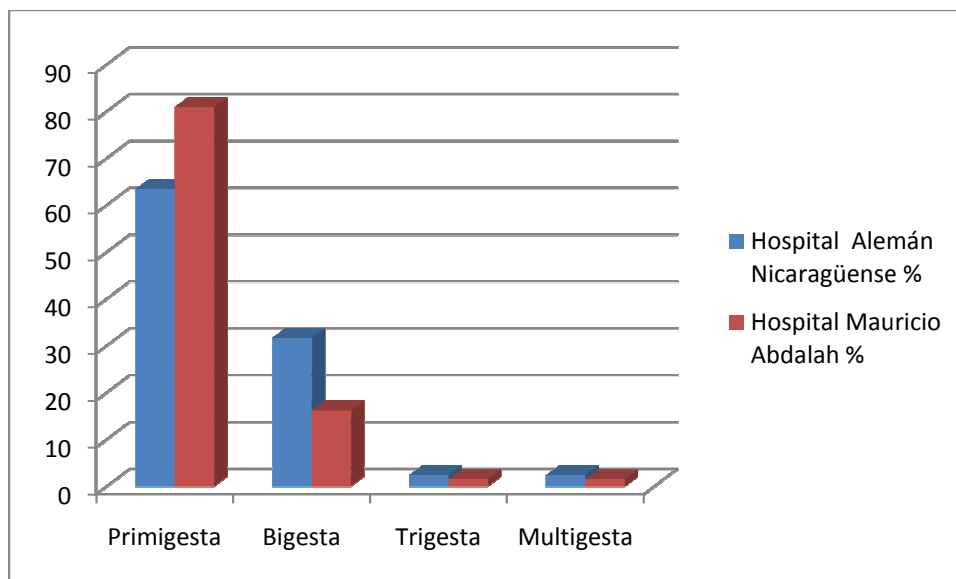
Paridad de mujeres en estudio.



Fuente: tabla No. 4

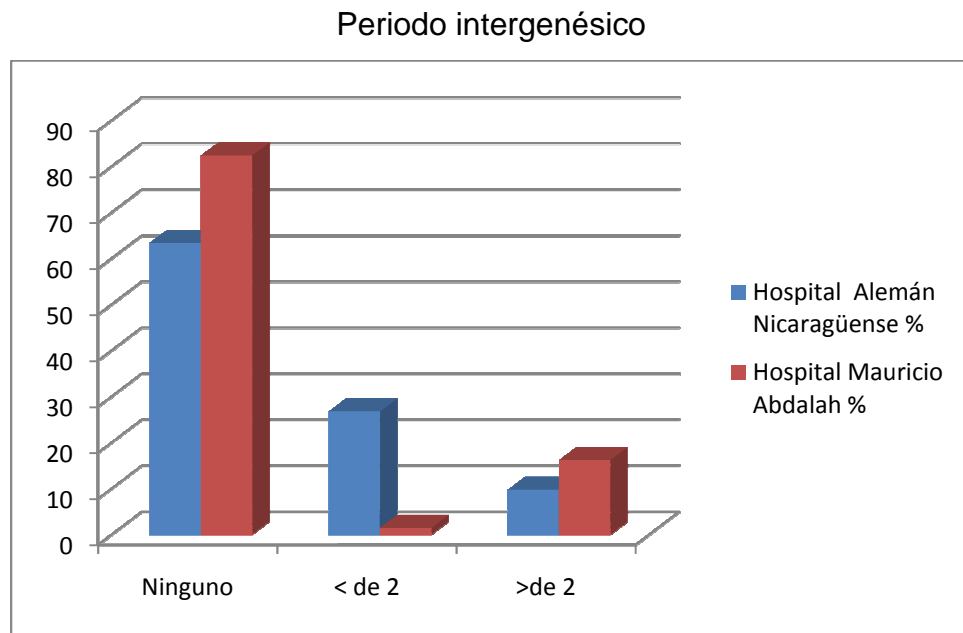
Gráfico N° 10. Antecedentes ginecoobstétricos de las mujeres ingresadas en la sala de Ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, Enero a Diciembre del 2012.

Número de gestaciones de las mujeres en estudio.



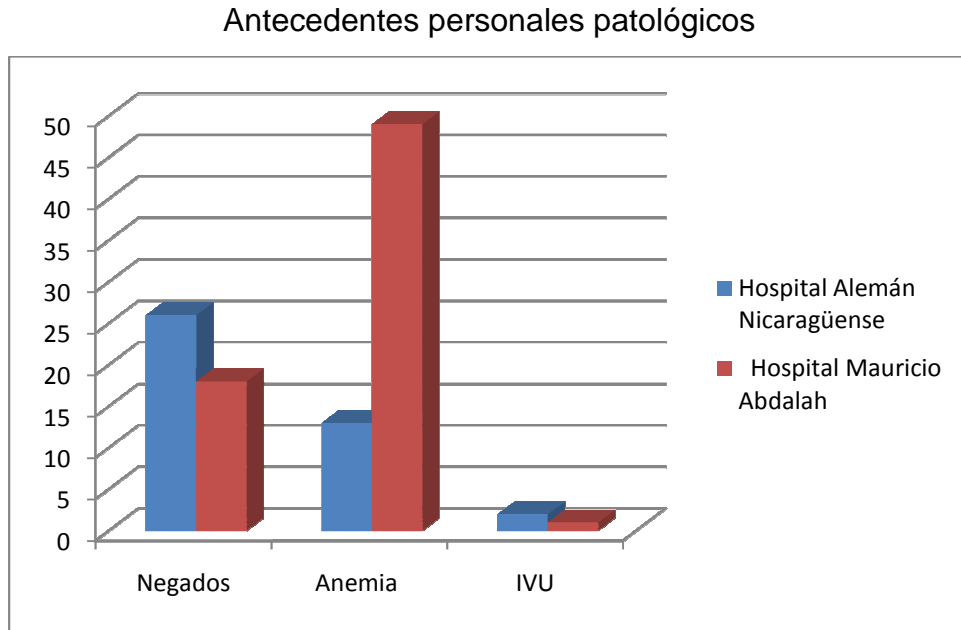
Fuente: tabla No. 4

Gráfico N° 11. Antecedentes ginecoobstétricos de las mujeres ingresadas en la sala de Ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, Enero a Diciembre del 2012.



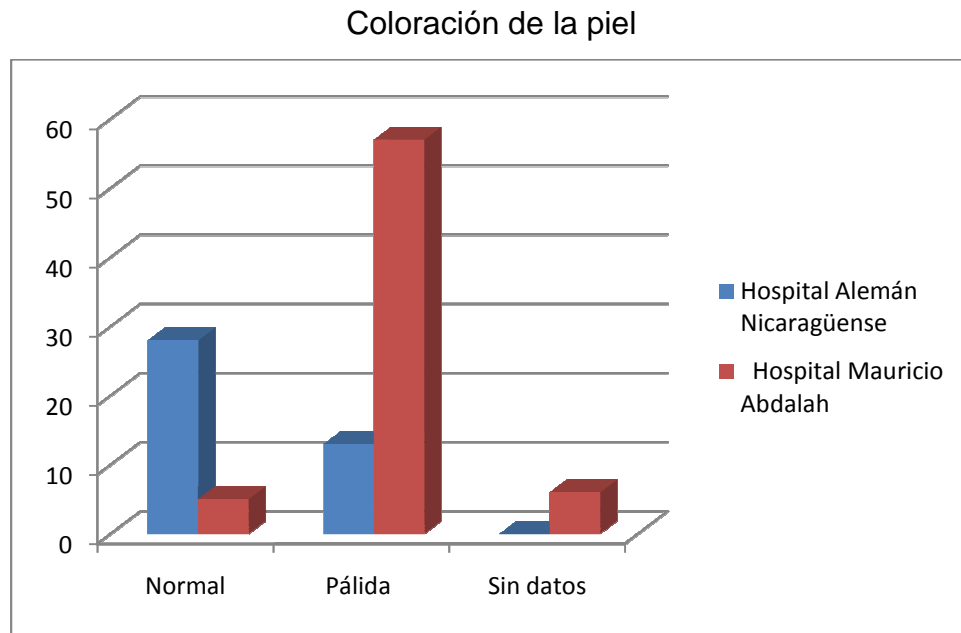
Fuente: tabla No. 4

Gráfico N° 12. Factores predisponentes Anteparto, Intraparto y Posparto de las pacientes en estudio que desencadenaron hemorragia posparto.



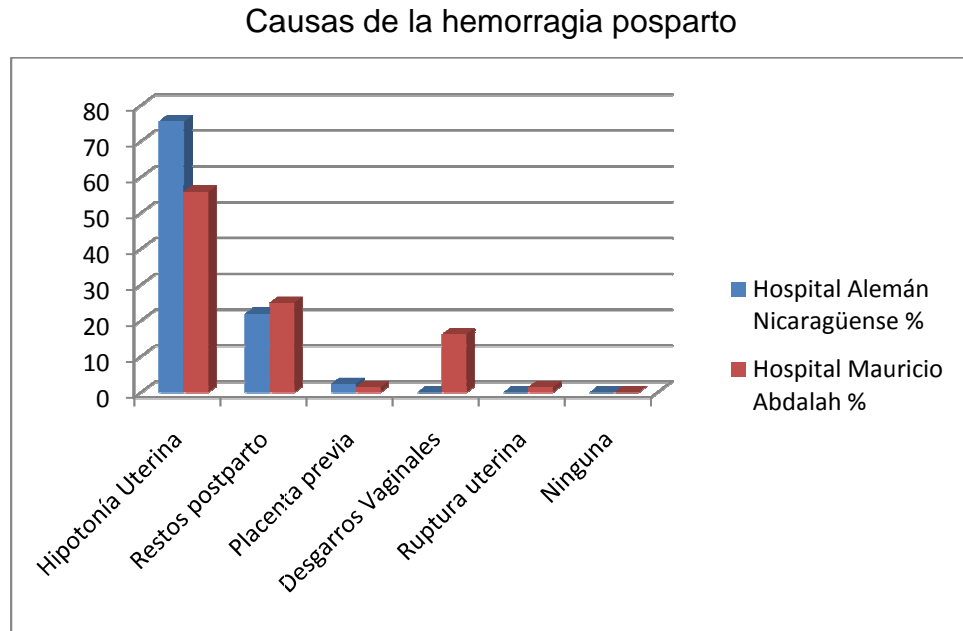
Fuente: tabla No. 5

Gráfico N° 13. Factores predisponentes Anteparto, Intraparto y Posparto de las pacientes en estudio que desencadenaron hemorragia posparto.



Fuente: tabla No. 6.

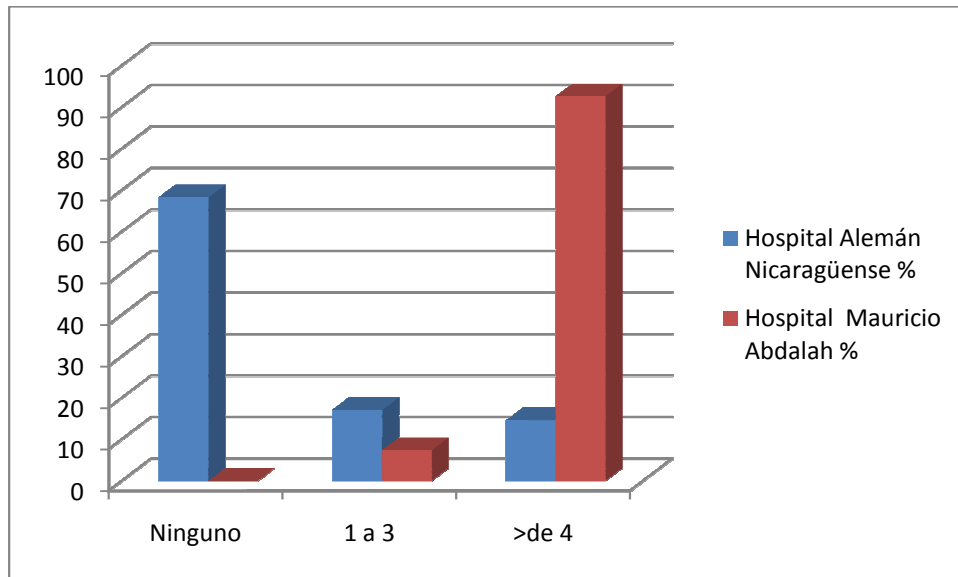
Gráfico N° 14. Factores predisponentes Anteparto, Intraparto y Posparto de las pacientes en estudio que desencadenaron hemorragia posparto.



Fuente: tabla No. 7.

Gráfico N° 15. Establecer los factores condicionantes del diagnóstico de hemorragia posparto en las embarazadas a estudio.

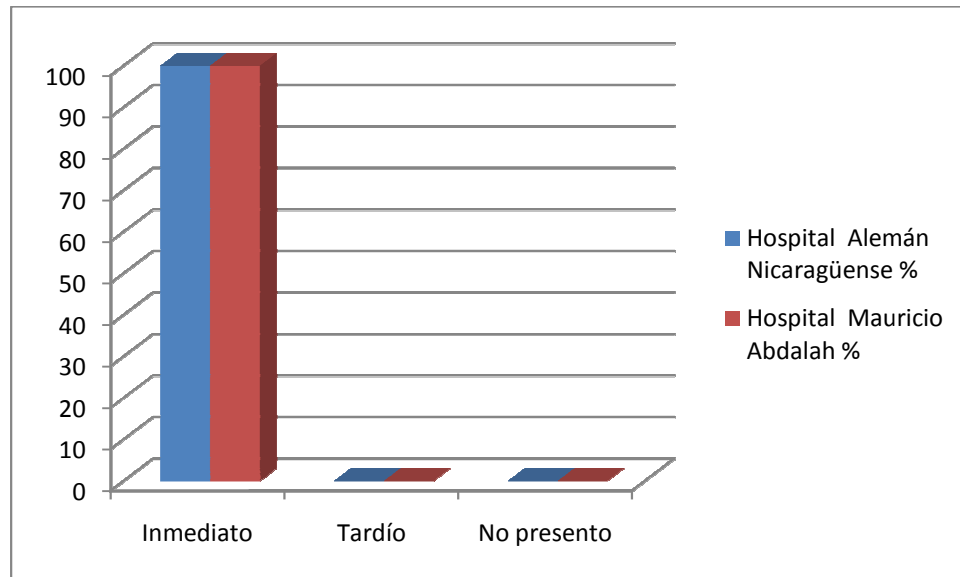
Cantidad de controles prenatales.



Fuente: tabla No. 8.

FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO

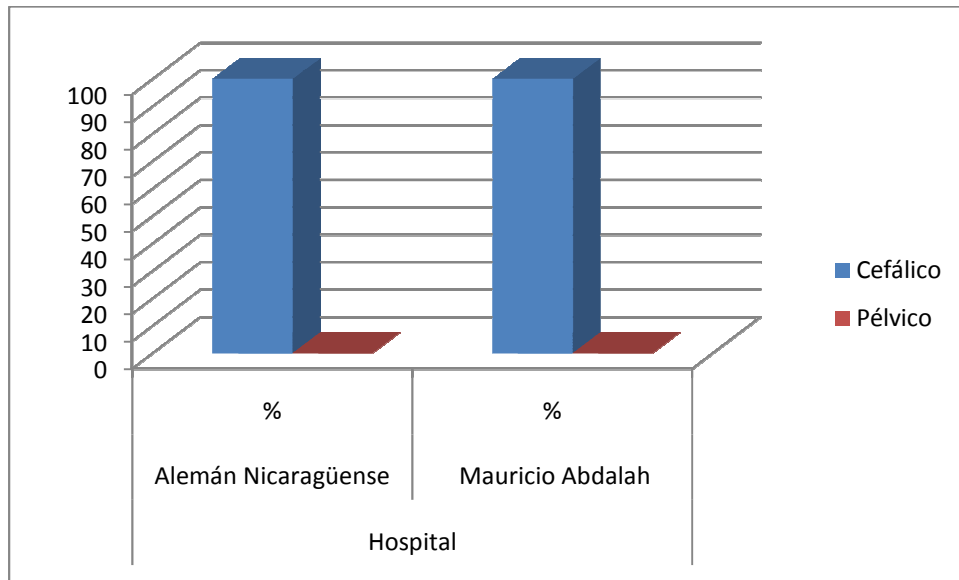
Gráfico N° 16. Establecer los factores condicionantes del diagnóstico de hemorragia posparto en las embarazadas a estudio.



Fuente: tabla No. 8.

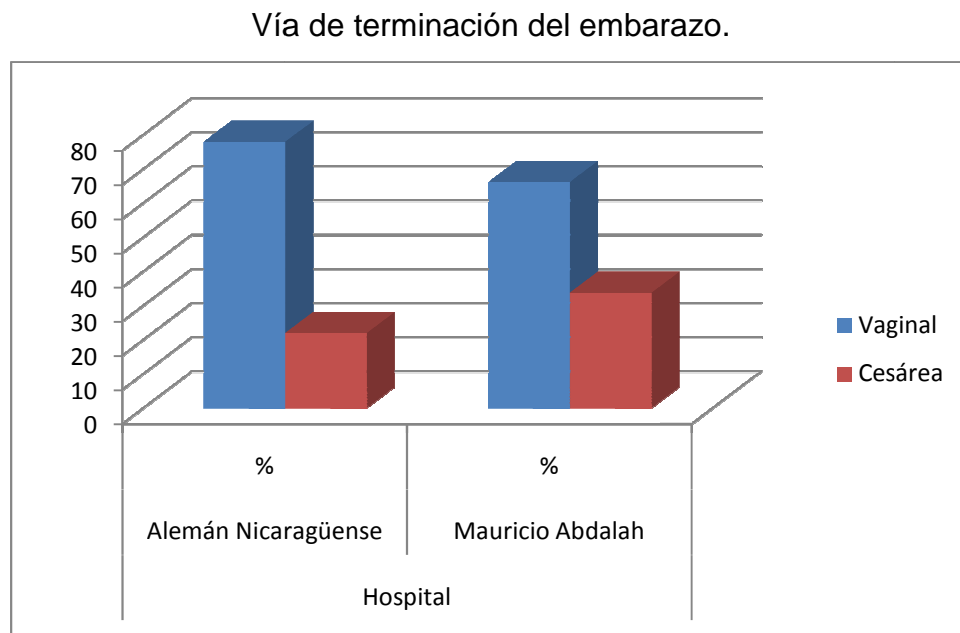
Gráfico N° 17. Establecer los factores condicionantes del diagnóstico de hemorragia posparto en las embarazadas a estudio.

Presentación de los productos de las mujeres atendidas.



Fuente: tabla No. 8.

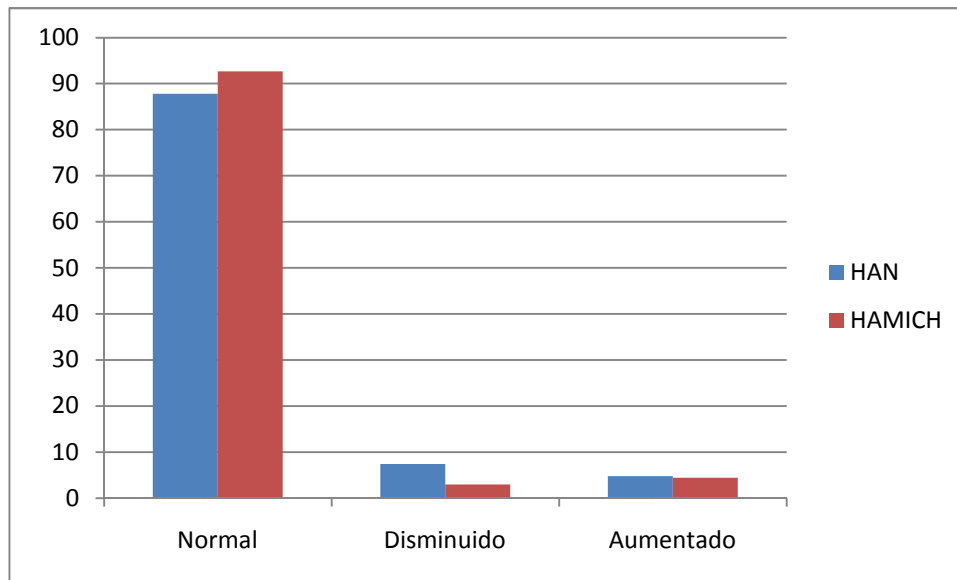
Gráfico N° 18. Establecer los factores condicionantes del diagnóstico de hemorragia posparto en las embarazadas a estudio.



Fuente: tabla No. 8.

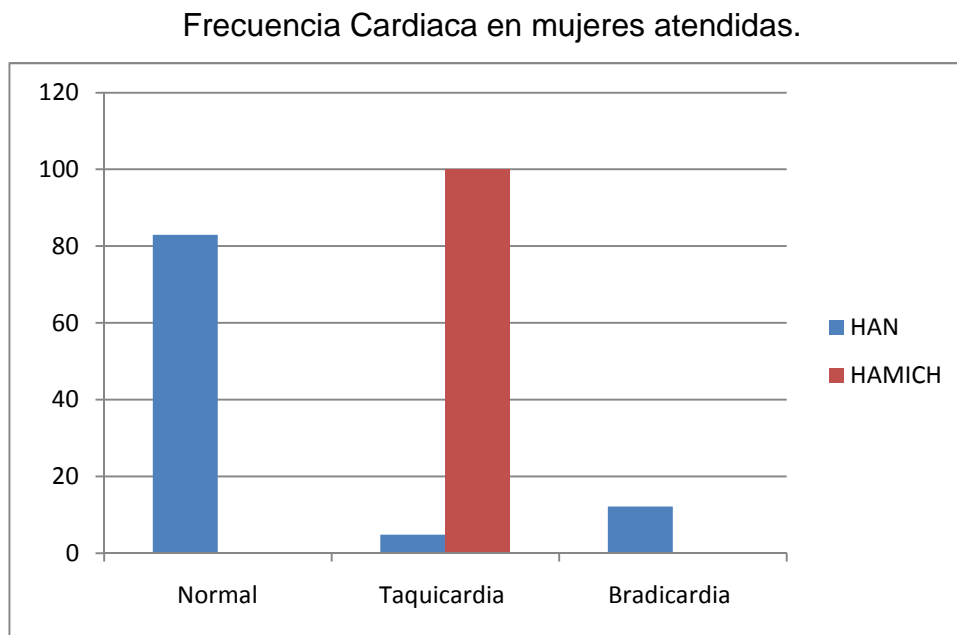
Gráfico N° 19. Establecer los factores condicionantes del diagnóstico de hemorragia posparto en las embarazadas a estudio.

Tono de pulso materno en mujeres atendidas.



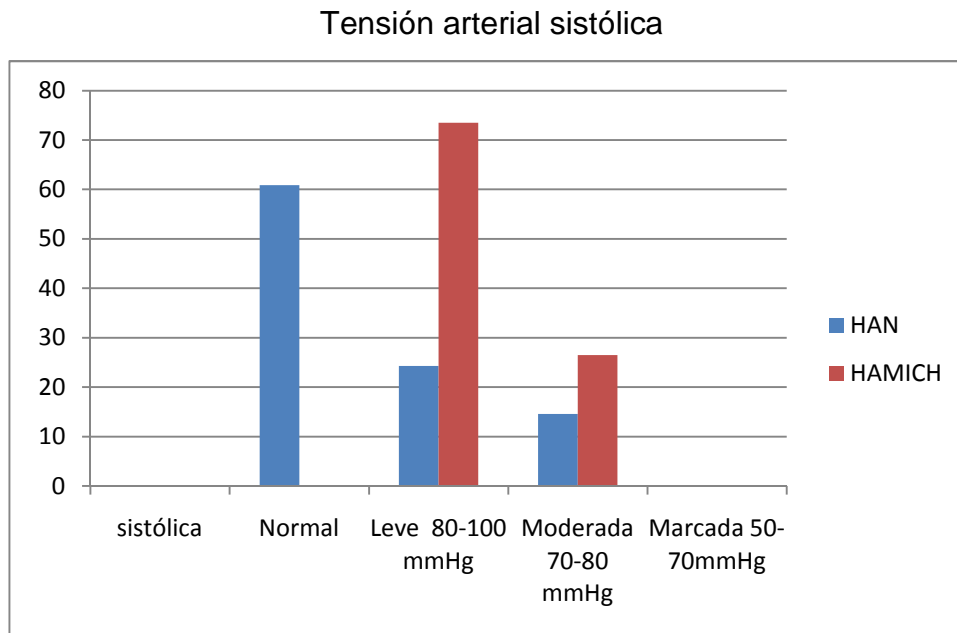
Fuente: tabla No. 9.

Gráfico N° 20. Establecer los factores condicionantes del diagnóstico de hemorragia posparto en las embarazadas a estudio.



Fuente: tabla No. 9.

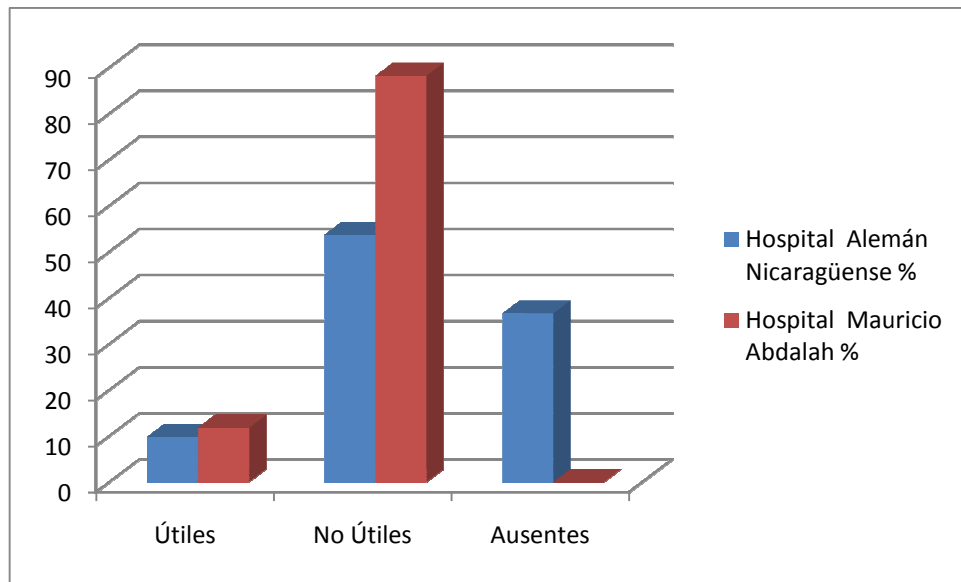
Gráfico N° 21. Establecer los factores condicionantes del diagnóstico de hemorragia posparto en las embarazadas a estudio.



Fuente: tabla No. 9.

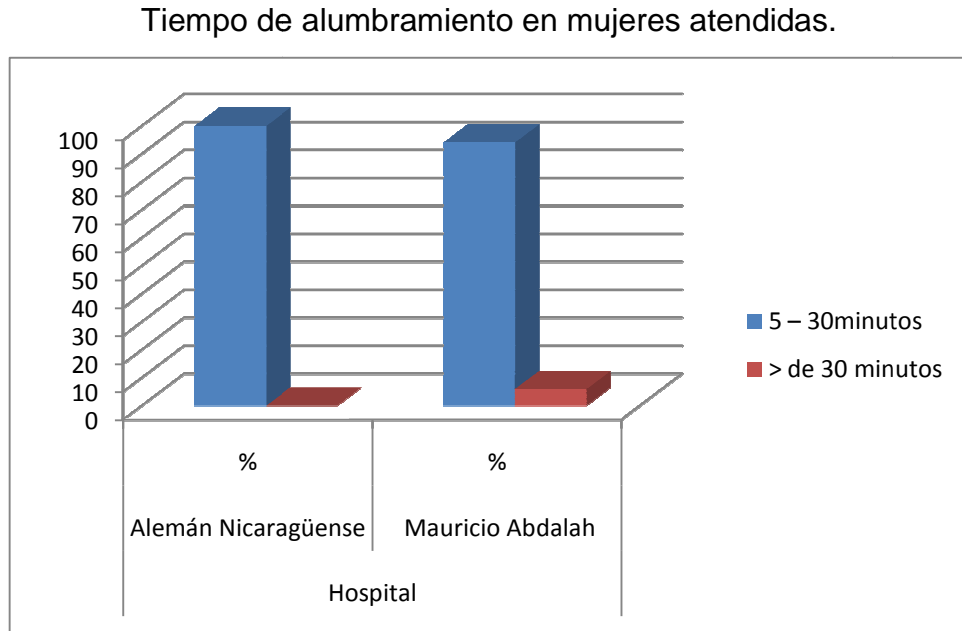
Gráfico N° 22. Establecer los factores condicionantes del diagnóstico de hemorragia posparto en las embarazadas a estudio.

Calidad de las contracciones uterinas en mujeres atendidas.



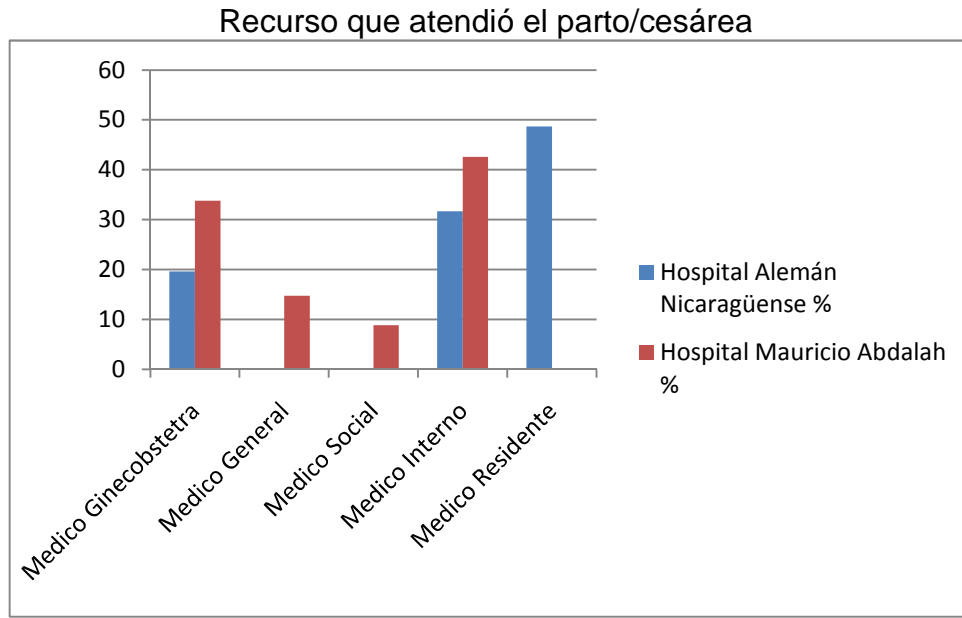
Fuente: tabla No. 10.

Gráfico N° 23. Establecer los factores condicionantes del diagnóstico de hemorragia posparto en las embarazadas a estudio.



Fuente: tabla No. 11.

Gráfico N° 24. Establecer los factores condicionantes del diagnóstico de hemorragia posparto en las embarazadas a estudio.



Fuente: tabla No. 12.

FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Factores asociados a hemorragia postparto, en mujeres atendidas en la sala de ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, durante el periodo de Enero a Diciembre del 2012

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

1) **Edad**

<15 años	<input type="checkbox"/>
15 a 19 años	<input type="checkbox"/>
20 a 24años	<input type="checkbox"/>
25 a 29 años	<input type="checkbox"/>
≥ de 30 años	<input type="checkbox"/>

2) **Procedencia**

Urbano	<input type="checkbox"/>
Rural	<input type="checkbox"/>

3) **Estado Civil**

Soltera	<input type="checkbox"/>
Casada	<input type="checkbox"/>
Unión Estable	<input type="checkbox"/>
Viuda	<input type="checkbox"/>

4) **Escolaridad**

Analfabeta	<input type="checkbox"/>
Primaria	<input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>
Técnico	<input type="checkbox"/>
Universidad	<input type="checkbox"/>

5) **Talla:**

< de 1.5 metros	<input type="checkbox"/>
≥ de 1.5 metros	<input type="checkbox"/>

6) **Ocupación:**

Ama de casa	<input type="checkbox"/>
Comerciante	<input type="checkbox"/>
Estudiante	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="checkbox"/>

7) **IMC**

Bajo peso	<input type="checkbox"/>
Peso normal	<input type="checkbox"/>
Obesidad grado 1	<input type="checkbox"/>
Obesidad grado 2	<input type="checkbox"/>
Obesidad Mórbida	<input type="checkbox"/>

II. ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS:

1) **Cesárea Anterior**

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

2) **Partos**

Primípara	<input type="checkbox"/>
Bípara	<input type="checkbox"/>
Múltipara	<input type="checkbox"/>

3) **Gestas**

Primigesta	<input type="checkbox"/>
Bigesta	<input type="checkbox"/>
Trigesta	<input type="checkbox"/>
Multigesta	<input type="checkbox"/>

4) **Período Intergenésico**

Ninguno	<input type="checkbox"/>
< de 2	<input type="checkbox"/>
> de 2	<input type="checkbox"/>

FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO

III. Factores predisponentes Anteparto, Intraparto y Posparto de las pacientes en estudio que desencadenaron hemorragia posparto.

1) SI
NO

CUAL:

Diabetes
Sífilis
Cardiopatía
IVU
Hipertensión Arterial

Cáncer
Tuberculosis Pulmonar
Trastorno Mental
Asma
Nefropatía

Epilepsia
Cirugías
Anemia
Alergia
Otro:

2) Hipotonía Uterina SI
NO

3) Restos Placentarios SI
NO

4) Placenta Previa SI
NO

5) Desgarros y laceraciones SI
NO

6) Ruptura Uterina SI
NO

IV. Factores condicionante del diagnóstico de hemorragia posparto

1) CPN Ninguno
1-3
≥ de 4

2) Hemorragia Postparto No presente
Inmediato
Tardío

3) Vía de atención del parto Vaginal
Cesárea

4) Shokc SI
NO

5) contracciones uterinas Útiles
No útiles

6) MATEP SI
NO

7) Categoría del personal que atendió el parto Ginecoobstetra
Residente
Médico General
Médico Social
Otro