



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
SECCIÓN DE POSGRADO

**INCIDENCIA DE LA HEMORRAGIA INMEDIATA POST PARTO
VAGINAL EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN
EL AÑO 2015.**

**PRESENTADA POR
ELKE JURY CANDIOTTI RAMIREZ**

**ASESORA
CARMEN BEDOYA RIVADENEIRA**

**TRABAJO ACADÉMICO
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO.**

LIMA – PERÚ

2018



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

La autora permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

SECCIÓN DE POSGRADO

TRABAJO ACADÉMICO

**INCIDENCIA DE LA HEMORRAGIA INMEDIATA POST PARTO
VAGINAL EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN
EL AÑO 2015.**

**PRESENTADA POR
ELKE JURY CANDIOTTI RAMIREZ**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS
Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

LIMA – PERÚ

2018



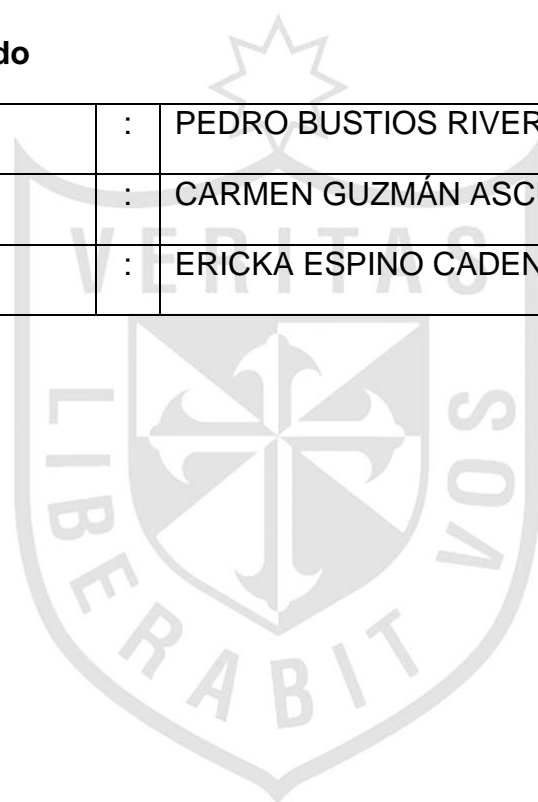
**INCIDENCIA DE LA HEMORRAGIA INMEDIATA POST PARTO VAGINAL
EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL AÑO 2015.**

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

Asesor (a):

Miembros del jurado

Presidente	:	PEDRO BUSTIOS RIVERA.
Vocal	:	CARMEN GUZMÁN ASCURRA.
Secretaria	:	ERICKA ESPINO CADENILLAS.



DEDICATORIA

A **Dios** y a **Santa Rita de Casia**
porque han estado conmigo
a cada paso que doy,
cuidándome y dándome fortaleza
para continuar.



A mis padres **Rubén e Ivonne** quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ellos que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A LA **DRA. Carmen BEDOYA RIVADENEYRA**, EN RECONOCIMIENTO AL APOYO BRINDADO EN LA ELABORACIÓN DEL PRESENTE TRABAJO.

A LA **OBST. Elida CASTILLO CERDA**, POR SU DESINTERESADA AYUDA, POR APOYARME CUANDO LO NECESITÉ, POR APORTAR CONSIDERABLEMENTE EN MI TRABAJO. TE AGRADEZCO NO SÓLO POR LA AYUDA BRINDADA SINO POR LA AMISTAD.



ÍNDICE DE CONTENIDO

TITULO.....	ii
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS	v
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.....	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
MATERIAL Y MÉTODO.....	4
2.1. DISEÑO METODOLÓGICO.....	4
2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	4
2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	5
2.4. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	5
2.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	11
2.6. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION.....	11
2.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	12
RESULTADOS.....	13
DISCUSIÓN.....	25
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ANEXOS	35

ÍNDICE DE TABLAS

Nº de la tabla	Nombre de la tabla	Nº de página
TABLA Nº I	Incidencia de hemorragia inmediata postparto vaginal.	13
TABLA Nº II	Frecuencia de la hemorragia inmediata postparto vaginal según causa.	15
TABLA Nº III	Frecuencia de puérperas con hemorragia inmediata post parto vaginal según grado de anemia en el anteparto y postparto.	17
TABLA Nº IV	Frecuencia de puérperas con hemorragia inmediata postparto vaginal según factores de riesgo del embarazo.	19
TABLA Nº V	Frecuencia de puérperas con hemorragia inmediata postparto vaginal según factores de riesgo en el intraparto.	21
TABLA Nº VI	Frecuencia de puérperas con hemorragia inmediata postparto vaginal según volumen de pérdida sanguínea.	23

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Nº de la ilustración	Nombre de la ilustración	Nº de página
GRÁFICO Nº I	Incidencia de hemorragia inmediata postparto vaginal.	14
GRÁFICO Nº II	Frecuencia de la hemorragia inmediata postparto vaginal según causa.	16
GRÁFICO Nº III	Frecuencia de puérperas con hemorragia inmediata postparto vaginal según grado de anemia en el anteparto y postparto.	18
GRÁFICO Nº IV	Frecuencia de puérperas con hemorragia inmediata postparto vaginal según factores de riesgo del embarazo.	20
GRÁFICO Nº V	Frecuencia de puérperas con hemorragia inmediata postparto vaginal según factores de riesgo en el intraparto.	22
GRÁFICO Nº VI	Frecuencia de puérperas con hemorragia inmediata postparto vaginal según volumen de pérdida sanguínea.	24

RESUMEN

Antecedentes: La hemorragia postparto es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. En Perú, la hemorragia es la primera causa de muerte materna.

Objetivo: Determinar la incidencia de la hemorragia inmediata postparto vaginal en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el año 2015.

Material y Métodos: Este presente estudio es descriptivo, transversal, y retrospectivo. La población de estudio está constituida por todas las puérperas que presentaron hemorragia inmediata post parto vaginal, atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el período de enero a diciembre de 2015, alcanzando un total 80 casos.

Resultados: La incidencia de hemorragia post parto es 5.3%. Las principales causas de hemorragia post parto fueron atonía uterina (63.75%), desgarros perineales (27.5%) y atonía más retención de restos placentarios (3.75%). La frecuencia de anemia anteparto es de 17.5%, la cual se incrementa en el postparto a 76.25%. Los factores de riesgo de la hemorragia post parto durante el embarazo fueron no control pre natal (26.25%), adolescente (20%) y anemia (17.5%). Sin embargo se presentó hemorragia postparto (28.75%) sin factores de riesgo. Los factores de riesgo de la hemorragia post parto durante el intraparto fueron parto prolongado (30%) y macrosomía fetal (6.25%). Sin embargo se presentó hemorragia post parto (61.25%) sin factores de riesgo. La hemorragia post parto Clase I (mayor de 500 cc a 750cc) se presentó en mayor proporción (96.25%).

Conclusión: Es necesario detectar los factores de riesgo que presentan las gestantes durante el embarazo y en el intraparto para poder evitar y estar preparados ante cualquier complicación.

ABSTRACT

Background: Bleeding postpartum is of the three leading causes of maternal mortality. In Perú, Bleeding postpartum is the first cause of maternal death.

Objective: To determine the incidence of immediate vaginal postpartum hemorrhage at Carlos Lanfranco La Hoz Hospital.

Methods: Descriptive, cross, and retrospective. The study population is composed of all postpartum women who presented immediate vaginal postpartum hemorrhage, who were attended in Gynecology and Obstetrics service at Carlos Lanfranco La Hoz Hospital, during the period from January to December 2015. 80 cases were studied.

Results: The incidence of postpartum hemorrhage is 5.3%. The main causes of postpartum hemorrhage were uterine atony (63.75%), perineal tears (27.5%) and uterine atony more placental remains retained (3.75%). The frequency of antepartum anemia is 17.5%, anemia increases in postpartum 76.25%. During pregnancy, risk factors for postpartum hemorrhage were no prenatal control (26.25%), teenagers (20%) y anemia (17.5%). However, postpartum hemorrhage occurred without risk factors. (28.75%). During intrapartum, risk factors for postpartum hemorrhage were prolonged delivery (30%) and fetal macrosomia (6.25%). However, postpartum hemorrhage occurred without risk factors (61.25%). Postpartum haemorrhage class 1 (greater than 500 cc to 750cc) was presented in greater proportion (96.25%).

Conclusion: It is necessary to detect the risk factors that pregnant women present during pregnancy and intrapartum in order to avoid and be prepared in the face of any complications.

INTRODUCCIÓN

La OMS define la hemorragia postparto como la pérdida sanguínea mayor a 500 cc en un parto vaginal y 1000cc en una cesárea, algunos autores consideran como hemorragia post parto a la que altere o modifique los signos vitales; por tal motivo consideran hemorragia al sangrado superior a 1000cc. ⁽³⁾ Pero estas definiciones pueden variar dependiendo de una condición asociada como es la anemia. Y si a esta patología se le agrega pérdida sanguínea que el organismo de la paciente no la puede compensar, estamos frente a una lesión en la reproducción celular ⁽¹⁶⁾. Por consiguiente la hemorragia puede llevar a la paciente a los diferentes grados de shock hipovolémico y si este no se corrige a tiempo puede llevar hasta la muerte.

La hemorragia postparto se clasifica según el tiempo en hemorragia postparto inmediato, precoz o temprano, y es la que se presenta en las primeras 24 horas posteriores al parto. Y en hemorragia postparto tardío o mediato a la que se presenta después de las 24 horas posteriores al parto hasta los 42 días postparto. ⁽⁸⁾

Las causas de la hemorragia postparto se clasifican en uterinas y no uterinas, las cuales a su vez se clasifican en las cuatro **T**:

Tono: Capacidad del útero para contraerse. Ejemplo la atonía uterina.

Trauma: Desgarro de tejido y vasos sanguíneos de canal vaginal.

Tejido: Retención de placenta y/o membranas ovulares.

Trombina: Fallos en la coagulación. ^(8, 12)

Se encuentran datos de hemorragia post parto desde principios del siglo XVII, época en la cual, en la India, la esposa preferida del ShahJahan, (emperador de principios del siglo XVII), la emperatriz Mumtaz Mahal, falleció en su décimo cuarto parto debido a una hemorragia postparto, en 1631. El emperador dedicó el resto de su vida a la construcción de la tumba de su esposa, el Taj Mahal, el cual requirió más de 20.000 obreros y 20 años para su terminación. ⁽¹⁰⁾

La hemorragia postparto es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. Se estima que una mujer parturienta fallece cada cuatro minutos por esta causa. El alto número de muertes maternas en algunas zonas

del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo. ⁽³⁾

En Perú la principal causa de mortalidad materna es la hemorragia (47%).

Con el presente trabajo se pretende contribuir en la generación de conocimiento especialmente en las obstetras, en los médicos gineco obstetras y en todo el personal que está a cargo de velar por salud de las puérperas. Esto provee una base racional y cuantitativa para evaluar el riesgo de hemorragia en una puérpera inmediata, y de esta manera adoptar la mejor estrategia (protocolo) para reducir dicho riesgo.

Es de importancia para el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, el servicio de Obstetricia y como profesional de la salud, dar a conocer las causas de la hemorragia inmediata postparto a las que la gestante está expuesta y de esta manera evitar o prevenir la morbi-mortalidad materna. Si bien la hemorragia postparto es una complicación obstétrica muy seria, esta es altamente prevenible.

Al no tener información documentada de estos casos en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz se considera relevante desarrollar el presente trabajo de investigación, mediante la revisión de historias clínicas lo que permitirá obtener datos reales relacionados al tema de estudio.

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la incidencia de la hemorragia inmediata postparto vaginal en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el año 2015?

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la incidencia de la hemorragia inmediata postparto vaginal en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el año 2015.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar la incidencia acumulada de la hemorragia inmediata en el postparto vaginal.
2. Identificar la frecuencia de las causas de la hemorragia inmediata postparto vaginal.
3. Identificar el grado de anemia como característica de la hemorragia inmediata postparto vaginal.
4. Identificar los factores de riesgo que causan la hemorragia inmediata postparto vaginal.
5. Determinar el volumen de pérdida sanguínea en la hemorragia inmediata postparto vaginal.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio se realizó en forma retrospectiva en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el año 2015.

Este es un hospital nivel II-2, con características de hospital docente, en el cual se encuentra un gran número de estudiantes entrenando constantemente en los diversos servicios que brinda el hospital y la población que se atiende es generalmente de un estrato social bajo.

2.1. DISEÑO METODOLÓGICO

El presente trabajo es de tipo descriptivo, transversal, y retrospectivo.

2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio está constituida por todas las puérperas que presentaron hemorragia inmediata postparto vaginal, atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el período de enero a diciembre de 2015, alcanzando un total 80 casos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

MUESTRA

El tamaño muestral está constituido por el total de casos: 80 casos, de hemorragia inmediata postparto vaginal presentados durante el año 2015.

TIPO DE MUESTREO

Por el tamaño de muestra de nuestro estudio se decidió trabajar con el total de los casos de hemorragia inmediata postparto vaginal, presentados durante el período de estudio 2015. Es decir, el tipo de muestra es censal.

La lista de historias clínicas de los casos nos fue proporcionada por la Oficina del Sistema Informático Perinatal, estas fueron un total de 80 casos, los cuales fueron revisados a través de las historias clínicas, solicitadas al servicio de estadística.

2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION.

1. Todas las pacientes que presentaron hemorragia inmediata postparto vaginal en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el período de estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

1. Historias Clínicas incompletas.

2.4. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

a. HEMORRAGIA INMEDIATA POST PARTO VAGINAL.

Volumen de Sangrado:

- Clase I: Mayor de 500cc a 750cc.
- Clase II: Mayor de 750 a 1500cc.
- Clase III: Mayor de 1500cc a 2000cc.
- Clase IV: Mayor de 2000cc.

b. EDAD. Edad cronológica.

- Menor de 18 años.
- De 18 a 34 años.
- Mayor de 35 años.

c. PARIDAD.

- Primípara: Mujer que ha tenido 1 embarazo que llegó a la viabilidad.

- Secundípara: Mujer que ha tenido 2 embarazos que llegaron a la viabilidad.
- Multípara: Mujer que ha tenido más de 2 partos.
- Gran multípara: Mujer que ha tenido 5 partos o más.

d. TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO.

Duración del trabajo de parto desde el inicio hasta dilatación 10 (COMPLETA).

- Fase latente: Según la OMS.
Primigesta de 12 a 14 horas.
Multigesta de 4 a 6 horas.
- Fase Activa: Según la OMS
Primigesta promedio de 8 horas.
Multigesta promedio de 4 horas.
- ❖ El partograma OMS considera que la velocidad de dilatación en un trabajo de parto normal es a razón de 1cm. Por hora tanto en nulíparas como en multíparas.

e. TIEMPO DE EXPULSIVO.

El segundo periodo del parto es el expulsivo, que se inicia con la dilatación completa del cérvix, es decir 10 cm y finaliza con la salida del feto.

- Primípara: 1 a 2 horas.
- Multípara: 30 min a 1 hora.

f. ANEMIA.

Grados de Anemia.

- Anemia grado Leve. De 9 y menor de 11gr/dl.
- Anemia grado Moderada. De 7 y menor de 9gr/dl.
- Anemia grado Severa. Menor de 7gr/dl.

TÉRMINOS CONCEPTUALES

- **PUÉRPERA.** Mujer que recién ha parido. Es el período que se inicia inmediatamente después del alumbramiento y culmina cuando el aparato genital recobra sus condiciones normales previas a la gravidez. (42 días).
- **PARTO VAGINAL.** Es el proceso por el cual se expulsa del útero, el producto de la concepción maduro o casi maduro (con más de 22 semanas de edad gestacional y con un peso mayor de 500gr), de forma espontánea y fisiológica constituyendo la eutocia o en forma anormal o patológica en cuyo caso constituye la distocia.
- **HEMORRAGIA POST PARTO.** Pérdida sanguínea de 500 ml. o más en las primeras 24 horas después del parto o descenso del hematocrito en un 10% o más.
- **HEMORRAGIA POSTPARTO INMEDIATA.**
Pérdida sanguínea de 500 ml o más en las primeras 24 horas después del parto o descenso del hematocrito en un 10% o más.
- **HEMORRAGIA POSTPARTO TARDÍA.** Sangrado anormal o excesivo originado en el canal del parto que se presenta entre las 24 horas posteriores al parto y al final del puerperio (42 días).
- **ATONÍA UTERINA.** Pérdida del tono de la musculatura del útero que implica la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto.

- **TRAUMA.** Pueden desgarrar el tejido y vasos sanguíneos del canal del parto, lo que implica sangrado importante.
- **DESGARRO PERINEAL.** Laceración en el periné (rafe medio y musculatura del periné, así como vagina).
- **DESGARRO DE PRIMER GRADO.** Laceración superficial que afecta a la mucosa vaginal y a la piel del periné, pero sin comprometer los músculos adyacentes.
- **DESGARRO DE SEGUNDO GRADO.** Involucra además los músculos perineales, pero sin comprometer el esfínter externo del ano.
- **DESGARRO DE TERCER GRADO.** También involucran al esfínter externo del ano, pero no afecta a la mucosa rectal.
- **DESGARRO DE CUARTO GRADO.** Se extiende hasta la mucosa rectal.
- **DESGARRO DE CERVIX.** Laceración de la porción fibromuscular inferior del útero.
- **ROTURA UTERINA.** La ruptura o rotura uterina es la solución de continuidad no quirúrgica del útero, que ocurre por encima del cuello y en gestaciones avanzadas.
- **RETENCIÓN PLACENTARIA.(TEJIDO).** Se considera retención placentaria a la falta de expulsión de la placenta dentro de los 30 minutos posteriores al nacimiento en el caso del alumbramiento espontáneo y dentro de los 15 minutos en el alumbramiento dirigido. También se considera retención placentaria a la expulsión parcial de la placenta que ocurre cuando se retiene uno o más cotiledones o restos de membranas en el endometrio.

Las Porciones de la placenta que permanecen adheridos al útero, pueden causar hemorragias.

- **COAGULOPATIAS.** Falla en la coagulación lo que puede predisponer a sangrados constantes.

- **ANEMIA.** Disminución de la tasa de hemoglobina por debajo de su límite normal. Valores límites normales: hombre 13g/dl, mujer 12g/dl y embarazada 11,5g/dl.

- **ANEMIA GRADO LEVE.** De 9 a 11gr/dl.

- **ANEMIA GRADO MODERADA.** De 7 a menos de 9gr/dl.

- **ANEMIA GRADO SEVERA.** Menor de 7gr/dl.

- **FACTORES ASOCIADOS.** Circunstancia, influencia, que contribuye a producir un resultado. Los factores asociados que contribuyen a la hemorragia postparto son:
 - Sobre distensión uterina: Macrosomía fetal, polihidramnios, embarazo múltiple.
 - Desprendimiento Prematuro de Placenta.
 - Parto prolongado, parto precipitado.
 - Fibromatosis uterina más gestación.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPTESIS	VARIABLE	INDICADORES	VALOR	TIPO	ESCALA
¿Cuál es la incidencia de la hemorragia inmediata postparto vaginal en el Hospital Carlos Larranaga La Hoz en el año 2015?	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar la incidencia de la hemorragia inmediata postparto vaginal en el Hospital Carlos Larranaga La Hoz en el año 2015.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> Determinar la incidencia acumulada de la hemorragia inmediata en el postparto vaginal. Identificar la frecuencia de las causas de la hemorragia inmediata postparto vaginal. Identificar el grado de anemia como característica de la hemorragia inmediata postparto vaginal. Identificar los factores de riesgo que causan la hemorragia postparto vaginal. Determinar el volumen de pérdida sanguínea en el puerperio inmediato postparto vaginal. 	No aplica para este tipo de estudio.	<p>HEMORRAGIA INMEDIATA POSTPARTO VAGINAL. Se define la hemorragia postparto como la pérdida sanguínea de 500 ml. o más en las primeras 24 horas después del parto o descenso del hematocrito en un 10% o más.</p> <p>Covariables</p> <ol style="list-style-type: none"> Edad cronológica. Paridad. Cantidad de embarazos viables. Tiempo de Trabajo de Parto. Duración del trabajo de parto desde el inicio de la dilatación hasta dilatación 10 (COMPLETA). Anemia. Síndrome que se caracteriza por la disminución anormal del número o tamaño de los glóbulos rojos que contiene la sangre o de su nivel de hemoglobina. Factores asociados a Hemorragia Postparto. Circunstancia, influencia que contribuye a producir un resultado. 	<ol style="list-style-type: none"> Albúmina Uterina. Relación Placentaria. Desgarro vaginal. Desgarro de Cérvix. Edad Uterina. <p>Volumen de Sangrado.</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiempo (años) Cantidad Tiempo (horas) Grados de Anemia Sobredilatación uterina; rotura prematura de membranas; embarazo múltiple; Desprendimiento prematuro de placenta; Parto prolongado; parto precipitado; Ectocoronariis uterina. 	<p>Presenta No presenta</p> <p>Clase I: Mayor de 500cc. a 750cc. Clase II: Mayor de 750cc. a 1500cc. Clase III: Mayor de 1500cc a 2000cc. Clase IV: Mayor de 2000cc.</p> <p>Menor de 18 años. De 18 a 34 años. Mayor de 35 años.</p> <p>Primipara Segundipara. Multipara. Gran multipara</p> <p>Fase latente. Fase activa. Fase de expulsión. Fase de expulsión promedio de 8 horas. Fase de expulsión promedio de 4 horas.</p> <p>Anemia Grado leve. Anemia Grado Moderada. Anemia Grado Severa.</p> <p>Presenta No presenta</p>	No aplica. Variable Cuantitativa. Variable Cuantitativa Variable Cualitativa Variable Cualitativa Variable Cualitativa No aplica.	Nominal. Ordinal. Ordinal. Ordinal. Ordinal. Ordinal. Ordinal. Nominal

2.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Se elaboró y se emitió un documento dirigido al área de Docencia e Investigación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, solicitando la autorización y colaboración para la obtención de datos requeridos en la ficha de recolección de datos.
2. Se coordinó con el encargado de Archivo solicitando la recopilación de datos a necesitar.
3. Se realizó la búsqueda de las historias de las pacientes que presentaron hemorragia dentro de las 24 horas postparto vaginal en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el período en estudio.
4. Los datos se recolectaron mediante la aplicación de una ficha validada que figura en el Anexo 01.
5. Previo a la obtención de datos de las historias clínicas, las cuales fueron vaciadas a las fichas de recolección de datos, se realizó la revisión manual de dichas historias para determinar si cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

Se confeccionó el instrumento de investigación, representado por una ficha de recolección de datos.

2.6. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La información se recolectó por medio de una ficha previamente elaborada, la que consta de datos generales de la historia clínica, antecedentes obstétricos, causas de la hemorragia, clase de hemorragia.

2.7. ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio de investigación se llevó a cabo cuando se obtuvo la autorización del representante legal de la Universidad de San Martín de Porres y de la institución donde se realizó la investigación (Hospital Carlos Lanfranco La Hoz); además de la aprobación del proyecto por parte del comité de ética en Investigación de la Institución.



RESULTADOS

En el estudio realizado sobre **Incidencia de la hemorragia inmediata postparto vaginal en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el año 2015**, se tuvo como población de estudio a todas las puérperas que presentaron hemorragia inmediata postparto vaginal, las cuales fueron atendidas durante el período de Enero a Diciembre de 2015. Se alcanzó un total de 80 casos que cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión.

TABLA Nº I
INCIDENCIA DE HEMORRAGIA INMEDIATA POST PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL AÑO 2015.

<p>Incidencia= $80/1491*100$</p> <p>Incidencia de Hemorragia post parto= 5.3%</p>
--

Fuente: Oficina de Sistema Informático Perinatal del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – 2015.

Durante el período de Enero a Diciembre de 2015 se atendieron un total de 1491 partos vaginales. En dicho período se encontró 80 casos de puérperas que presentaron hemorragia inmediata postparto vaginal.

La incidencia de hemorragia inmediata postparto vaginal en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz es de 5.3% en el período de estudio.

Se midió la Incidencia usando la tasa de incidencia.

GRÁFICO N° I

INCIDENCIA DE HEMORRAGIA INMEDIATA POST PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL AÑO 2015.

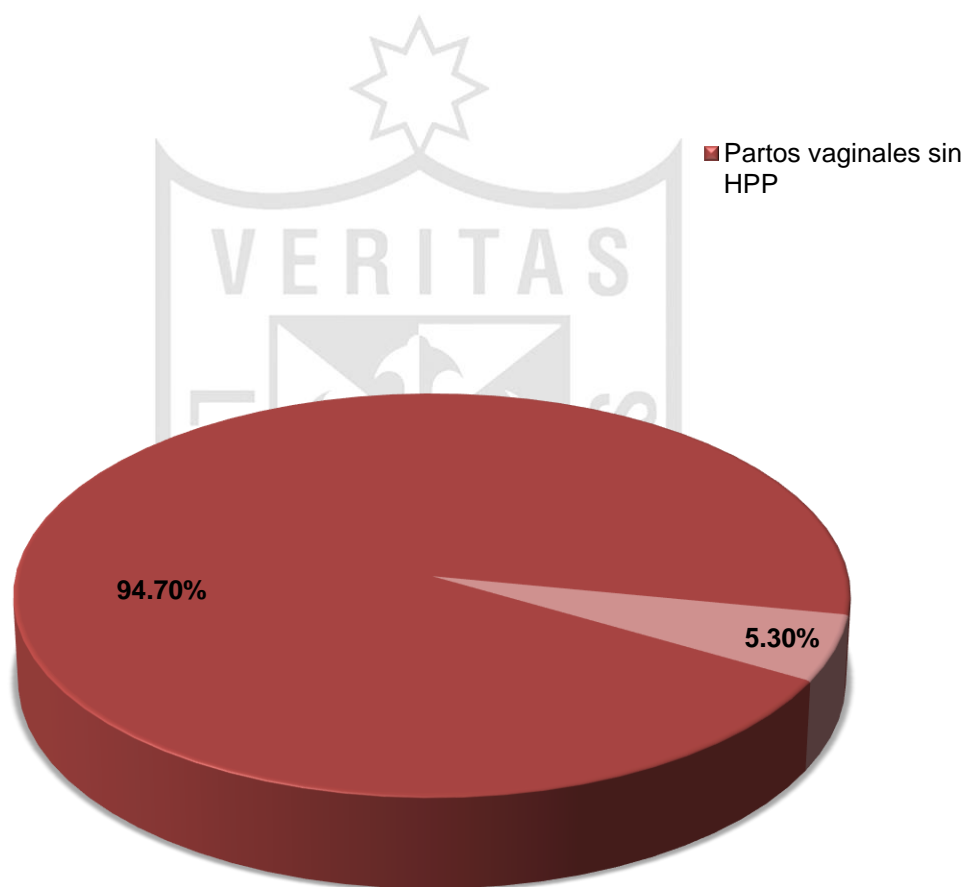


TABLA N° II
FRECUENCIA DE LA HEMORRAGIA INMEDIATA POSTPARTO VAGINAL
SEGÚN CAUSA EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL
AÑO 2015.

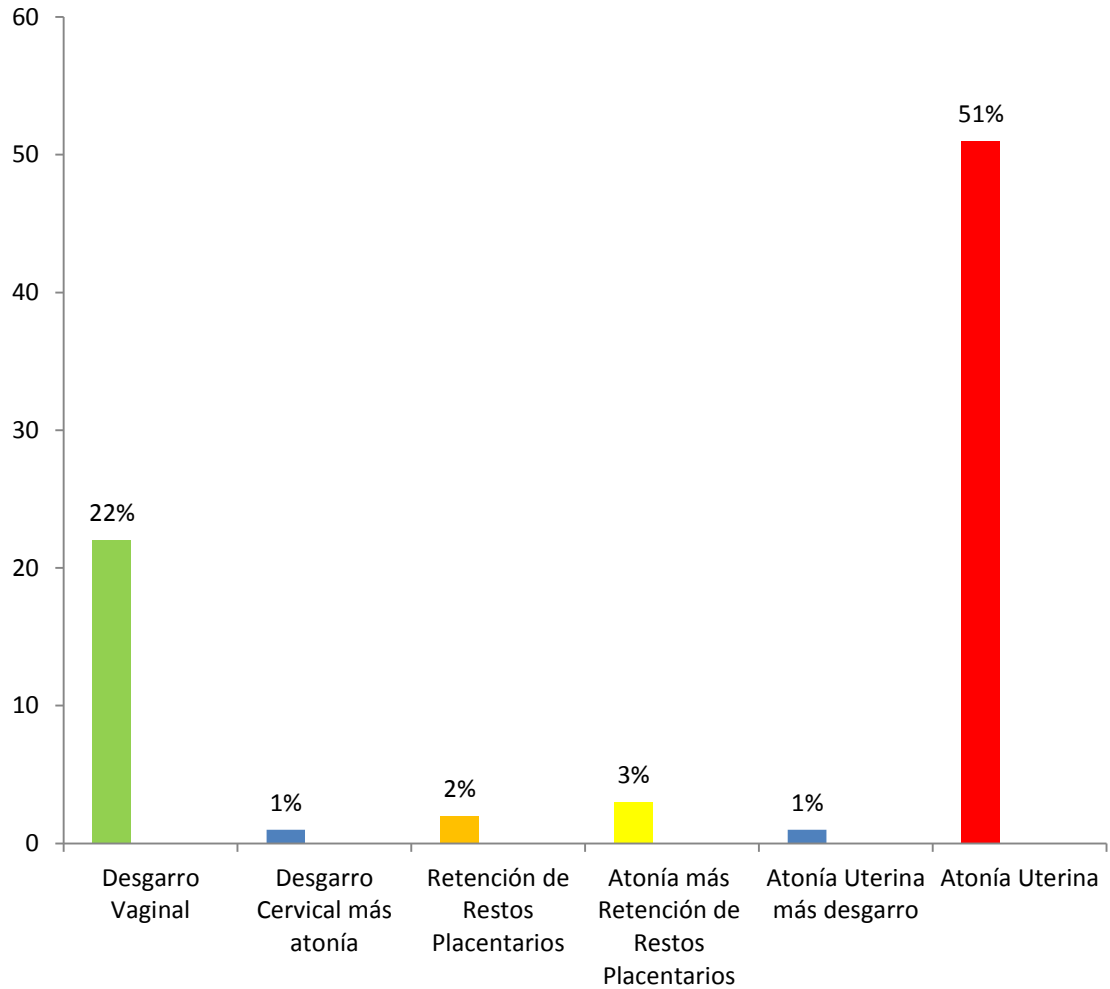
CAUSAS DE HEMORRAGIA INMEDIATA POST PARTO	N°	%
Desgarro Vaginal	22	27.5
Desgarro Cervical más atonía	1	1.25
Retención de Restos Placentarios	2	2.5
Atonía más Retención de Restos Placentarios	3	3.75
Atonía Uterina más desgarro	1	1.25
Atonía Uterina	51	63.75
TOTAL	80	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

La causa de hemorragia más frecuente es la atonía uterina con 51 casos (63.75%) seguido de desgarro perineal con 22 casos (27.5%). En tercer lugar encontramos a la atonía más retención de restos placentarios con 3 casos (3.75%), en cuarto lugar encontramos a la Retención de Restos Placentarios con 2 casos (2.5%). Y en quinto lugar encontramos al Desgarro Cervical más atonía y a la Atonía Uterina más desgarro con 1 caso (1.25%).

GRAFICO N° II

FRECUENCIA DE LA HEMORRAGIA INMEDIATA POSTPARTO VAGINAL SEGUN CAUSA EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL AÑO 2015



CAUSAS DE HEMORRAGIA INMEDIATA POSTPARTO

TABLA N° III
FRECUENCIA DE PUÉRPERAS CON HEMORRAGIA INMEDIATA
POSTPARTO VAGINAL SEGÚN GRADO DE ANEMIA EN EL ANTEPARTO
Y POSTPARTO EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL
AÑO 2015.

GRADO DE ANEMIA	ANTEPARTO		POSTPARTO	
	Nº	%	Nº	%
Sin anemia	66	82.5	19	23.75
Anemia Grado Leve	13	16.25	36	45
Anemia Grado Moderado	1	1.25	22	27.5
Anemia Grado Severa	-	-	3	3.75
TOTAL	80	100	80	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Se observó que 66 casos (82.5%) de puérperas que presentaron hemorragia inmediata en el postparto, no tuvieron anemia durante el embarazo. Seguido de 13 casos (16.25%) de pacientes que presentaron anemia grado leve Y solo un caso (1.25%) que presentó anemia grado moderada durante el embarazo.

En el Post parto se observó 36 casos (45%) de puérperas con hemorragia inmediata postparto vaginal que presentaron anemia grado leve, seguido de 22 casos (27.5%) que presentaron anemia grado moderada. En tercer lugar se observó 19 casos (23.75%) que no presentaron anemia en el postparto. Y en último lugar de 3 casos (3.75%) de puérperas que presentaron anemia grado severa en el postparto.

La frecuencia de anemia anteparto es de 17.5%, la cual se incrementa en el postparto a 76.25%.

GRÁFICO N° III

FRECUENCIA DE PUÉRPERAS CON HEMORRAGIA INMEDIATA POSTPARTO VAGINAL SEGÚN GRADO DE ANEMIA EN EL ANTEPARTO Y POSTPARTO EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL AÑO 2015.

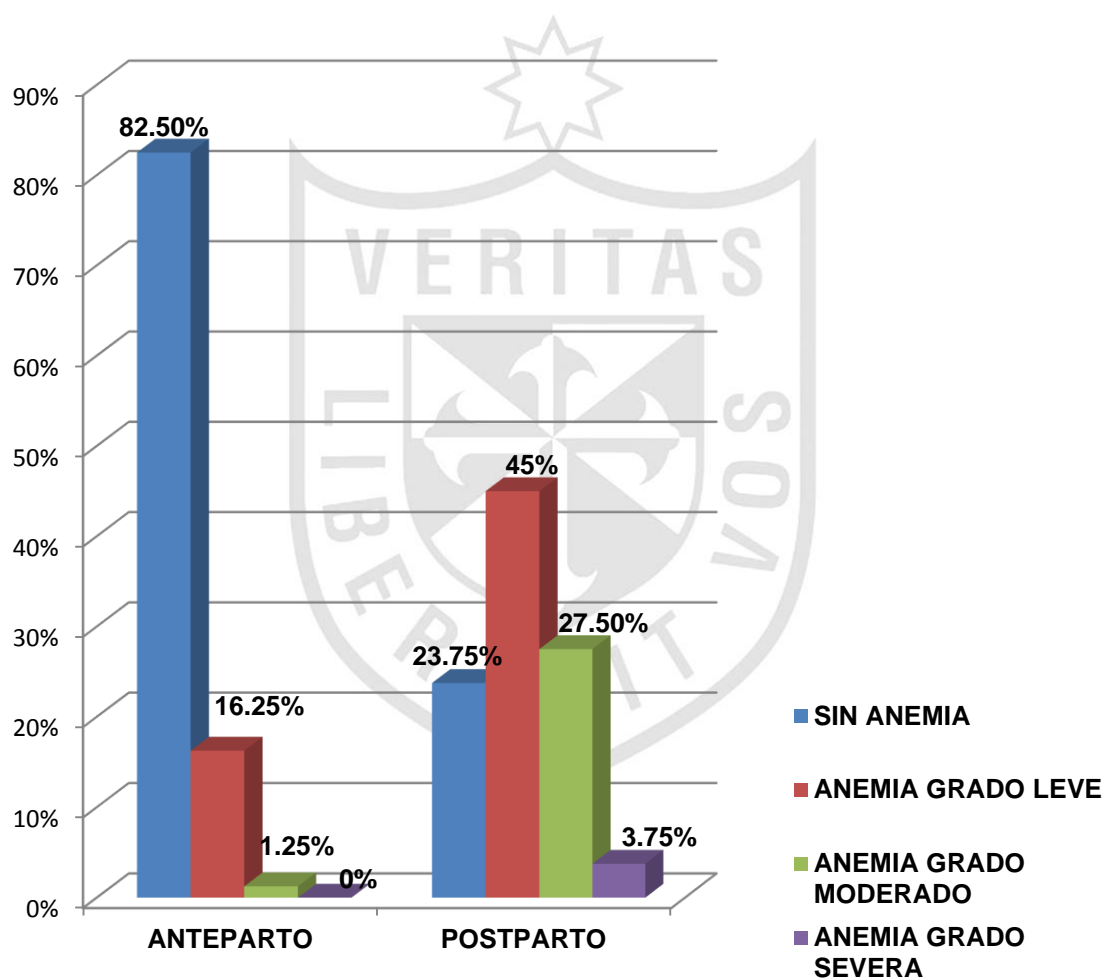


TABLA N° IV
FRECUENCIA DE PUÉRPERAS CON HEMORRAGIA INMEDIATA
POSTPARTO VAGINAL SEGÚN FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO
EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL AÑO 2015.

FACTOR DE RIESGO	Nº	%
Adolescencia	16	20
Añosa	7	8.75
Sin CPN	21	26.25
Anemia	14	17.5
HIE	2	2.5
Cesárea anterior	4	5
Multiparidad	13	16.25
Sin factor de riesgo	23	28.75

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En relación a los factores de riesgo del embarazo podemos observar que 23 casos (28.75%) no presentaron ningún factor de riesgo, seguido de 21 casos (26.25%) con el factor de riesgo: Ausencia de Control Pre Natal; en tercer lugar se encuentra a gestantes adolescentes con 16 casos (20%). En cuarto lugar se observó como factor de riesgo a la anemia con 14 casos (17.5%) y en quinto y último lugar con 13 casos (16.25%) al factor de riesgo multiparidad.

GRÁFICO Nº IV

FRECUENCIA DE PUÉRPERAS CON HEMORRAGIA INMEDIATA POSTPARTO VAGINAL SEGUN FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL AÑO 2015

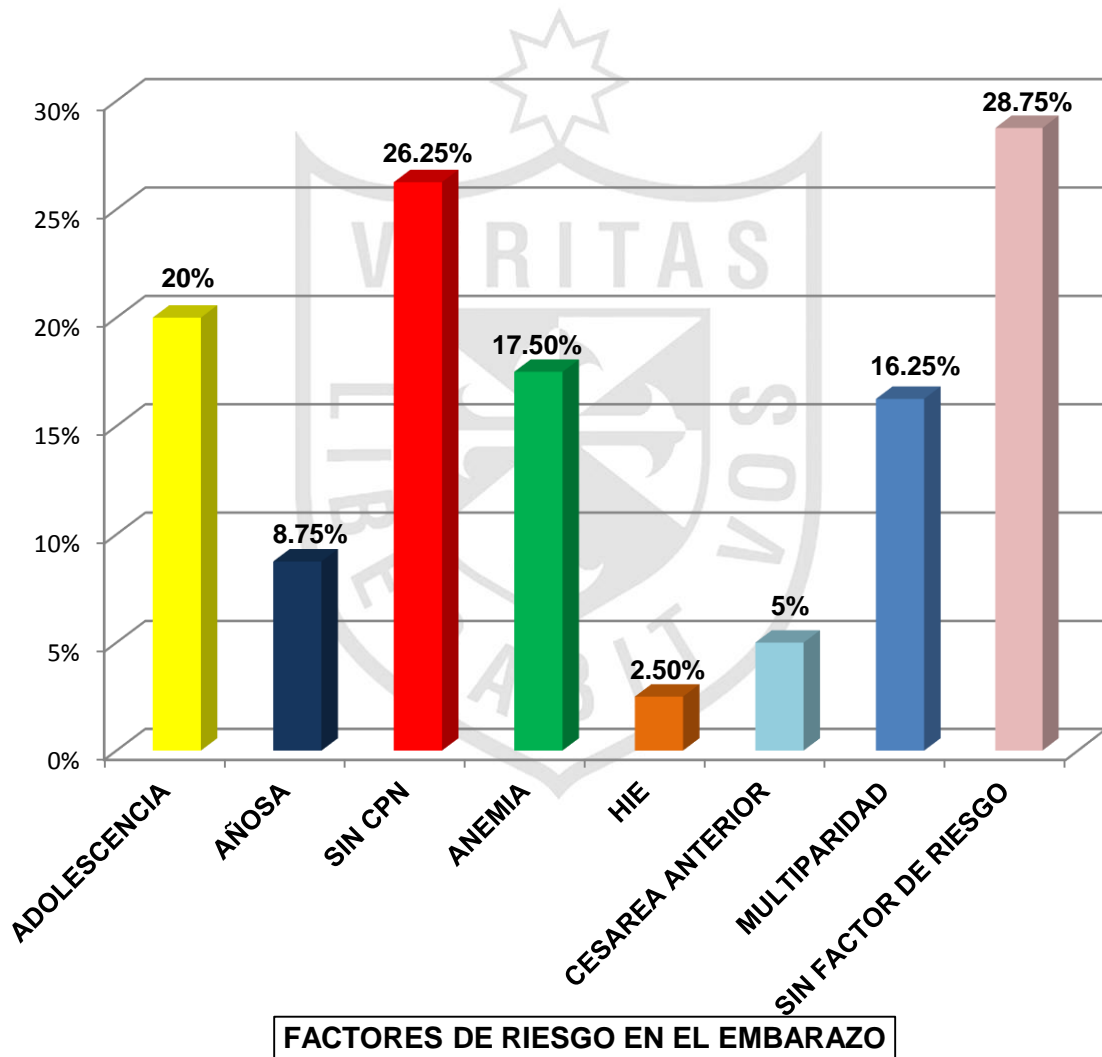


TABLA N° V
FRECUENCIA DE PUÉRPERAS CON HEMORRAGIA INMEDIATA
POSTPARTO VAGINAL SEGÚN FACTORES DE RIESGO EN EL
INTRAPARTO EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL
AÑO 2015

FACTOR DE RIESGO	Nº	%
Parto precipitado	1	1.25
Parto prolongado	24	30
Oxito- inducción	1	1.25
Macrosomía	5	6.25
Sin factor de riesgo	49	61.25
TOTAL	80	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Según los factores de riesgo en el intraparto, se puede observar que predomina la ausencia de factores de riesgo con 49 casos (61.25%) seguido del parto prolongado con 24 casos (30%), en tercer lugar la macrosomía fetal con 5 casos (6.25%) y en último lugar con un caso cada uno (1.25%) el parto precipitado y la oxito inducción.

GRÁFICO N° V

FRECUENCIA DE PUÉRPERAS CON HEMORRAGIA INMEDIATA POSTPARTO VAGINAL SEGUN FACTOR DE RIESGO EN EL INTRAPARTO EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL AÑO 2015.

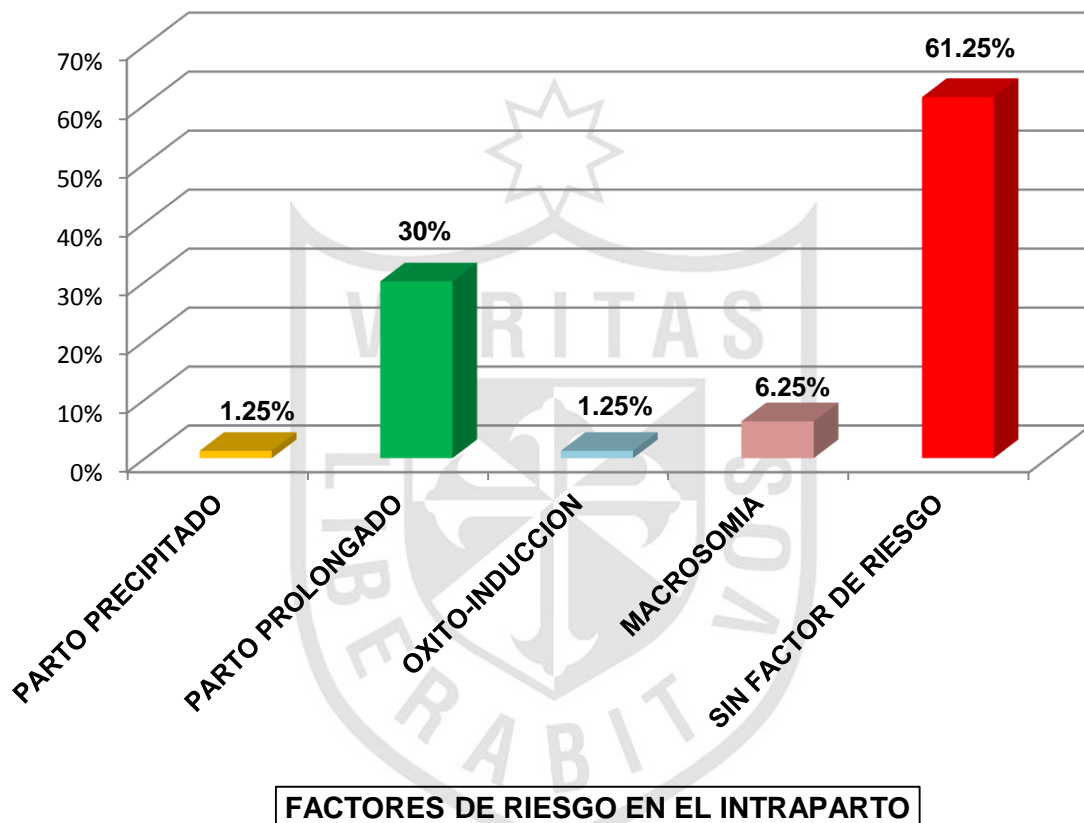


TABLA N° VI

**FRECUENCIA DE PUÉRPERAS CON HEMORRAGIA INMEDIATA
POSTPARTO VAGINAL SEGÚN VOLUMEN DE PÉRDIDA SANGUÍNEA EN
EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL AÑO 2015.**

VOLUMEN DE PÉRDIDA SANGUINEA	Nº	%
Mayor de 500 a 750 cc	77	96.25
Mayor de 750 a 1500 cc	3	3.75
TOTAL	80	100

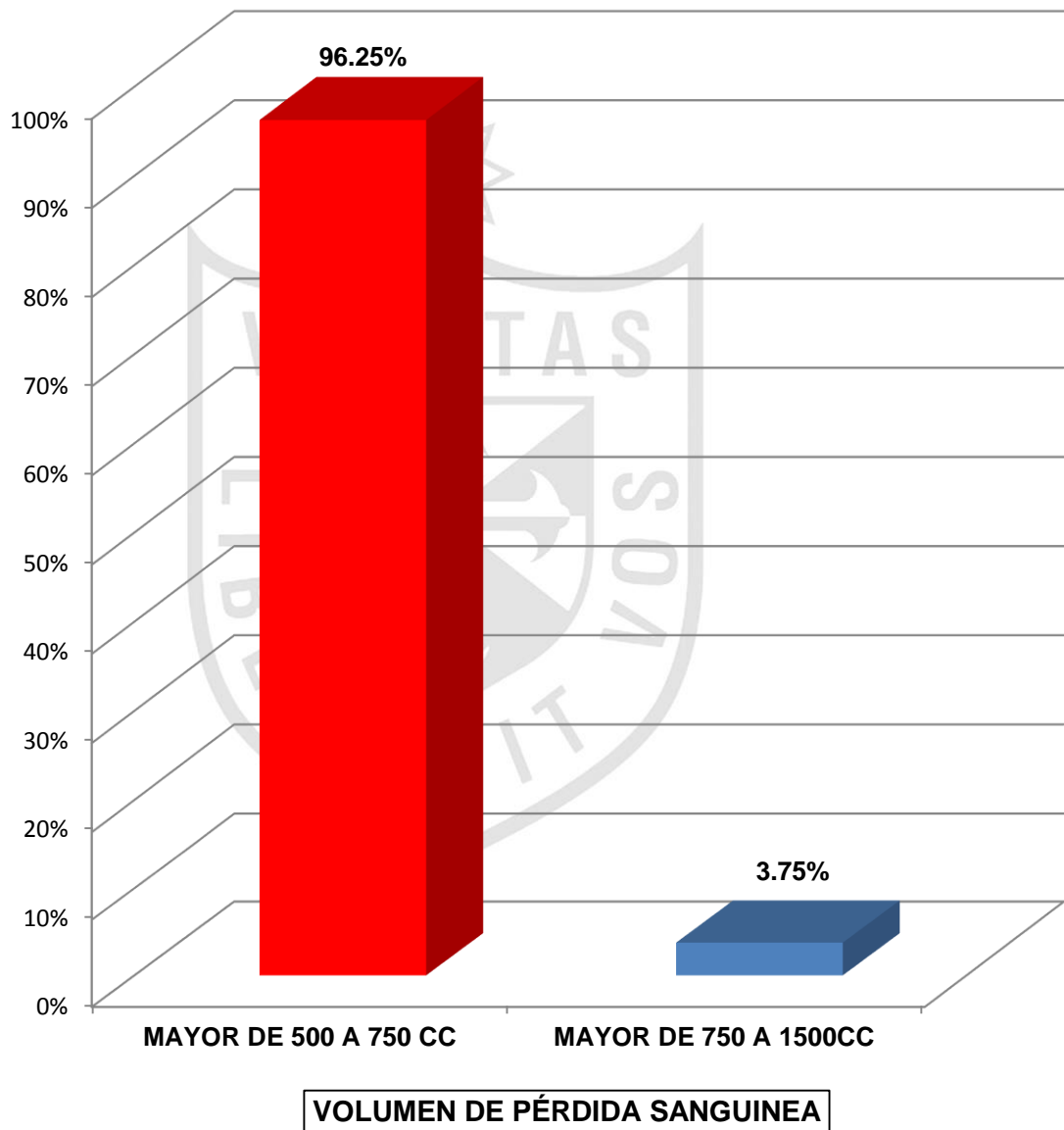
Fuente: Ficha de recolección de datos

De los 80 casos de hemorragia inmediata postparto vaginal se evidenció 77 casos (96.25%) en los cuales el volumen de pérdida sanguínea fue mayor de 500 y menor igual a 750 cc seguido de 3 casos (3.75%) con volumen de pérdida sanguínea mayor de 750 y menor igual a 1500cc.

En el presente estudio no se encontró casos de pérdida sanguínea mayor de 1500cc.

GRÁFICO Nº VI

FRECUENCIA DE PUÉRPERAS CON HEMORRAGIA INMEDIATA POSTPARTO VAGINAL SEGÚN VOLUMEN DE PÉRDIDA SANGUINEA EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL AÑO 2015.



DISCUSIÓN

La hemorragia postparto (HPP) según la OMS, se define como la pérdida de 500 ml de sangre o más a través del conducto vaginal que se produce en el período postparto inmediato o un descenso del hematocrito del 10 % o más en las primeras dos horas posparto. ⁽¹¹⁾

Actualmente se considera que cualquier pérdida de sangre que implique una alteración hemodinámica de la paciente debe ser considerada como HPP. Algunos consideran 600 ml como punto de corte y estiman que el promedio de pérdida de sangre de partos vaginales con feto único es de 500 ml. ⁽³⁾ En la actualidad se sugiere que cualquier pérdida sanguínea que tenga el potencial de producir inestabilidad hemodinámica, puede considerarse como una hemorragia postparto. ^(3, 5)

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

Es indispensable y necesario identificar a la paciente portadora de factores de riesgo que podrían llevarla a presentar hemorragia postparto y cuando se habla de factor de riesgo nos referimos a cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que está asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. ^(3, 6)

Tabla Nº I

En el presente estudio de investigación se presentaron 80 casos de puérperas que sufrieron hemorragia postparto, de 1491 partos atendidos en el centro obstétrico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo de Enero a Diciembre de 2015, que comprende el 5.3% del total de partos. Se confirmaron los casos de hemorragia post parto por los análisis realizados y consignados en las historias clínicas archivadas en el Departamento de Estadística de Hospital,

datos que guardan cierta similitud con un estudio realizado por CHICA MENDOZA en el Hospital General Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta – Ecuador durante el periodo de setiembre del 2012 a febrero del 2013, que comprende el 2.61% de 1149 partos, en los cuales se presentó 30 casos de hemorragia postparto ⁽⁴⁾. Y OROZCO YANZA, Jenny en su tesis “Factores de riesgo de hemorragia postparto en pacientes con puerperio inmediato. Servicio de Ginecología. Hospital Provincial Puyo - Ecuador. 2010” nos dice que la frecuencia de HPP en el parto vaginal es de 3 a 4% y 9% en la cesárea, de 725 partos en los cuales se observó 43 casos de hemorragia postparto; además halló una incidencia de 6% de HPP. ⁽¹⁴⁾

TABLA Nº II

En relación a las causas, en el presente estudio encontramos que la atonía uterina es la causa más frecuente de hemorragia con 51 casos (63.75%), seguido de los desgarros perineales con 22 casos (27.5%). Según RIVERO MABEL. AVANZA, MARÍA. ALEGRE, MARÍA, en su tesis “Hemorragia Postparto: Incidencia, Factores de Riesgo y Tratamiento. Universidad Nacional del Nordeste Comunicaciones Científicas y Tecnológicas 2005” definen que las causas de la hemorragia postparto pueden ser múltiples, entre ellas tenemos la atonía uterina, traumas/laceraciones perineales, retención de restos placentarios y alteraciones de la coagulación. ^(6, 16)

MUÑOZ HIDALGO en su tesis “Incidencia de las complicaciones de la hemorragia postparto en mujeres adolescentes a realizarse en la Maternidad Matilde Hidalgo de Procel desde setiembre de 2012 a febrero del 2013 refiere que los restos placentarios son responsables del 50% de hemorragia postparto seguido de la atonía uterina con 42% de casos, de 60 casos de hemorragias postparto presentados en el período de estudio ⁽¹³⁾. Mientras que RAMOS BUSTAN en su tesis “Complicaciones en pacientes con puerperio inmediato atendidas en el servicio de Ginecología de Hospital Provincial General Docente Riobamba” encontró que el alumbramiento incompleto con 62.9% es la primera complicación del puerperio seguido de hipotonía con 12.5%, y en tercer lugar el desgarro vaginal con 10.1% de un estudio realizado con 178 pacientes ⁽¹⁷⁾.

CHICA MENDOZA, Katy en su tesis encontró a la atonía o hipotonía uterina (43%), alumbramiento incompleto (27%), desgarros perineales (20%) y desgarro

de cérvix (10%), como las causas más frecuentes de hemorragia postparto de 30 casos estudiados. Por tal motivo recomendó realizar correctamente el manejo activo del tercer período de la labor de parto pues está plenamente demostrada su eficacia para disminuir la hemorragia postparto ⁽⁴⁾. De igual modo concluye OROZCO YANZA, Jenny en su tesis “Factores de riesgo de hemorragia postparto en pacientes con puerperio inmediato. Servicio de Ginecología. Hospital Provincial Puyo - Ecuador. 2010”, cuya muestra fue conformada por 43 casos, donde indicó que la principal causa de hemorragia postparto es la atonía uterina (42%), le sigue el alumbramiento incompleto (30%) y en tercer lugar los desgarros del canal del parto (23%). ⁽¹⁴⁾

Las causas de hemorragia obstétrica grave fueron: atonía uterina (30%), placenta retenida (18%) y trauma (13,9%) según AL-ZIRQI, VANGEN, FORSEN, STRAY-PEDERSEN, en su estudio “Hemorragia obstétrica grave: prevalencia y factores de riesgo de la hemorragia obstétrica grave”, en el cual se presentó 3501 casos. ⁽¹⁾

TABLA N° III

En el presente estudio según Tabla N° III, se concluye que la frecuencia de anemia anteparto es de 17.5%, la cual se incrementa cuando se presenta la hemorragia inmediata postparto a 76.25%. Mientras que AL-ZIRQI, VANGEN, FORSEN, y STRAY-PEDERSEN, en su estudio llegaron a la conclusión de la anemia se puede corregir antes del parto ⁽¹⁾. Además MUÑOZ HIDALGO, en su tesis concluyó que el 38% de gestantes adolescentes presentó anemia durante el embarazo. Y el 50% de casos presentaron anemia como complicación que se presentó luego del tratamiento de la HPP, de 60 casos estudiados ⁽¹³⁾.

Según LÓPEZ ALVARADO en su estudio “Determinación del sangrado durante el parto y factores asociados a hemorragia, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador”, observó que el 40.5% de pacientes que presentaron hemorragia tenían el antecedente de anemia, de 409 casos estudiados (9). Y según CHICA MENDOZA y MUÑOZ HIDALGO en sus diferentes estudios concluyen que las mujeres anémicas son más vulnerables a las pérdidas hemáticas en el parto. Por este motivo pueden descompensarse con mayor rapidez ^(4, 13). Además en su estudio CHICA MENDOZA concluye que

el factor predisponente de HPP y post cesárea con mayor número de casos es la anemia con 40% de 30 casos ⁽⁴⁾.

TABLA Nº IV

En el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz se encontraron con mayor frecuencia la ausencia de factores de riesgo con 23 casos (28.75%), seguido de los siguientes factores de riesgo en el embarazo: Ausencia de control Prenatal con 21 casos (26.25%), madres adolescentes con 16 casos (20%) y la anemia con 14 casos (17.5%) Y en menor proporción se encontró a la hipertensión inducida por el embarazo con 2 casos (2.5%). Mientras que CHICA MENDOZA en su tesis identificó a la anemia (40%), parto inmaduro (27%), trastornos hipertensivos del embarazo (20%) y trabajo de parto con conducción (13%) en 30 casos estudiados⁽⁴⁾. En cambio OROZCO YANZA, Jenny en su tesis conformada por 43 casos, observó (14%) anemia, (5%) síndrome hipertensivo, y (2 %) cesárea anterior ⁽¹⁴⁾.

TABLA Nº V

En el Hospital Carlos Lanfranco La hoz se observa que predomina la ausencia de factores de riesgo con 49 casos (61.25%) seguido de los siguientes factores de riesgo en el intraparto: parto prolongado con 24 casos (30%), y macrosomía fetal con 5 casos (6.25%).

OROZCO YANZA, Jenny en su tesis “Factores de riesgo de hemorragia postparto en pacientes con puerperio inmediato. Servicio de Ginecología. Hospital Provincial Puyo - Ecuador. 2010”, cuya muestra fue conformada por 43 casos, indicó que los principales factores de riesgo intraparto fueron los desgarros cervical, vaginal-perineal (28%), seguido del parto precipitado (21%), occitococonducción (18%), macrosomía fetal (16%) y 5% por RPM prolongado ⁽¹⁴⁾. Según el Dr. TENA, en su tesis “Complicaciones maternas y morbimortalidad neonatal en el parto del recién nacido macrosómico del Hospital San Juan de Lurigancho, Lima-Perú. 2007”. Nos dice que la principal complicación materna en el parto del recién nacido macrosómico son los desgarros perineales de 2º con 66.6% de casos ⁽²⁰⁾.

TABLA VI

La probabilidad de morir se incrementa en forma importante cuando la mujer llega con anemia al momento del parto; una mujer en estas condiciones puede morir con pérdidas sanguíneas tan bajas como 250 a 500cc. Las estrategias planteadas a nivel mundial para prevenir las muertes por esta causa son diversas y en algunos casos la recomendación es realizar más estudios acerca del tema ⁽⁶⁾.

En el presente trabajo de investigación según Tabla N° VI se evidencia que hubo hemorragia postparto clase I (mayor 500 a 750 cc) en mayor proporción con 96.25%. En relación a la pérdida sanguínea, RUBIO Y GUEVARA refieren que la mediana del volumen sanguíneo recolectado en el parto fue de 454ml. ⁽¹⁸⁾

RENGIFO RIOS en su tesis titulada “Hemorragia postparto en el Hospital de apoyo integrado de Tarapoto, 1992. Identificó (36.8%) de hemorragia postparto Clase I, seguido de (7.3%) de hemorragia clase II y III (1001 a 2500 ml) de 399 casos, de los cuales (55.9%) pertenece a pérdida sanguínea menor de 500 ml. ⁽¹⁹⁾

Existen estudios que muestran una incidencia menor de hemorragia postparto en pacientes que reciben oxitocina en dosis bajas ya sea intravenosa o intramuscular al momento de la salida del hombro anterior y tracción controlada del cordón (alumbramiento activo), en comparación con las pacientes que recibieron oxitocina intravenosa después de la salida de la placenta ⁽¹⁵⁾.

La administración rutinaria de oxióticos durante la tercera etapa del parto disminuye la pérdida de sangre y reduce la probabilidad de hemorragia puerperal en un 40%. Puede usarse oxitocina 10-20 unidades por litro en infusión lenta IV o 10 unidades por vía IM. No debe administrarse en bolo, ya que dosis altas pueden causar hipotensión (más de 5 unidades) ⁽⁷⁾.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. De acuerdo a los resultados obtenidos, la incidencia de hemorragia inmediata post parto vaginal en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el año 2015 fue 5.3%.
2. Las principales causas de hemorragia post parto fueron atonía uterina (63.75%), desgarros perineales (27.5%) y atonía más restos placentarios (3.75%).
3. La frecuencia de anemia anteparto fué de 17.5%, la cual se incrementa en el postparto a 76.25%.
4. Los factores de riesgo predisponentes más importantes de la hemorragia postparto durante el embarazo fueron ausencia de control prenatal (26.25%), gestante adolescente (20%) y anemia (17.5%). Sin embargo se presentó hemorragia postparto (28.75%) sin factores de riesgo.
5. Los factores de riesgo de la hemorragia postparto durante el intraparto fueron parto prolongado (30%) y macrosomía fetal (6.25%). Sin embargo se presentó hemorragia postparto (61.25%) sin factores de riesgo.
6. La hemorragia post parto Clase I (mayor de 500 cc a 750cc) se presentó en mayor proporción (96.25%).
7. Es necesario detectar los factores de riesgo que presentan las gestantes durante el embarazo y en el intraparto para poder evitar y estar preparados ante cualquier complicación.

RECOMENDACIONES

1. Realizar capacitaciones constantes a los profesionales de salud del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz para que estén preparados y cuenten con las habilidades y competencias necesarias para resolver las complicaciones que eventualmente se presenten. Así como detectar tempranamente la presencia de factores de riesgo.
2. Las obstetras deben educar a las gestantes acerca de la importancia del control prenatal.
3. Los profesionales de salud del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz deben asistir a talleres teórico prácticos como Clave Roja, para plantear un adecuado manejo clínico y un correcto uso de medicamentos en el tratamiento de la hemorragia. De esta manera también disminuirá el riesgo de anemia, complicación que se ha observado en altos porcentajes.
4. Se sugiere a las obstetras docentes, tener mayor cuidado al realizar la protección del periné durante el parto vaginal y evitar el exceso de manipulaciones, de tal manera que se pueda disminuir la presencia de trauma perineal.
5. Se sugiere a los profesionales de salud del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz como obstetras y ginecólogos conocer el valor de la hemoglobina previa al parto, ya que las pacientes anémicas son pacientes cuyo estado hemodinámico se comporta diferente al de las pacientes sin anemia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Al-Zirqi, I., Vangen, S., Forsen, L. & Stray-Pedersen, B. (2008) "*Hemorragia obstétrica grave: prevalencia y factores de riesgo de la hemorragia obstétrica grave*". BJOG 2008; 115:1265–1272.
2. Canchila, C.; Laguna, H.; Paternina, A.; Arango, A. & De la Barrera, A. (2009) "*Prevención de la hemorragia post parto*". Universidad de Cartagena, Facultad de Medicina Departamento de Ginecología & Obstetricia, Colombia. Noviembre de 2009.
3. Calle, A., Barrera M & Guerrero, A. (2008) "*Diagnóstico y manejo de la hemorragia postparto*". Rev. Per Ginecol. Obstet. 2008; 54:233-243.
4. Chica, K. (2013) "*Frecuencia de la hemorragia postparto y post cesárea en pacientes del Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano*" (Guayaquil-Ecuador). 2013.
5. Cunningham, F.; Levano K.; Bloom S.; Hauth J. & Wenstrom K. (2006) "*Obstetricia de Williams*" Vigésimo segunda Edición 2006, 35:809-854.
6. Deficiencias fatales (2009) *Las barreras a la salud materna en Perú*. Amnistía Internacional, Julio de 2009:7-19.
7. Guía de prevención y manejo de la hemorragia postparto (2004) *Instituto Materno Perinatal – Maternidad de Lima 2004*.
8. Karlsson H. & Pérez C. (2009) *Hemorragia post parto*. Scielo 2009; 32; 160.
9. López, A. (2013). *Determinación del sangrado durante el parto y factores asociados a hemorragia, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador. Tesis Especialista en Ginecología y Obstetricia*. Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas, Post Grado de Ginecología y Obstetricia. Universidad de Cuenca; 2013.

10. Lugones B. & Ramírez B. (2012) *Hemorragia Posparto, Muerte Materna y Monumento al amor*. Revista Curiosidades. 2012. Vol38.
11. Maternal mortality (2005) *estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank*. Geneva: World Health Organization; 2005.
12. Ministerio de Salud (2005) *Guías clínicas Procedimiento de Obstetricia Hemorragia Post Parto*. Perú.
13. Muñoz, H. (2012) *Incidencia de las complicaciones de la hemorragia postparto en mujeres adolescentes a realizarse en la maternidad Matilde Hidalgo de Procel desde septiembre 2012 a febrero del 2013*.
14. Orozco, J. (2010) "Factores de riesgo de hemorragia post parto en pacientes con puerperio inmediato. Servicio de Ginecología. Hospital Provincial Puyo" (Ecuador).
15. Prendiville, W.; Elbourne, D. & McDonald, S. (2008) "Conducta activa vs. conducta expectante en el alumbramiento". Copyright © John Wiley & Sons Ltd. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2
16. Rivero, M., Avanza, M. & Alegre, M. (2009) *Hemorragia Postparto: Incidencia, Factores de Riesgo y Tratamiento*. Universidad Nacional del Nordeste *Comunicaciones Científicas y Tecnológicas* 2005. M-106.
17. Ramos, B. (2009) *Complicaciones en Pacientes con Puerperio Inmediato atendidas en el Servicio de Ginecología de Hospital Provincial General Docente Riobamba*. Año 2008. 2009.
18. Rubio, R.; Guevara, C. & Gaytán, D. (2010) *Validez de la estimación visual como método diagnóstico de la hemorragia postparto severa en un hospital universitario*. Rev fac med. Bogotá July/Sept. 2010: vol.58:no.3.
19. Rengifo, R. & Meléndez, T. (1992) *Hemorragia Post – Parto en el Hospital de Apoyo Integrado Tarapoto, 1992*.

20. Tena, A. (2007) *Complicaciones maternas y morbimortalidad neonatal en el parto del recién nacido macrosómico del Hospital San Juan de Lurigancho, Lima-Perú. 2007.*



ANEXOS

Número: _____

Apellido: _____

H. Cl.: _____

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
INCIDENCIA DE LA HEMORRAGIA INMEDIATA POSTPARTO VAGINAL EN EL
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL AÑO 2015.**

I. DATOS GENERALES					
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:				EDAD:	
APELLIDOS Y NOMBRES:					
II. ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS					
EG:	Gesta:	Para:	Aborto:	Cesáreas:	Nº de CPN:
Factores de riesgo durante embarazo:					
Hemoglobina:					
Antes del parto:					
Después del parto:					
III. TRABAJO DE PARTO					
Fecha y hora del parto:					
Factores de riesgo intraparto:					
Tiempo del Trabajo de Parto:					
Tiempo de Fase Latente :			Tiempo de Fase Activa:		
Tiempo de Expulsivo:					
Tiempo de Alumbramiento:					
Manejo Activo del Alumbramiento:					
Pérdida sanguínea total:					
Clase I: 500 a 750cc.			Clase III: Mayor de 1500 a 2000		
Clase II: Mayor 750cc a 1500cc.			Clase IV: +2000cc		
IV. CAUSAS DE HEMORRAGIA INMEDIATA POST PARTO.					
1.					
2.					
3.					
V. FÁRMACOS PARA TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA POST PARTO					
FÁRMACO	VIA	DOSIS	DURACION		
VI. MANEJO DE LA HEMORRAGIA POST PARTO					

