

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN- MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**TESIS MONOGRÁFICA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y
CIRUGÍA**

**TEMA: “FACTORES ASOCIADOS A LA MORBI-MORTALIDAD POR HEMORRAGIA POST
PARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ASUNCIÓN DE JUIGALPA
EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO-DICIEMBRE DE 2013.”**

AUTORES:

- **BACHILLER : ELIANNE KATERINA PLAZAOLA OSORIO**
- **BACHILLER: CARLOS ARMANDO RODRÍGUEZ ACEVEDO**

**TUTOR METODOLÓGICO: DRA. MARIANELA CORRIOLS MOLINA
MSP, PHD
ASESORA EN METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**TUTOR CLÍNICO: DR. ESAU LAZO GONZALEZ
ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA
JEFE DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA HRAJ**

JUIGALPA 25 de NOVIEMBRE 2014

Dedicatoria

“A nuestros padres y abuelos”

Agradecimientos

Primeramente a Dios por permitirnos alcanzar esta meta y culminar esta etapa de nuestra vida profesional, por guiarnos paso a paso en el largo camino de nuestra carrera para poder lograr nuestros objetivos.

A nuestros padres y abuelos por habernos apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que nos ha permitido ser personas de bien, por los ejemplos de perseverancia y constancia que nos han infundado siempre. Y a todos aquellos que ayudaron directa o indirectamente a realizar este documento.

A nuestros maestros y tutores por su motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales, por el apoyo brindado en este trabajo, por habernos transmitido los conocimientos obtenidos de sus experiencias y llevarnos paso a paso en el aprendizaje.

Opinión de la tutora

El estudio *Factores asociados a la morbi-mortalidad por hemorragia post parto en mujeres atendidas en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa (HRAJ) en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013* realizado por los Brs. *Elianne Katerina Plazaola Osorio y Carlos Armando Rodríguez Acevedo* constituye una importante contribución de los autores para mejorar el conocimiento de una de las intervenciones clave en la prevención de la muerte materna, el manejo adecuado de la hemorragia post-parto.

El estudio describe los factores maternos para la HPP en el HRAJ en un periodo de un año, con una incidencia estimada de 1.02% en 4596 partos. Provee información socio-demográfica y obstétrica, así como de la calidad de llenado de la HCPB. La paciente típica tiene entre 14 y 19 años, de procedencia rural, católica, ama de casa, acompañada y con escolaridad baja. Brinda información sobre antecedentes personales, patológicos y obstétricos importantes como anemia, primiparidad, antecedentes de aborto y cesáreas previas. Brinda información sobre el acceso a los servicios sanitarios, tales como CPN y parto institucional. Confirma las principales causas asociadas en el parto (pre-eclampsia grave y moderada, hipertensión gestacional, APP, DPPNI y RPM), durante el parto (traumas del canal) y postparto (hipotonía-atonía uterina, persistencia de restos ovulares, mixtas, coagulopatías). De alta relevancia para la evaluación de los servicios sanitarios es la todavía baja implementación del MATEP, de solo 83%, y de otras intervenciones relevantes, como el apego precoz.

Los autores cumplen con la justificación de su estudio de “*conocer las características socio-demográficas y otros factores antenatales, de la atención del parto y postnatales que influyen en las mujeres que presentan HPP*”. El Ministerio de Salud y las autoridades universitarias, deberían tomar medidas a partir de las conclusiones de este estudio, basadas en la evidencia de los factores más frecuentes y la insuficiente aplicación de las normas terapéuticas, y su potencial riesgo para la ocurrencia de muertes maternas, y considerar las recomendaciones de los autores de mantener la prevención a nivel primario y la atención de calidad a nivel secundario.

Reconocemos que los autores cumplieron sistemáticamente con las orientaciones metodológicas brindadas a través de la asesoría virtual facilitada por la Facultad de Ciencias Médicas.

Dra. Marianela Corriols

Asesora en Metodología de Investigación

Escuela de Medicina, UNAN Managua

Resumen

El presente estudio se realizó en el Hospital de referencia regional, Asunción de Juigalpa, en el servicio de Maternidad, donde se atendieron a las parturientas (parto vaginal o cesárea) diagnosticadas con Hemorragia Post Parto en el período de enero a diciembre de 2013; con el objetivo de identificar los principales factores asociados a la morbi-mortalidad materna causada por esta complicación obstétrica.

El tipo de estudio es descriptivo transversal, la fuente de información fueron los expedientes clínicos. El universo de estudio fueron 47 pacientes con HPP de los 4596 partos que se atendieron en ese período. Los 47 pacientes cumplieron con los criterios establecidos en el estudio.

Se estimó una incidencia del 1.02% de HPP. No hubo mortalidad por esta causa en este período.

Las pacientes con HPP se caracterizaron por tener entre 14 y 19 años (44.68%), ser de procedencia rural (59.57%), católicas (85.11%), con escolaridad primaria (55.32%) y acompañadas (51.05%).

En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos encontramos que la mayoría de pacientes fueron primíparas (53.19%), nunca habían tenido un aborto (93.62%) y no habían tenido cesáreas anteriores (95.74%).

La mayoría (91.49%) no tenían patologías previas, cursaban con anemia (51.06%) y tenían normopeso (55.32%). La mayor parte tuvieron de 1-4 CPN (44.68%).

En general los partos iniciaron espontáneamente (76.6%) y fueron atendidos institucionalmente (70.22%). Un poco más de la mitad de las mujeres recibieron medicación durante el parto (51.06%).

Una minoría de las pacientes presentaron patologías asociadas (27.66%). De ellas la mayoría presentaron pre eclampsia (14.88%).

Casi en todos los casos se cumplió el MATEP (82.98%) y casi todos fueron atendidos por médicos (74.47%)

La etiología más frecuente de HPP fue la atonía uterina (55.32%). Una minoría de las mujeres terminaron en histerectomía abdominal total (21.27%).

Concluimos que la Hemorragia postparto continua siendo un problema de suma importancia para todas las mujeres que cursan con un embarazo ya que si bien es cierto hay factores asociados que pueden ser agravantes al momento de presentar este evento, no hay datos específicos que nos permitan prever quien presentará una hemorragia posterior al parto, por lo que es necesario tratar de prevenirla en todos los casos y tener personal capacitado para resolver esta complicación obstétrica al momento que esta se presente.

Recomendamos entre otras cosas promover la realización de estudios sobre factores asociados a Hemorragia Post Parto en los diferentes hospitales de referencia regional en todo el país, para una vez identificados, incidir sobre ellos y aportar a la disminución de la morbi-mortalidad por HPP.

Contenido	
Opinión de la tutora.....	2
Resumen	3
Lista de Acrónimos.....	7
TEMA.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
ANTECEDENTES.....	12
Antecedentes a Nivel Mundial.....	12
Antecedentes a Nivel Regional (Latinoamérica):.....	14
Antecedentes a Nivel Nacional	16
JUSTIFICACIÓN	17
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
OBJETIVOS.....	19
Objetivo General.....	19
Objetivos Específicos.....	19
MARCO TEÓRICO	20
Definición	21
Clasificación.....	21
Etiología	22
Factores de riesgo.....	24
Historia Clínica Perinatal (HCP).....	25
Diagnóstico.....	26
Manejo y Tratamiento	29
Manejo específico según etiología	30
Estrategias y acciones para disminuir la mortalidad materna a nivel de SILAIS Chontales.....	32
Principales estrategias	32
Complicaciones	34
Control y seguimiento.....	34
MATERIAL Y MÉTODOS	36
• Área de estudio:.....	36
• Población de estudio:.....	36
• Período de estudio:.....	36

• Tipo de estudio:	36
• Fuente de información:.....	36
• Universo:	36
• Muestra:.....	36
• Unidad de análisis:	36
• Criterios de selección para la muestra:.....	36
• Técnicas y procedimientos:.....	37
• Plan de tabulación y análisis:	37
• Plan de análisis:	37
RESULTADOS	47
Morbi-mortalidad	47
Características socio demográficas	47
Riesgos maternos.....	47
Etiología de la HPP	49
Clasificación de la HPP	49
Complicaciones de la HPP	49
DISCUSIÓN	50
Limitaciones Metodológicas	52
CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES.....	55
A los padres.....	55
Al personal de salud y comunidad	55
Al Hospital Regional Asunción Juigalpa.....	56
Al Ministerio de Salud y SILAIS.....	56
BIBLIOGRAFÍA.....	57
ANEXOS.....	60
Ficha de recolección de datos.....	60
Tablas de resultados.....	62
Gráficos	78

Lista de Acrónimos

- AGO: Antecedentes Gineco-obstétricos
- APN: Atención Prenatal
- APP: Antecedentes Personales Patológicos
- CID: Coagulación Intravascular Diseminada
- CPN: Control Prenatal
- ECMAC: Estrategia Comunitaria de Entrega de Métodos Anticonceptivos
- ESAFC: Equipo de Salud Familiar y Comunitaria
- HBCR: Hospital Berta Calderón Roque
- HCP: Historia Clínica Perinatal
- HFVP: Hospital Fernando Vélez Paiz
- HPP: Hemorragia Post Parto
- HRAJ: Hospital Regional Asunción Juigalpa
- HRSJ: Hospital Regional Santiago Jinotepe
- IM: Intramuscular
- IMC: Índice de Masa Corporal
- IV: Intravenoso
- MATEP: Manejo activo del tercer período del parto
- MINSA: Ministerio de Salud
- MOSAFC: Modelo de Salud Familiar y Comunitaria
- MPF: Métodos de Planificación Familiar
- OMS: Organización Mundial de la salud
- PTI: Purpura Trombocitopénica Idiopática

- SILAIS: Sistemas Locales de Atención Integral de Salud
- TP: Tiempo de Protrombina
- TPT: Tiempo Parcial de Protrombina
- UI: Unidades Internacionales

TEMA

“Factores Asociados a la Morbi-mortalidad por Hemorragia Post Parto en Mujeres Atendidas en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el Período Comprendido entre Enero-Diciembre de 2013.”

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, siendo inaceptablemente alta en nuestros días. A nivel mundial diario mueren aproximadamente 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto.¹

El 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, principalmente a zonas con inequidades en el acceso a los servicios de salud; siendo las mujeres adolescentes con menos de 15 años las que corren mayor riesgo de mortalidad. La reducción y mejora de este problema es uno de los ocho objetivos de desarrollo del milenio adoptados por la comunidad internacional en el año 2000.

Dentro de los factores que contribuyen a disminuir la morbi-mortalidad materna y al mismo tiempo a ser soluciones sanitarias para prevenir y tratar las complicaciones gravídicas, se encuentran el acceso a las unidades de salud, las cuales deben de prestar todas las condiciones requeridas para garantizar una adecuada atención prenatal, seguimiento, vigilancia y monitoreo del embarazo, parto y hasta el puerperio; así como también la presencia de personal sanitario debidamente capacitado para tratar estas situaciones.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 529,000 mujeres mueren anualmente a causa de Hemorragia Post Parto (HPP), representando el 25-60% de todas las muertes maternas a nivel mundial. En Latinoamérica constituye la segunda causa de mortalidad materna con un 20.8% tras la enfermedad hipertensiva gestacional.²

Debido a lo anterior, en el presente trabajo se pretende identificar los principales factores asociados al incremento de la morbi-mortalidad por hemorragia postparto en las mujeres atendidas en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa (HRAJ) en el período comprendido entre Enero- Diciembre de 2013, con el fin de crear estrategias y planes de acción que sirvan para incidir en la disminución de la misma, no sólo en este hospital sino también en todos aquellos lugares en donde haya un alto porcentaje de esta complicación del parto.

Los resultados obtenidos en este estudio pretenden ayudar a mejorar la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, identificando e incidiendo en la modificación temprana de los factores que puedan predisponer al desarrollo de HPP, mejorando la calidad de vida de las pacientes, reduciendo los gastos económicos del sistema público al permanecer por menos tiempos las pacientes ingresadas en las unidades de salud, evitando la sobresaturación de las unidades hospitalarias y disminuyendo la carga asistencial al personal de salud que se encuentra en contacto directo con estas pacientes.

ANTECEDENTES

Antecedentes a Nivel Mundial

Varios estudios han intentado estimar la carga global de Hemorragia Post Parto. AbouZahr (2003) estimó que la HPP severa tenía una prevalencia global de 10.5% entre mujeres que tenían un nacido vivo para el año 2000.³

En la India, Geller et al. (2008) realizaron un estudio entre los años 2002-2005, utilizando los datos de 1620 mujeres del área rural, de las cuales 9.2% experimentaron HPP. Ningún factor materno o socio demográfico y muy pocos factores perinatales difirieron entre mujeres con y sin HPP. El tener menos de cuatro controles prenatales y la falta de hierro suplementario aumentó el riesgo de HPP. Varios factores desconocidos hasta el segundo período del parto (desgarro perineal, el peso del producto) también estuvieron asociados. Este estudio concluyó que debido a que la HPP puede ocurrir sin advertencia, las comunidades rurales deben considerar maneras de incrementar la prevención primaria y secundaria de ésta.⁴

Un estudio publicado en 2009, realizado por Knight et al. encontró evidencia de una tendencia de aumento en la HPP en Australia, Canadá, Reino Unido y EEUU entre 1991 y 2006. Los autores sugieren que este incremento puede deberse a los altos niveles de obesidad, los cambios en el manejo del parto y la mayor tolerancia a la más larga duración de la labor ante parto.⁵

En el año 2004 en Egipto, 2 510 embarazadas fueron reclutadas durante un período de 6 meses para un estudio prospectivo publicado en 2011 por Prata et al. en el que se encontraron 93 casos de HPP primaria. En modelos multivariados, la hemoglobina anteparto, antecedente de HPP y trabajo de parto prolongado fueron asociados significativamente con HPP. Los estimados de probabilidad posteriores al modelo mostraron que incluso entre mujeres con tres o más factores de riesgo, la HPP sólo pudo ser predicha en 10% de los casos. Este estudio concluyó que la probabilidad predictiva de los factores de riesgo anteparto e intraparto para HPP es muy baja. Por esta razón la prevención de HPP está altamente recomendada en todas las mujeres.⁶

En una revisión sistemática de estudios publicados entre 1997 y 2002, suplementados por una búsqueda menos comprensiva de la literatura entre 2003 y 2006, Carroli et al. (2012) encontraron una prevalencia global de HPP ≥ 500 ml de 6.09% y de HPP ≥ 1000 ml de 1.86%. Esta revisión también examinó la prevalencia de HPP por región revelando marcadas diferencias. La prevalencia de HPP ≥ 500 ml varió de 2.55% en Asia hasta 10.45% en África. Sin embargo, Carroli et al. encontraron una alta heterogeneidad entre estudios dentro de cada región.⁷

La revisión sistemática de Calvert et al. publicada en 2012 estimó que la prevalencia global de HPP es de 10.8% y de HPP severa de 2.8%. Estos resultados son más altos que los estimados por Carroli et al, aunque, para HPP severa, más bajos que el estimado de AbouZahr de 10.5%. Es plausible que estos resultados hayan sido más altos que los de Carroli et al. debido a un genuino incremento en la HPP. Las mujeres asiáticas tuvieron muy baja prevalencia de HPP severa en comparación con las mujeres europeas, mientras que las mujeres norte americanas tuvieron la mayor prevalencia. La obesidad ha sido implicada como factor de riesgo para HPP, y una proporción sustancialmente más baja de mujeres en Asia son obesas en comparación con las europeas. Asimismo la más alta prevalencia de HPP severa en América puede deberse a los altos niveles de obesidad y a la edad materna más avanzada en esta región. Este trabajo tomó en cuenta las fuentes de heterogeneidad entre estudios.⁸

Entre el año 2004 y 2006 Khireddine et al. estudiaron cuatro mil cuatrocientas mujeres que dieron a luz en 106 unidades de salud francesas y concluyeron en el año 2013 que aún en mujeres con bajo riesgo, la inducción del trabajo de parto, sin importar el método utilizado, está asociado con un mayor riesgo de HPP que el trabajo de parto espontáneo. Sin embargo, no hubo riesgo excesivo de HPP en mujeres que fueron sometidas a inducción de trabajo de parto por razones no estándar. Esto plantea la hipótesis de que el mayor riesgo de HPP asociada con la inducción del trabajo de parto puede estar limitado a situaciones obstétricas no favorables.⁹

Palmsten (2013) realizó un estudio que incluyó a 106 000 mujeres estadounidenses embarazadas entre 12 y 55 años, con diagnóstico de desórdenes del ánimo o ansiedad, en el que concluyó que la exposición a inhibidores de la recaptación serotoninérgicos y no serotoninérgicos, cercana al momento del parto incrementó de 1.4 a 1.9 veces el riesgo de Hemorragia Post Parto. Si bien la confusión potencial por otros factores no estudiados no puede ser desestimada, los hallazgos de este estudio sugieren que las pacientes tratadas con antidepresivos durante la etapa tardía del embarazo están más propensas a experimentar HPP.¹⁰

Schmidt auf Altenstadt et al. (2013) en su estudio realizado en Holanda del año 2000 al 2008 demostraron que la prevalencia de HPP fue de 4.3% y la de pre-eclampsia de 2.2%. De las 31 560 mujeres con pre-eclampsia 2 347 (7.4%) desarrollaron HPP, comparadas con 60 517(4.2%) de las 1 426 016 mujeres sin pre-eclampsia. Concluyeron que las mujeres con pre-eclampsia tienen 1.53 veces más riesgo para HPP. La conclusión a la que llegó este estudio fue que los médicos deben estar al tanto de esto y usar este conocimiento en el manejo de la pre eclampsia y de la tercera etapa del parto con el fin de alcanzar la quinta Meta del Milenio de reducir las tasas de mortalidad materna para el 2015.¹¹

Antecedentes a Nivel Regional (Latinoamérica):

Philippe y colaboradores (Cuba, 2007), realizaron un estudio prospectivo, longitudinal y comparativo de la técnica de alumbramiento con la técnica de mínima intervención en la fase de parto en 110 pacientes, resultando que 3% de las que fueron asistidas durante la tercera etapa tuvieron pérdidas de 500ml de sangre en promedio. La duración del tercer periodo del parto disminuyó en 13% al comparar el manejo activo con el manejo expectante.¹²

Sosa et al. (2009) concluyeron en su estudio prospectivo llevado a cabo entre el año 2003 y 2005 en 2 unidades de maternidad en Argentina y Uruguay, que muchos de los factores de riesgo para la Hemorragia Post Parto inmediata en estas poblaciones suramericanas están relacionados a complicaciones del segundo y tercer período del parto. HPP moderada y severa ocurrió en 10.8% y 1.9% de los partos vaginales respectivamente. Los factores de riesgo más fuertemente asociados y la incidencia de HPP moderada en las mujeres con cada uno de estos factores fue: placenta retenida (33.3%), embarazo múltiple (20.9%), episiotomía (16.2%) y la necesidad de sutura perineal (15%). El manejo activo del tercer período del parto, la multiparidad y un producto de bajo peso al nacer, fueron encontrados como factores protectores. La HPP severa fue asociada con retención placentaria (17.1%), embarazo múltiple (4.7%), macrosomía (4.9%), trabajo de parto inducido (3.5%) y la necesidad de sutura perineal (2.5%).¹³

Irati Griselda et al. (Argentina, 2011) realizaron una búsqueda bibliográfica concluyendo que los factores de riesgo más determinantes para la Hemorragia Post Parto son la anemia, el trabajo de parto prolongado, la macrosomía fetal y el intervalo intergenésico corto. Las causas más frecuentes de HPP fueron la atonía uterina (70%), la retención placentaria, los desgarros y/laceraciones del canal de parto.¹⁴

Hernández (El Salvador, 2011) estudió el manejo de HPP encontrando que de 40 casos solo en el 62.5% se había cumplido el manejo activo del tercer periodo del parto. Además evidenció el correcto manejo médico de atonía uterina en la totalidad de los casos.¹⁵

Antecedentes a Nivel Nacional

Martínez Castro (Managua, HFVP, 2004) estudió el MATEP en 355 pacientes sin HPP y el manejo de 12 casos de HPP. La mayoría de las pacientes presentaban factores de riesgo durante el embarazo siendo los más frecuentes bajo nivel socioeconómico, nuliparidad, edades adolescentes, multiparidad, CPN deficiente, infección de las vías urinarias, entre otros. Las principales causas de hemorragia posparto la constituyeron la hipotonía uterina, desgarro del canal del parto y retención de restos placentarios, siendo los fármacos más utilizados en este tratamiento oxitocina UI, dextrosa al 5%, Hartman y medidas no farmacológicas en todos los casos de HPP (masajes, legrado y reparación del desgarro). Encontró que en la mayoría de los partos se cumplió con el MATEP, siendo los médicos residentes del III año quienes cumplen mayormente con la técnica. La frecuencia de HPP fue menor que la preexistentes en otros estudio de este hospital (3.2%) No se realizó ninguna histerectomía, ni hubo muerte materna por HPP en el período de estudio.¹⁶

Arauz Téllez (Managua-HBCR, 2011) estudió 206 pacientes con HPP para un **3.7%** de incidencia, cifra superior a la encontrada por Martínez (HFVP2004), principalmente por atonía uterina (51%). La edad promedio de las pacientes estaba entre 15 y 19 año. El grupo más grande de mujeres atendidas eran nulíparas, 54 pacientes para un 42,2%. Encontró que el porcentaje de cumplimiento del manejo activo del tercer periodo del parto y manejo médico de la hemorragia posparto se cumplió correctamente en un 97.6%.¹⁷

En el estudio realizado en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe (HRSJ), Carazo en el período junio 2012 a junio 2013, Largaespada, Rivalainez y Mena identificaron 25 casos de Hemorragia Post Parto entre 2532 partos atendidos, para una incidencia de esta complicación obstétrica del 1%. Entre las características de las pacientes encontraron la prevalencia de edades entre 14 y 19 años, la procedencia urbana, ocupación ama de casa y la nuliparidad, sin patologías previas asociadas. Concluyeron que la HPP es todavía un problema muy importante para la salud materna en Nicaragua, y que si bien hay importantes avances en la aplicación de los protocolos terapéuticos y de egreso, hay áreas para mejorar, especialmente en la articulación con programas preventivos y el cumplimiento de algunos parámetros específicos.¹⁸

JUSTIFICACIÓN

Aunque los adelantos médicos han reducido de forma drástica los peligros del parto, la muerte por hemorragia todavía es una de las principales causas de mortalidad materna.¹⁹

En muchos países desarrollados, la aparición de esta complicación obstétrica es una razón principal de ingresos de embarazadas a unidades de cuidados intensivos; en países con menos recursos, la contribución de ésta a la mortalidad materna es aún más impresionante.¹⁹

En Nicaragua la hemorragia post parto es la segunda causa de mortalidad materna y está asociada de manera significativa a otras patologías que desarrollan las mujeres que sobreviven a ella.

La morbi-mortalidad por dicho suceso tiene un impacto negativo en la sociedad nicaragüense a diversos niveles: desintegración familiar y orfandad, pérdida de mujeres en edades económicamente activas, disminución de la calidad de vida de las mujeres, incremento en los gastos y carga asistencial dentro del sistema de salud, entre otros.

Con el presente estudio se pretende conocer las características socio-demográficas y otros factores antenatales, de la atención del parto y postnatales que influyen en las mujeres que presentan HPP, así como la incidencia, letalidad y mortalidad de esta patología.

Decidimos realizar este estudio en el Hospital Asunción de Juigalpa ya que es de referencia regional, por consiguiente los resultados aportarán datos relevantes a la estadística nacional. A su vez esta unidad cumple una labor docente que contribuirá a disminuir esta complicación detectando los factores de riesgo de manera temprana.

Una vez identificados dichos factores podrán realizarse acciones concretas para su modificación, con el fin de lograr la reducción de los casos de HPP en nuestro medio; mejorando la atención y calidad de los servicios y beneficiando de esta manera a las mujeres en edad reproductiva, a las familias nicaragüenses, al sistema de salud y al personal sanitario en estrecho contacto con las usuarias.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los principales factores asociados a la morbi-mortalidad por Hemorragia Post Parto en las mujeres atendidas en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013?

OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar los principales factores asociados a la morbi-mortalidad materna causada por hemorragia postparto en mujeres atendidas en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013.

Objetivos Específicos-

1. Examinar la incidencia de la morbi-mortalidad por Hemorragia Post Parto.
2. Conocer las principales características socio-demográficas de las mujeres que sufrieron Hemorragia Post Parto.
3. Determinar los factores maternos (antenatales, de atención del parto y postnatales) e individuales relacionados con la Hemorragia Post Parto.
4. Identificar las causas más frecuentes de Hemorragia Post Parto y su clasificación.

MARCO TEÓRICO

Los países en desarrollo poseen el 76% de la población del mundo y aportan el 99% de las muertes maternas (OMS). América Latina contribuye en un 4% del total de mujeres que fallecen por esta causa (22 000 defunciones).²⁰

En Latinoamérica y el Caribe la mayoría de las hemorragias obstétricas graves que se producen durante las primeras dos horas del parto son una de las principales causas directas de muerte materna constituyendo el 20.8%. Estas muertes que son evitables se producen principalmente donde no están garantizadas las condiciones obstétricas y neonatales esenciales para la atención del parto.²¹

En Nicaragua la mortalidad materna es uno de los principales problemas de salud pública, aun cuando los esfuerzos emprendidos por el Ministerio de Salud (MINSAL) y la cooperación internacional durante las últimas décadas han contribuido a reducir las cifras de este problema pasando de una tasa de 159 en el año 1989 a 119 por 100 000 nacidos vivos en el año 2005. Sin embargo el esfuerzo es insuficiente ya que mueren anualmente un promedio de 144 mujeres en edad reproductiva, sin incluir un importante sub-registro de casos que se calcula en un 30%.²⁰

Más del 70% de las muertes maternas ocurridas en el país provienen de áreas rurales y casi la mitad de las mujeres tienen de 20 a 34 años. Los principales departamentos afectados son la RAAN, Río San Juan, Jinotega, Matagalpa y Chontales. La mayor parte de muertes ocurren en el postparto por causas obstétricas directas y de ellas las principales patologías son el síndrome hipertensivo gestacional, la hemorragia y la sepsis.²⁰

Definición

La Hemorragia Post Parto es una descripción de un suceso más que un diagnóstico, y cuando se encuentra, es necesario determinar su causa.¹⁹

Tradicionalmente la HPP se ha definido como la pérdida de más de 500 ml de sangre después de completado el tercer periodo del trabajo de parto por la vía vaginal, y de más de 1000 ml por la vía abdominal.^{19 22}

El volumen sanguíneo de una embarazada con hipervolemia normal inducida por el embarazo regularmente aumenta 30 a 60%. Esto corresponde a 1500 a 2000 ml para una mujer de tamaño promedio. Una mujer con embarazo normal tolera una pérdida de sangre en el momento del parto que se aproxima al volumen de sangre que añadió durante la gestación, sin que el hematocrito postparto disminuya de forma notoria.¹⁹

La cuantificación de la pérdida de sangre es notoriamente subestimada, a menudo la mitad de la pérdida real.

La cantidad de sangre que puede perder una parturienta sin alterar su equilibrio hemodinámico es variable; depende de la cantidad y la velocidad de sangre extravasada y del nivel de hemoglobina y estado de hidratación previo. El riesgo de shock hipovolémico está aumentado en mujeres con anemia ferropénica no corregida en el embarazo.²¹

Clasificación²⁰

- **Hemorragia Post Parto inmediata:** Es la que se produce en las primeras 24 horas posteriores al nacimiento.
- **Hemorragia Post Parto tardía (o del puerperio propiamente dicho):** Es la que se produce después de las 24 horas, hasta los diez primeros días de ocurrido el nacimiento.
- **Hemorragia del puerperio alejado:** Es la que se produce después de los primeros diez días, hasta los 45 días posteriores al nacimiento.
- **Hemorragia del puerperio tardío:** Es la que se produce después de los 45 días hasta los 60 días posteriores al nacimiento.

Etiología^{2 21 23}

Existen múltiples maneras de catalogar la etiología de las hemorragias posteriores al parto, sin embargo éstas se pueden simplificar en las 4 T:

- a) **TONO** (hipotonía, atonía)
- b) **TRAUMA** (desgarros y laceraciones)
- c) **TEJIDO** (retención de restos)
- d) **TROMBINA** (alteraciones de la coagulación)

Alteraciones del tono uterino (70%): La incapacidad del útero para contraerse de manera apropiada después del parto es la causa más frecuente de HPP, ésta puede ocurrir cuando existe:

- I. Sobredistensión uterina.
- II. Agotamiento de la musculatura uterina.
- III. Infección, Corioamnionitis.
- IV. Anomalía uterina.
- V. Fármacos útero-relajantes.

Trauma (15 %): Se producen generalmente luego de un parto precipitado o por maniobras incorrectas en la atención del mismo y en algunas operaciones obstétricas. Estas lesiones se pueden presentar en todo el canal (periné, vulva, vagina, cuello y cuerpo del útero)

- I. Laceración cervico-vaginal.
- II. Prolongación de la histerotomía en la cesárea.
- III. Ruptura uterina
- IV. Inversión uterina
- V. Desgarros vulvo-perineales

Retención de tejidos postparto (10 %): Es la falta de separación parcial o total de la placenta y su contenido, en la mayoría de los casos, obedeciendo a la realización de maniobras intempestivas durante el alumbramiento, dejando adheridos uno o varios cotiledones o restos de membranas. De igual manera puede deberse a la inserción anormal de una parte o de toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal y anomalías de la caduca verdadera, con penetración de las vellosidades coriales hasta el miometrio.

- I. Retención de restos (placenta, membranas).
- II. Alumbramiento incompleto.
- III. Acretismos placentarios.

Alteraciones de la coagulación o coagulación intravascular diseminada CID (5%): Se caracteriza por la activación patológica de la coagulación, que determina excesiva formación intravascular de fibrina con obstrucción de la microcirculación y lesiones isquémicas de diversos tejidos, además de la degradación anormal de factores de coagulación incrementando las tendencias de hemorragias graves y accidentes tromboembólicos.

- I. Alteraciones de la coagulación preexistentes.
- II. Alteración adquirida durante la gestación.

Factores de riesgo²²

Múltiples factores de riesgo tienen una relación estrecha con la aparición de HPP por lo que es fundamental identificar de manera temprana las condiciones que pueden predisponer a las embarazadas a presentar el evento.

	Proceso etiológico	Factores de riesgo
Tono (Atonía uterina)	-Útero sobre distendido	-Polihidramnios -Gestación múltiple -Macrosomía
	-Cansancio del músculo uterino	-Parto rápido -Parto prolongado -Alta paridad
	-Infección intraamniótica	-Fiebre -Ruptura prematura de membranas prolongada
	-Alteración anatómica o funcional del útero	-Miomias -Placenta previa -Anomalías uterinas
Tejido (retención de productos)	-Placentario	-Expulsión incompleta de la placenta -Cirugía uterina previa -Paridad alta -Placenta anómala
	-Coágulos	-Útero atónico
Trauma (lesión del canal vaginal)	-Desgarro en canal blando	-Parto precipitado -Parto operatorio
	-Desgarro en cesarean	-Mala posición -Gran encajamiento
	-Rotura uterina	-Cirugía uterina previa
	-Inversión uterina	-Gran paridad -Placenta fúndica

Trombina de la coagulación (alteraciones de la coagulación)	-Previas: Hemofilia A, Enfermedad de Von Willebrand	-Coagulopatías -Hepatopatías
	-Adquirida del embarazo: plaquetopenia de la pre eclampsia, PTI, CID (pre eclampsia, muerte intra útero, infección severa, desprendimiento prematuro de placenta, embolia de líquido amniótico).	-Sangrado con el rasurado -Muerte fetal -Fiebre, leucocitosis -Hemorragia ante parto -Inestabilidad aguda
	Anti coagulación terapéutica	Estudio de Coagulación

Historia Clínica Perinatal (HCP)

Existen condiciones no gravídicas que influyen de manera indirecta en el incremento de mortalidad por HPP siendo una de las más determinantes la ausencia de control prenatal. La existencia de una guía asistencial prenatal y su correcta aplicación para el control de la gestación es esencial en todo programa de salud materno infantil, garantizando que todas las mujeres embarazadas tengan acceso a un control prenatal precoz, periódico, integral y extenso.²²

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad y contenidos tiene como principal objetivo disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, en base a la aplicación de una serie de exámenes rutinarios (clínicos, ecográficos y analíticos), que permitan prevenir riesgos potenciales para la gestación detectando y tratando de forma precoz trastornos acontecidos en el curso de la misma. Así mismo debe facilitar la identificación de aquellos embarazos que presenten criterios de alto riesgo materno fetales con el fin de derivar, según los niveles de resolución institucional, de manera temprana y oportuna a las pacientes para facilitarles una asistencia obstétrica más adecuada.²⁴

Es ideal que el primer control prenatal se realice de manera precoz antes de las 13 semanas de gestación, identificando y evaluando los antecedentes patológicos familiares y personales que no se hayan tratado ni controlado. De igual manera se debe investigar la historia familiar de alteraciones de la coagulación, sangrados excesivos posteriores a procedimientos quirúrgicos o menstruaciones muy abundantes. Se debe conocer si la paciente ingiere de manera rutinaria algún medicamento anticoagulante como cumarina o warfarina, antidepresivo o cualquier otro tipo de fármaco que se relacione con la aparición e incremento de hemorragias. Además deben reconocerse las edades extremas (<20 años o >35 años), paridad (≥ 4 gestaciones), cálculo de índice de masa corporal (IMC < 20 ó > 30), presencia de anemia, entre otros que representen un alto riesgo materno y fetal para complicaciones durante el desarrollo del embarazo, parto y puerperio.^{21 25}

Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud de la paciente, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir y el lugar en el que ésta ha de realizarse, por personal debidamente capacitado según corresponda.

“Independientemente de los factores de riesgo toda mujer está expuesta a presentar hemorragia del alumbramiento y postparto”

Diagnóstico^{2 20}

El diagnóstico tiene que establecerse de manera temprana, tomando en cuenta los factores de riesgo que presentaba la paciente antes del parto y su relación con las diferentes causas de hemorragia postparto. Deben valorarse además del sangrado transvaginal, la presencia de signos y síntomas característicos que aparecen según la etiología.

Manifestaciones iniciales y otros signos y síntomas típicos	Signos y síntomas que a veces se presentan	Diagnóstico probable	Frecuencia y Etiología
Hemorragia post parto inmediata Útero blando y no retraído	Taquicardia Hipotensión	Atonía uterina	(70%) Causa: Anomalía de la Contractilidad

Hemorragia post parto inmediata	Placenta íntegra Útero contraído	Desgarros del cuello uterino, vagina o periné	(20%) Causa: Traumática
No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal Dolor intenso	Inversión uterina visible en la vulva Hemorragia post parto inmediata	Inversión uterina	
Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la ruptura). Hemorragia post parto inmediata (el sangrado es intraabdominal y/o vaginal)	Abdomen doloroso: Shock Taquicardia No se expulsa la placenta	Ruptura uterina	
No se expulsa la placenta dentro de los 15 minutos después del parto con manejo activo y 30 minutos con el alumbramiento espontáneo	Útero contraído	Retención de placenta	(10%) Causa: Retención de Productos de la gestación
Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas	Hemorragia postparto inmediata Útero contraído	Retención de restos placentarios	
Sangrado leve que continúa luego de 12 horas después del parto. Útero más blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto	Sangrado variable (leve o profuso, continuo o irregular) Anemia	Retención de restos placentarios	

Sangrado no cede a medidas anteriores	Prueba de coagulación junto a la cama.	Alteraciones de la coagulación	Coagulopatías
Sangrado en sitios de punción	Fibrinógeno <100 mg/dl		
No formación de coágulos sanguíneos	Plaquetas disminuidas TP y TPT prolongados		

"Se sugiere que cualquier pérdida sanguínea que tenga el potencial de producir inestabilidad hemodinámica, puede considerarse como una HPP. Su repercusión está determinada por las condiciones físicas de la parturienta, una mujer con hemoglobina normal, tolera una pérdida de sangre que probablemente puede ser mortal para una mujer con anemia considerable"

En el parto la mujer está expuesta inevitablemente, por una situación de pérdida sanguínea de intensidad variable. Las hemorragias graves como se ha mencionado anteriormente son una de las principales causas de muerte materna en todo el mundo ocurriendo éstas en el período puerperal inmediato principalmente en las primeras cuatro horas, en donde el sangrado puede producirse a un ritmo lento durante varias horas y puede que la afectación no se detecte hasta que la mujer entre en shock.

"Las consecuencias de una hemorragia inmediata posterior al nacimiento pueden ser anemia aguda, shock hipovolémico y muerte materna"

Hallazgos físicos en el shock hipovolémico

Hallazgos físicos	Leve (clase I)	Moderada (clase II-III)	Severa (clase IV)
Piel	Palidez, extremidades frías, llenado capilar lento, venas subcutáneas colapsadas.	Palidez, extremidades frías, llenado capilar lento, venas subcutáneas colapsadas.	Palidez, extremidades frías y pegajosas, llenado capilar lento, venas subcutáneas colapsadas.

Conciencia	Normal	Ansiosa	Agitada o inquieta, /confusión, sensibilidad al dolor atenuada
Frecuencia Cardíaca	Normal	Taquicardia	Taquicardia
Presión arterial	Normal	Hipotensión postural	Hipotensión supina
Diuresis	Normal	Oliguria <30ml/hora	Oliguria/anuria
Pérdida sanguínea (%)	(500-1000ml)10-20%	(1000-2000ml) 20-40%)	>2000ml (40%)
Frecuencia Respiratoria	Normal	Taquipnea (30-40 x minuto)	Taquipnea (>40 x minuto) o Bradipnea (<20 x minuto).

Manejo y Tratamiento^{2 20}

El tratamiento de la HPP inicia desde la atención prenatal identificando de manera oportuna los factores de riesgos maternos y no gravídicos que puedan predisponer a la aparición de la misma, brindando consejería a la embarazada y/o familiares para identificar señales de peligro, corrigiendo la anemia en caso de presentarla, asegurándose de que la paciente cumpla con la ingesta de los medicamentos prenatales como son el hierro elemental, ácido fólico y aspirina según sea el caso, así como el cumplimiento estricto del manejo activo del tercer período del parto (MATEP) independientemente del lugar de la atención ya sea en el domicilio o en la unidad de salud del primer o segundo nivel de atención y que presenten o no condiciones que propicien la hemorragia.

El MATEP además de ser parte del manejo terapéutico, es aún más importante como parte de la prevención de dicha complicación. Todo el personal de salud que se encuentra en contacto con pacientes embarazadas, debe estar capacitado para llevar a cabo su cumplimiento. Este consiste en:

- a) Administrar 10 UI, IM de oxitocina o 0,2 mg de ergometrina IM (si no está disponible la oxitocina y no se trata de paciente hipertensa); inmediatamente al nacimiento del bebé, habiendo descartado la presencia de otro producto y antes del nacimiento de la placenta, habiéndose usado o no previamente oxitocina para inducto conducción.
- b) Pinzamiento del cordón umbilical hasta que deje de pulsar o después de 3 minutos.
- c) Tensión controlada del cordón umbilical (aproveche la contracción uterina) con contra tracción del útero (rechazando fondo uterino para evitar inversión uterina).
- d) Realización de masaje uterino inmediato al alumbramiento placentario y cada 15 minutos durante las primeras 2 horas.

Manejo específico según etiología

Hipotonía/atonía uterina

- a) Pasar 1000 ml de solución salina más 20 unidades de oxitocina IV a 125 ml/hora (40 gotas por minuto o sea 40 mili unidades por minuto). Si el sangrado continúa administrar ergonovina a razón de 0.2 mg IM ó IV y repetir en caso necesario a los 15 minutos, después repetir las dosis con intervalos de 4 horas, como máximo 5 dosis (1 mg) en total. Si aún el sangrado continúa agregar misoprostol en tabletas a dosis de 600 microgramos vía sublingual dosis única.
- b) Masaje uterino continuo.
- c) Monitorear pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria y dolor.
- d) Si el sangrado es incontrolable realizar compresión bimanual del útero, si esto fracasa trasladar a la paciente con taponamiento uterino y realizando compresión de la aorta abdominal. Nunca el taponamiento debe ser vaginal porque lo único que se haría es ocultar la hemorragia.
- e) De persistir el sangrado se debe proceder a realizar laparotomía exploradora para realizar ligadura de las arterias uterinas y útero-ováricas o histerectomía subtotal o total abdominal.

Desgarro del cuello uterino, la vagina o el periné

Se debe examinar a la mujer cuidadosamente, identificar el origen del sangrado y descartar hipotonía o atonía uterina y retención parcial de placenta y anexos. La hemorragia postparto con útero contraído generalmente se deben a un desgarro del cuello uterino o de la vagina.

- a) Sutura de los desgarros del cuello uterino, la vagina o el periné.
- b) Si el sangrado continúa se debe evaluar el estado de la coagulación realizando la prueba junto a la cama. La falta de formación de un coágulo después de 7 minutos, sugiere coagulopatía.

Retención parcial de placenta (alumbramiento incompleto)

Extraer los restos de cotiledón o membrana retenida. En caso necesario practicar un legrado instrumental.

Retención de placenta (No expulsión de la placenta después de 15 minutos con manejo activo)

- a) Provocar contracciones uterinas mediante masaje externo del fondo uterino e incrementar la concentración de oxitocina.
- b) Practicar tensión controlada del cordón umbilical durante la contracción uterina.
- c) Maniobra de Credé.
- d) Extracción manual de placenta con personal capacitado.
- e) Si la placenta no se desprende completamente considerar que se trata de un acretismo placentario y realizar histerectomía sub-total o total.

Inversión Uterina

Es la salida a la vagina o al exterior de la vulva de la cara endometrial del útero, puede tener o no adherida una parte o toda la placenta. Ocurre en el postparto inmediato, cuando se ha traccionado excesivamente el cordón o por la presión uterina excesiva, ante una hipotonía o atonía uterina.

Su restitución debe hacerse de inmediato, bajo sedación o anestesia general y/o regional como relajante de la musculatura uterina, con el objetivo de practicar la restitución uterina, antes de que se forme el anillo de contracción.

Si no se logra restituir el útero, se debe trasladar a la paciente a un hospital para realizar restitución quirúrgica del útero.

Trastornos de la coagulación

- a) Tratar la enfermedad subyacente si la hay.
- b) Uso de crio precipitado 1 unidad por cada 10 kg de peso corporal, como medida ideal. Si no se cuenta con crio precipitado, iniciar transfusión de plasma fresco congelado 1

unidad por cada 10 kg de peso corporal, lo que incrementa el fibrinógeno en 10 mg/dl por cada unidad.

- c) Mantener el recuento plaquetario mayor de 50,000 (recordar que 1 unidad plaquetaria aumenta por lo menos 5,000 plaquetas).
- d) Mantener hematocrito en 30% (cada unidad de paquete globular aumenta en 3% el hematocrito).
- e) Realizar interconsulta con Medicina Interna.

Estrategias y acciones para disminuir la mortalidad materna a nivel de SILAIS Chontales

El SILAIS chontales como parte del plan para la reducción de la muerte materna a elaborado con base a las normas nacionales, de acuerdo al contexto y distribución poblacional del departamento múltiples estrategias que garanticen el acceso a los servicios de salud y reduzcan las brechas de atención a los grupos más excluidos socialmente, utilizando el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) respondiendo a las necesidades de la población con el fin de realizar una atención en salud integral con calidad, calidez y respeto.

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario está basado en la estrategia de atención primaria en salud, entendida como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentado y socialmente aceptada, puesta al alcance de todas las personas y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.”²⁶

Principales estrategias

- Fortalecer el proceso de implementación del MOSAFC articulando los servicios de salud del I, II nivel de atención y la comunidad.
- Asegurar las alianzas intersectoriales para el desarrollo sostenible de las intervenciones costo-efectivas impulsadas por el MINSA.

- Contribuir al fortalecimiento del rol protagónico de la comunidad en el marco de la responsabilidad social compartida, para la identificación y solución de las necesidades en salud del individuo, la familia y la comunidad.
- Fomentar el intercambio de experiencias exitosas y el desarrollo de nuevas iniciativas de acuerdo a la realidad de las unidades de salud, municipios y/o comunidades.
- Los SILAIS deben garantizar la relación continua de la atención entre el I y II nivel.
- En los Hospitales debe asegurarse el monitoreo para que la organización y funcionamiento de la ruta crítica sean óptimas.
- Los ESAFC deben de mantener actualizado el registro de la red comunitaria activa.
- Todos los municipios tienen la responsabilidad de implementar la estrategia de plan parto y censo gerencial de la embarazada garantizando:
 - Organización de un comité comunitario de salud.
 - Organización de las brigadas de transporte.
 - Presencia de líderes Comunitarios capacitados.
 - Identificación, referencia y seguimiento de embarazadas y puérperas de la comunidad.
- Todas las unidades de salud deben de actualizar el censo gerencial, el mural de la embarazada y la búsqueda activa de las pacientes inasistentes, según normativa.
- Atender con prioridad la referencia de la red comunitaria, casas maternas, organismos o cualquier unidad de salud.
- Reorganizar e informar a la población sobre los servicios del Ministerio de Salud a fin de asegurar la atención con calidad las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Divulgar la prioridad de atención de las embarazadas, puérperas y los recién nacidos.
- Presencia de casas maternas en aquellos municipios que tengan población rural de difícil acceso.
- Identificación y gestión ante las necesidades de obras y equipamiento básico.

- Identificar y priorizar las comunidades para la implementación de la Estrategia Comunitaria de Entrega de Métodos Anticonceptivos (ECMAC).
- Garantizar consejería y provisión de Métodos de Planificación Familiar (MPF) a toda mujer que egresa por un evento obstétrico.
- Promover la utilización del DIU en madres adolescentes y/o con eventos post obstétricos.
- Promocionar la utilización métodos anticonceptivos según normas a las y los adolescentes con vida sexual activa con énfasis en la protección dual.
- Asegurar que toda mujer rural que llegue a casa materna reciba consejería en uso de Planificación Familiar.
- Desarrollar jornadas de esterilización quirúrgica a las mujeres que lo soliciten, con énfasis en mujeres con alto riesgo reproductivo.
- Garantizar el monitoreo de los estándares de calidad:
- Realizar de manera precoz y oportuna diagnóstico y tratamiento de las IVU y cérvico Vaginitis durante el embarazo.
- Cumplimiento del Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto (MATEP)
- Aplicación de normas y protocolos de las complicaciones obstétricas.

Complicaciones²

- Anemia.
- Shock hipovolémico.
- Endometritis.
- Sepsis.
- Histerectomía Total Abdominal.
- Infertilidad.
- Muerte Materna.

Control y seguimiento²⁰

- Vigilancia del sangrado.

- Control estricto de los signos vitales cada 15 minutos por dos horas, luego cada 30 minutos por 4 horas, luego cada 4 horas.
- Control de ingeridos y eliminados.
- Estado de conciencia.
- Administración de tratamiento.
- Al recuperar su estado de salud, la paciente será contra referida a la unidad de salud de su procedencia.
- Consejería y oferta de método de planificación familiar.
- Consejería sobre lactancia materna.
- Dieta adecuada a sus requerimientos.
- Referencia a unidad de salud especializada.
- Retiro de puntos y continuidad del tratamiento.
- Administrar dT.
- Administrar Sulfato Ferroso.

MATERIAL Y MÉTODOS²⁷

- **Área de estudio:** Hospital Regional Asunción de Juigalpa
- **Población de estudio:** Mujeres atendidas por HPP en HRAJ
- **Período de estudio:** El estudio se realizó de enero a octubre de 2014.
- **Tipo de estudio:** Descriptivo de corte transversal.
- **Fuente de información:** Se recolectó información de fuentes secundarias a partir de la historia clínica perinatal y el departamento de estadísticas de la institución sobre los egresos con el diagnóstico de hemorragia postparto.
- **Universo:** Total de mujeres que fueron atendidas por HPP. (Cuarenta y ocho expedientes clínicos).
- **Muestra:** Todos aquellos expedientes clínicos que cumplan con los criterios de inclusión. (Cuarenta y siete expedientes clínicos).
- **Unidad de análisis:** Expedientes clínicos incluyendo historias clínicas perinatales.
- **Criterios de selección para la muestra:**

Criterios de Inclusión:

- Todas las mujeres a las que se les haya atendido el parto y presentaron HPP en el HRAJ entre enero-diciembre de 2013.
- Todas las mujeres que hayan sido referidas desde otras unidades de salud con diagnóstico de HPP con las características antes descritas.
- Que el expediente clínico este completo

Criterios de Exclusión:

- Los que no cumplan con los criterios de inclusión

- **Técnicas y procedimientos:**

- ✓ Visitas a oficinas de estadística de la unidad de salud para obtener información sobre Hemorragia Post Parto.
- ✓ Elaboración de instrumento de recolección de datos a partir del expediente clínico y de la historia clínica perinatal.
- ✓ Identificar todos los expedientes con diagnóstico de egreso de Hemorragia Post Parto (incluyendo altas, traslados y defunciones).
- ✓ Recolección de la información a partir de los expedientes e historia clínica perinatal.

- **Plan de tabulación y análisis:**

La información obtenida se procesó en el programa Epi-Info.

- **Plan de análisis:**

- ✓ Frecuencias y porcentajes para cada una de las variables.
- ✓ Incidencia de la Hemorragia Post Parto.
- ✓ Letalidad por Hemorragia Post Parto.
- ✓ Mortalidad por Hemorragia Post Parto.
- ✓ Características socio demográficas de las mujeres que sufrieron Hemorragia Post Parto.
- ✓ Factores de riesgo maternos (antenatales, del parto y post natales) e individuales.

Operacionalización de las variables

Variable	Sub-variable	Definición	Indicador	Escala/valor
Morbi- mortalidad	Incidencia	Ocurrencia de casos nuevos de HPP en una población de puérperas en un período de tiempo especificado.	Tasa por 100 puérperas	
	Letalidad	Proporción de casos mortales de HPP en relación con el total de puérperas que presentaron la enfermedad en un período dado.	Porcentaje	
	Mortalidad específica por HPP	Número de muertes en un grupo de edad, sexo o causa específica durante un período de tiempo entre la población total estimada del mismo grupo de edad, sexo o causa específica	Razón de muerte materna.	

Características socio-demográficas	Edad	Tiempo de vida en años de las pacientes desde su nacimiento hasta su ingreso.	Años	Menor de 14 años 14-19 años 20-24 años 25-29 años 30-35 años Mayor de 35
	Escolaridad	Nivel académico de las personas en estudio.		Ninguno Primaria Secundaria Universitario
	Religión	Conjunto de creencias acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella.	Dogma	Católica Evangélica Testigo de Jehová Otra
	Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Condición	Soltero Casado Acompañado
	Procedencia	Lugar de origen de una persona.	Zona	Urbano Rural

	Ocupación	Actividad a la cual la persona se dedica cotidianamente.		Estudiante Ama de casa Comerciante Oficinista Otros.
Riesgos maternos (antenatales, de atención del parto y postnatales)	Gestas	Número de embarazos que ha tenido una mujer.	Embarazos	Primigesta Bigesta Trigesta Multigesta Granmultigesta
	Partos	Número de partos vaginales que ha tenido una mujer	Paridad	Primípara Multípara
	Aborto	Terminación del embarazo por expulsión o extracción del embrión/feto muerto antes de las 22 SG y peso < de 500gr.		Si (cuantos) No
	Cesárea	Número de partos por vía abdominal que tenido una mujer.		Si (cuantas) No

Legrado	Procedimiento que se realiza para raspar y recolectar tejido del interior del útero.		Si (cuantos) No
A.P.P	Enfermedades de las pacientes que se conocen al momento del ingreso.		Si (cuál) No
Cirugías genito-urinaria	Procedimientos quirúrgicos de órganos genitales y urinarios antes del embarazo actual.		Si No
IMC	Razón entre el peso materno en kilogramos y la talla materna en metros elevada al cuadrado.	Desnutrición Normo peso Sobrepeso Obesidad grado I Obesidad grado II Obesidad Mórbida	Menor de 19 19-25 26-30 31-35 36-40 Mayor de 40
Patologías del embarazo actual	Enfermedades que desarrolla la mujer durante el embarazo en curso.		Si (cuál) No

Numero de CPN	Cantidad de controles prenatales que se realiza una mujer durante el embarazo.	Captación y seguimiento	0 1-4 Más de 4
Lugar de parto	Local o establecimiento donde se da la finalización del embarazo.		1er nivel de atención 2do nivel de atención Domiciliar Otros
Inicio del parto	Forma en que comienza el evento obstétrico.		Espontáneo Inducido Cesárea Electiva
Terminación del embarazo	Vía por la cual se da el parto		Vaginal Cesárea (indicación)
Presentación	Parte del feto que se avoca o tiende a avocarse al estrecho superior de la pelvis con suficiente volumen para llenar este estrecho y tiene mecanismo de trabajo de parto.		Cefálica Pélvica Compuesta

Medicación durante el parto	Fármacos utilizados durante el transcurso del parto.		Si (Cuál) No
Personal que atiende el parto	Recurso humano que asiste el evento obstétrico.		Partera Estudiante Auxiliar de enfermería Enfermero/a Obstetra Médico Otro
Cumplimiento de MATEP	Ejecución del manejo activo del tercer período del parto según protocolo nacional.	Aplicación de Oxitocina Pinzamiento del cordón al dejar de pulsa Tracción y contra-tracción del útero Masaje uterino	Si No

Vigilancia puerperal	Monitoreo del estado hemodinámico e involución uterina en las primeras 2 horas postparto según protocolo.	Presión arterial Temperatura Pulso Loquios Involución uterino	Completa Incompleta
Uso del partograma	Llenado adecuado del instrumento médico para monitorizar el trabajo de parto.		Si No No Aplica
Número de feto	Cantidad de productos in útero		Único Múltiple
Peso fetal	Medida antropométrica que define la cantidad de gramos que pesa el producto.	Gramos	Menor de 4000 Mayor de 4000
Apego precoz	Contacto temprano piel a piel entre el recién nacido y la madre inmediatamente al nacer o poco después de ello.		Si No

Causa de hemorragia postparto	Hipotonía/ Atonía	Disminución o ausencia en la retracción y contracción del útero después de haber expulsado la placenta.		Si No
	Traumas del canal del parto	Lesión/es cervicales, vaginales o perineales secundarias al nacimiento.		Si No
	Restos ovulares	Contención intrauterina parcial o total de membranas y/o placenta.		Si No
	Coagulopatías	Aumento apreciable de las concentraciones de los factores de coagulación.		Si No
Clasificación de la Hemorragia Post Parto	Hemorragia Post Parto inmediata	Es la que se produce en las primeras 24 horas posteriores al nacimiento.		Si No
	Hemorragia Post Parto Tardía	Es la que se produce después de las 24 horas, hasta los 10 primeros días de ocurrido el nacimiento.		Si No
	Hemorragia del puerperio alejado	Es la que se produce después de los primero 10 días, hasta los 45 días posteriores al nacimiento		Si No

	Hemorragia del puerperio tardío	Es la que se produce después de los 45 días hasta los 60 días posteriores al nacimiento.		Si No
--	---------------------------------	--	--	----------

RESULTADOS

Nuestro estudio logra el objetivo de identificar los principales factores asociados a la morbimortalidad materna causada por Hemorragia Post Parto en mujeres atendidas en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013. Para cumplirlo, con base en la metodología establecida, se revisaron los datos de las pacientes correspondientes a 47 expedientes.

Morbi-mortalidad

El 100% de las pacientes que presentaron HPP sobrevivieron a esta complicación obstétrica (tabla 1).

Características socio demográficas

Los porcentajes representados por las variables socio demográficas de las pacientes que presentaron HPP oscilaron entre un máximo de 85% hasta un mínimo de 2%.

El rango de edades más frecuente fue de 14-19 años, 21 (44.68%), el menos frecuente mayor de 35 años, 2 (4.26%) (tabla 2).

Procedencia: Urbano 19 (40.43%). Rural 28 (59.57%) (tabla 3).

Religión: Católica 40 (85.11%). Evangélica 7 (14.89%) (tabla 4).

Escolaridad: Primaria 26 (55.32%). Universitaria 1 (2.13%) (tabla 5).

Estado civil: Acompañadas 24 (51.06%). Solteras 9 (19.15%) (tabla 6)

Riesgos maternos

Antenatales:

Antecedentes ginecoobstétricos: la mayoría de mujeres fueron primíparas 25 (53.19%), así como primigestas 23 (23%) y con menor porcentaje fueron gran multigestas 3 (6.38%) (tablas 7 y 8). Cuarenta y cuatro pacientes (93.62%) nunca habían tenido un aborto y 45 (95.74%) no habían tenido cesáreas anteriores (tablas 9 y 10).

Antecedentes personales patológicos: 43 pacientes (91.49%) no padecían de ninguna enfermedad y de las 4 (8.51%) que cursaban con patologías previas, la más común era el VPH 2 (50%), menos frecuentes la gastritis y condilomatosis 1 (25%) cada una (tablas 11 y 12). La

mayoría 24 (51.06%) cursaba con anemia (tabla 13). Sólo 1 (2.13%) de las 47 mujeres habían tenido cirugías genitourinarias previas (tabla 14). Sólo 2 pacientes (4.26%) tenían bajo peso, 1 (2.13%) tenía obesidad grado II y la mayoría 26 (55.32%) tenían normopeso (tabla 15).

Controles Prenatales: La mayoría de pacientes 21 (44.68%) tuvieron de 1-4 CPN y la minoría 9 (19.15%) no tuvieron ninguno (tabla 16 y 17).

Atención del parto:

Inicio del parto: La mayoría de los partos 36 (76.6%) iniciaron espontáneamente, 10 (21.28%) de ellos fueron cesáreas electivas y únicamente 1 (2.13%) fue inducido (tabla 18).

La minoría de los partos 6 (12.76%) fueron domiciliarios, 14 (12.78%) fueron atendidos en el primer nivel de atención y la mayor parte, 27 (57.44%) fueron atendidos en el segundo nivel de atención (tabla 19).

Un poco más de la mitad, 24 (51.06%) de las mujeres recibieron medicación durante el parto (tabla 20). El tratamiento usado más frecuentemente fue anestesia regional en 13 (38.23%) de los casos, seguido por antibióticos y oxitocina en 8 (23.25%) de los casos cada uno y en su minoría, 5 (14.75%) de los casos se usó hidralazina y sulfato de magnesio (tabla 21).

Durante el parto: La mayor parte 34 (72.34%) de las pacientes no presentaron ninguna condición patológica asociada al momento del parto. De las que sí tuvieron alguna condición asociada, la mayoría 5 (10.63%) cursaron con pre eclampsia grave, 3 (6.38%) presentaron hipertensión gestacional, 2 (4.25%) tuvieron pre eclampsia moderada. APP, DPPNI y RPM de 26 hr estuvieron presentes en 1 (2.13%) paciente cada una (tabla 22).

En los 47 (100%) casos los productos fueron cefálicos (tabla 23).

En la mayoría 39 (82.98%) de los casos se cumplió el MATEP (tabla 24).

La mayoría de los partos 34 (74.47%) fueron atendidos por médicos, 8 (8.51%) de los casos fueron atendidos por obstetras, 3 (6.38%) fueron atendidos por parteras y la misma cantidad por otros; sólo 1 (2.13%) fueron atendidos por enfermeros y estudiantes de enfermería cada uno (tabla 25).

El 93.62% (44) fueron partos únicos y en la misma cantidad el peso fetal fue menor de 4000 gramos (tabla 26 y 27).

Postnatales:

En la mayoría 31 (65.96%) de los casos se utilizó partograma, en 10 (21.28%) no aplica su uso y sólo en 6 (12.77%) no se utilizó (tabla 28). En la mayor parte de los casos de HPP, 34 (72.34%) la vigilancia puerperal en las primeras 2 horas fue completa (tabla 29) y también en la mayoría 32 (68.09%) se cumplió el apego precoz (tabla 30).

Etiología de la HPP

La mayor parte de las HPP, 26 (55.32%) fueron causadas por hipotonía/atonía uterina, seguida por traumas del canal del parto en 11 (23.40%) de los casos, luego retención de restos ovulares en 5 (10.64%) de ellos. Cuatro (8.51%) de los casos se debieron a causas mixtas y sólo 1 (2.13%) HPP fue causada por coagulopatía (tabla 31).

Clasificación de la HPP

La mayoría de las HPP 45 (95.74%) fueron inmediatas, el resto mediatas (tabla 32).

Complicaciones de la HPP

La mayor parte de los casos 37 (78.72%) no tuvo ninguna secuela, y 10 (21.27%) de los casos estudiados terminaron en histerectomía total abdominal.

DISCUSIÓN

En el presente estudio, de los 4596 partos que se atendieron en el HRAJ en el período enero-diciembre de 2013, el 1.02% presentó HPP; una incidencia similar a la encontrada en el estudio de Largaespada y col. (HRS Jinotepe 2012-13) del 1%; un poco menor en comparación con la encontrada en los estudios de Phillipe y col. (Cuba 2007), Martínez Castro (HFVP Managua 2004), Aráuz Téllez (HBCR Managua 2011) de 3, 3.2 y 3.7 % respectivamente; y mucho menor que la encontrada por Sosa y col. (2009) del 12.7%.

En Latinoamérica y El Caribe la HPP es causa de 20.8% de las muertes maternas y en Nicaragua la tasa de mortalidad materna en el año 2005 fue de 119 por 100 000 nacidos vivos; sin embargo todas las pacientes incluidas en nuestro estudio sobrevivieron al evento de HPP, para una mortalidad del 0%.

A diferencia del hallazgo de Calvert y col. (2012) de que la más alta prevalencia de HPP puede deberse a la edad materna más avanzada en EEUU, en nuestro estudio la mayoría de pacientes que presentaron HPP fueron adolescentes, al igual que en otros estudios nacionales de Martínez Castro (HFVP Managua 2004), Aráuz Téllez (HBCR Managua 2011) y Largaespada y col. (HRS Jinotepe 2012-13). El bajo nivel socioeconómico fue otra de las características frecuentes encontradas en nuestro estudio y en los otros nicaragüenses. Contrario a lo reflejado en el estudio realizado en Jinotepe, la mayoría de nuestras pacientes eran procedentes del área rural; esto puede deberse a la distribución geográfica de la población en cada municipio, teniendo Jinotepe menos áreas alejadas del casco urbano que Chontales.

Nuestra investigación concuerda con la de Aráuz Téllez y Largaespada y col. en que la mayoría de mujeres que presentaron HPP fueron nulíparas. Martínez Castro encontró que tanto la nuliparidad como la multiparidad son factores de riesgo para HPP. Por otro lado, Sosa y col. (Argentina y Uruguay 2009) concluyeron que la multiparidad era un factor protector para HPP. En el presente estudio las multigestas fueron las que menos presentaron HPP.

La mayoría de mujeres que presentaron HPP incluidas en nuestro estudio no tenían ninguna patología previa asociada, al igual que en la investigación realizada por Largaespada y col. (HRS Jinotepe 2012-13).

La obesidad ha sido implicada como factor de riesgo para HPP por varios autores (Knight y col. 2009, Calvert y col. 2012), sin embargo en nuestro estudio la mayor parte de las pacientes tenían

normopeso. Otros autores han asociado significativamente la anemia anteparto con HPP (Prata y col.-Egipto 2004, Calvert y col., Irati- Argentina 2012); un poco más de la mitad de las pacientes con HPP en el HRAJ tenía anemia. Esta condición es fundamental ya que según Schwartz en su libro de Obstetricia, la cantidad de sangre que puede perder una parturienta sin alterar su equilibrio hemodinámico es variable y depende entre otras cosas del nivel de hemoglobina. El riesgo de shock hipovolémico está aumentado en mujeres con anemia ferropénica no corregida en el embarazo.

Según los Fundamentos de Obstetricia de Criado y col. algunas condiciones no gravídicas influyen de manera indirecta en el incremento de la mortalidad por HPP, siendo una de las más determinantes la ausencia de CPN. Factores que aumentaron el riesgo de HPP en algunos estudios fueron tener menos de 4 controles y CPN deficiente (Geller-India 2008, Martínez Castro-Managua 2004); asimismo la mayoría de pacientes que presentaron HPP en nuestra investigación tuvieron de 1- 4 CPN.

Khireddine (2004-06) concluyó que la inducción del trabajo de parto, sin importar el método utilizado, está asociado con un mayor riesgo de HPP que el trabajo de parto espontáneo, resultado similar al encontrado por Sosa (Argentina y Uruguay-2009); no obstante la mayoría de los partos del presente estudio iniciaron espontáneamente.

Geller (India 2008) encontró que varios factores desconocidos hasta el segundo período del parto como el peso del producto estuvieron asociados a HPP. Irati (Argentina 2011) y Sosa (2009) concuerdan en que la macrosomía fetal está asociada a HPP. Este último encontró que un producto de bajo peso es un factor protector contra HPP, así como el manejo activo del tercer período del parto; sin embargo en el estudio realizado por Arauz (Managua 2011) las pacientes desarrollaron HPP a pesar de haberse cumplido el MATEP casi en el 100% de los casos. En la mayoría de los casos incluidos en este estudio también se cumplió con el MATEP.

A pesar de que en la mayor parte de las pacientes del presente estudio no se presentaron condiciones patológicas asociadas al momento del parto, en los casos en los que sí se presentaron, la mayoría tuvieron pre eclampsia grave. Schmidt auf Altenstadt (Holanda 2013) demostró que las mujeres con pre eclampsia tienen 1.53 veces más riesgo para HPP.

La Hemorragia Post Parto se presentó en el 1% de los partos atendidos en el HRAJ durante el período en estudio a pesar de que la mayoría de ellos fueron atendidos institucionalmente, por personal capacitado (médicos) y con vigilancia puerperal completa durante las primeras 2 horas.

Los estudios revisados concuerdan con la literatura de referencia y con nuestros resultados en que la principal causa de Hemorragia Post Parto es la hipotonía/atonía uterina, seguida por los traumas del canal del parto.

Aunque la mayoría de pacientes no tuvo ninguna secuela, la complicación más frecuente de la HPP en nuestro estudio fue la histerectomía abdominal total, a diferencia de lo encontrado por Martínez Castro en el HFVP Managua, donde no hubo ninguna histerectomía por esta causa.

Limitaciones Metodológicas

- Dificil acceso a los expedientes de las pacientes atendidas en el período de tiempo del estudio, ya que no están debidamente archivados, no hay registro electrónico de todos los expedientes.
- Desorden de los componentes de algunos expedientes clínicos y letra ilegible en algunos casos.
- Limitación de antecedentes nacionales.

CONCLUSIONES

Con los datos obtenidos en el presente estudio se identificaron los principales factores asociados a la morbi-mortalidad por Hemorragia post parto de las pacientes en estudio.

Durante el período de enero a diciembre de 2013 en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa no hubo ninguna muerte materna causada por HPP sin embargo se encontró una incidencia de 1.02%.

Dentro de las características socio-demográficas de mayor relevancia encontramos que el rango de edad que prevaleció fue de 14-19 años lo que nos orienta que los embarazos en adolescentes son los que están presentando con mayor frecuencia este tipo de complicación obstétrica; de igual manera la mayoría de las pacientes eran de procedencia rural, lo que dificulta la captación seguimiento e intervención oportuna sobre los factores de riesgos. La escolaridad primaria fue la que predominó en las pacientes estudiadas. Todo esto conlleva a incrementar las probabilidades de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos se registró que las primíparas y primigestas conformaron la mayor parte de las pacientes en estudio. La minoría de las pacientes cursaba con patologías previas al inicio del embarazo, siendo el VPH el que predominó en estas pacientes. Más de la mitad de las pacientes en estudio al iniciar el embarazo presentaban anemia, lo cual al presentar HPP agrava el cuadro clínico de la pacientes de no haberse corregido durante el embarazo. La mayor parte de las pacientes iniciaron su embarazo con normopeso según la clasificación de IMC.

La mayoría de las pacientes se realizaron de 1-4 controles prenatales durante su embarazo, iniciando el mismo con anemia y en normopeso según su IMC.

Entre los datos más notables del parto se encontró superioridad en el número de partos que iniciaron espontáneamente, los cuales en su mayoría fueron atendidos en el segundo nivel de atención, sin tener ninguna condición patológica asociada en ese momento; sin embargo de las

pacientes que sí tuvieron dichas condiciones fue la preclampsia grave la de mayor prevalencia manejándose según Protocolo nacional con Hidralazina y sulfato de magnesio respectivamente.

En la totalidad de los casos la presentación del producto fue cefálica y en su mayoría los partos fueron únicos, productos menores de 4000 gramos atendidos por médicos y cumpliendo el MATEP. La vigilancia puerperal en las primeras 2 horas posteriores al evento obstétrico fue completa en la mayor parte de los casos.

La principal etiología de la Hemorragia Post Parto encontrada en las pacientes en estudio fue la Atonía/Hipotonía uterina, seguidas por traumas del canal del parto las cuales según la clasificación en su mayoría se presentó de forma inmediata.

Se encontró que a pesar de que la mayoría de las pacientes no tuvieron secuelas significativas, el porcentaje de histerectomía abdominal total por HPP en el período de estudio fue considerablemente alto.

Concluimos que la Hemorragia postparto continua siendo un problema de suma importancia para todas las mujeres que cursan con un embarazo ya que si bien es cierto hay factores asociados que pueden ser agravantes al momento del parto, no hay datos específicos que nos permitan prever quien presentará una hemorragia posterior al parto, por lo que es necesario tratar de prevenirla en todos los casos y tener personal capacitado para resolver esta complicación obstétrica cuando se presente.

RECOMENDACIONES

En base a la información y resultados obtenidos a través de este estudio, recomendamos:

A los padres

Fortalecer la comunicación con los hijos desde el hogar, impulsándolos a estudiar así como también educaándolos en temas de relaciones interpersonales, cambios durante el desarrollo y la pubertad etc., integrando simultáneamente en el plan de educación primaria por parte de los centros educativos unidades sobre salud y sexualidad y planificación familiar de tal manera que se logre crear comprensión y conciencia social ante la problemática del embarazo temprano en adolescentes.

Al personal de salud y comunidad

Tratar a las embarazadas teniendo en cuenta que independientemente de los factores maternos e individuales que presenten, están expuestas a presentar complicaciones obstétricas como la Hemorragia Post-Parto, por lo que se debe estar preparado para enfrentar esta situación.

Se deben formar clubes de adolescentes para promover la educación en salud sexual, el uso de anticonceptivos y exponer los riesgos, complicaciones y desventajas de los embarazos adolescentes, integrando a los padres de familia y la comunidad en el desarrollo de los mismos.

Promover los embarazos planeados a través de charlas, murales, panfletos y consejería dentro de los programas de planificación familiar dirigidos a las mujeres en edad fértil. De tal manera que las usuarias que deseen un embarazo puedan realizarse exámenes de rutina, corregir o compensar condiciones o patologías de base y tomar tratamiento prenatal antes de concebir.

Dar seguimiento de las embarazadas a través de controles prenatales precoces, periódicos, integrales y extensos.

Promover las visitas a comunidades rurales para realizar captaciones y controles prenatales llevando los instrumentos necesarios para que sean de calidad.

Identificar factores de riesgo para complicaciones obstétricas y referir oportunamente desde el primer nivel de atención para seguimiento por el especialista en el nivel de mayor resolución.

Al Hospital Regional Asunción Juigalpa

Ampliar el espacio destinado a archivar los expedientes y digitalizar los registros para mejorar el orden y accesibilidad a la información.

Vigilar el cumplimiento del manejo del expediente clínico según la norma 004 del MINSA.

Dar a conocer al personal de salud en contacto con las usuarias la incidencia y los factores asociados a HPP en esta unidad de salud.

Al Ministerio de Salud y SILAIS

Capacitar constantemente al personal de salud tanto a nivel primario como secundario sobre la prevención, factores asociados y tratamiento de la HPP.

Asegurar y fortalecer el uso del MOSAFC.

Mantener la comunicación constante con la comunidad, insistiendo en el rol protagónico que esta debe tener en la identificación temprana de complicaciones de este tipo para poder intervenir oportunamente de manera organizada y ser modificadas.

Garantizar el flujo de información entre los comité comunitario de salud y los diferentes niveles de atención en salud.

Dar seguimiento continuo a la implementación del plan parto y censo gerencial de embarazadas.

Promover el acondicionamiento de puestos de salud en las zonas rurales para facilitar la accesibilidad a métodos anticonceptivos y controles prenatales adecuados a las mujeres de estos lugares, ya que Chontales es un departamento con mucha población rural.

Promover la fundación y uso de casas maternas en los municipios.

Promover la realización de estudios sobre factores asociados a Hemorragia Post Parto en los diferentes hospitales de referencia regional en todo el país, para una vez identificados, incidir sobre ellos y aportar a la disminución de la morbi-mortalidad por HPP.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Mortalidad Materna. Nota Descriptiva N°348. Mayo de 2012. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>. Acceso el 28 de enero de 2014.
- ² Ministerio de Salud. Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas-Normativa 109. Managua. 2013.
- ³ AbouZahr C. 2003. Global burden of maternal death and disability. *British Medical Bulletin*. 67:1–11.
- ⁴ Geller S, Goudar S, Derman R. 2008. Factors associated with acute postpartum hemorrhage in low risk women delivering in rural India. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*. 101(1):94-99.
- ⁵ Knight M, Callaghan WM, Berg C, Alexander S, Bouvier-Colle MH, Ford JB, Joseph KS, Lewis G, Liston RM, Roberts CL, Oats J, Walker J. 2009. Review Trends in postpartum hemorrhage in high resource countries: a review and recommendations from the International Postpartum Hemorrhage Collaborative Group. *BMC Pregnancy Childbirth*. 9:55.
- ⁶ Prata N, Hamza S, Holston M. 2011. Inability to predict postpartum hemorrhage: insights from Egyptian intervention data. *BMC Pregnancy Childbirth*. 11:97.
- ⁷ Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Gulmezoglu AM. 2012. Review Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 22(6):999-1012.
- ⁸ Calvert C, Thomas SL, Ronsmans C, Wagner KS, Adler AJ, Filippi V. 2012. Identifying regional variation in the prevalence of postpartum haemorrhage: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 7(7): e41114.
- ⁹ Khireddine I, Le Ray C, Deneux-Tharaux C. 2013. Induction of Labor and Risk of Postpartum Hemorrhage in Low Risk Parturients. *PLoS One*. 8(1):e54858.

¹⁰ Palmsten K, Hernández S, Setoguchi S. 2013. Use of antidepressants near delivery and risk of postpartum hemorrhage: cohort study of low income women in the United States. *British Medical Journal*. 347:f877

¹¹ Schmidt auf Altenstadt J, Hukkelhoven C, Bloemenkamp K. 2013. Pre-Eclampsia Increases the Risk of Postpartum Haemorrhage: A Nationwide Cohort Study in The Netherlands. *PLoS One* 2013; 8(12): e81959

¹² Philipee H, D'orey D, Lewin D. 2007. Clínicas obstetricia y ginecología de Norteamérica. Técnica de alumbramiento. Hospital Materno del Norte de Santiago de Cuba. Cuba.

¹³ Sosa C, Althabe F, Belizán J, Buekens P. 2009. Risk factors for Post Partum Hemorrhage in vaginal deliveries in a Latin American population. *Obstetrics & Gynaecology*. 113(6):1313-1319.

¹⁴ Irati G, Ortiz A, Miño L, Ojeda P, Medina S. 2011. Hemorragia puerperal. Universidad Nacional del Nordeste. Argentina.

¹⁵ Hernández D. 2011. Manejo de la hemorragia severa post-parto por atonía uterina. Hospitales formadores de ginecólogos y obstetras. El Salvador

¹⁶ Martínez V. 2004. MATEP y manejo de Hemorragia postparto. Hospital Fernando Vélez Paiz. Managua, Nicaragua

¹⁷ Arauz P. 2011. Manejo de la Hemorragia Postparto por Atonía Uterina. Hospital Escuela Bertha Calderón Roque. Managua, Nicaragua.

¹⁸ Largaespada I, Rivalainez X, Mena C. 2013. Cumplimiento del protocolo de Hemorragia Post Parto según normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas en pacientes ingresadas en sala de Maternidad del Hospital Regional Santiago de Jinotepe. Tesis monográfica. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Managua, Nicaragua.

¹⁹ Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. *Williams Obstetricia*. 23ava edición. México D.F: Editorial McGraw-Hill; 2011.

²⁰ Ministerio de Salud. Normas y Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. Managua. 2006.

²¹ Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6ta edición, 5ta reimpresión. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2005.

²² Criado F, Ferrer F, Iglesias J, Martín A, Troyano J, Xercavins J. Fundamentos de Obstetricia. 1era edición. Madrid: Editorial Bajo-Melchor-Mercede; 2007.

²³ Ahued R, Fernández C, Bailón R. Ginecología y Obstetricia aplicadas. 2da edición. México: Editorial El Manual Moderno; 2003.

²⁴ Muñoz W. Obstetricia Fisiológica. 1era edición. Chile: Universidad de Concepción; 1997.

²⁵ Ministerio de Salud. Normas de Atención Integral a la Niñez. Cuadro de Procedimientos AIEPI. Managua. 2009

²⁶ Nicaragua. Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Marco Conceptual: Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOS AFC). MINSA: Managua, Julio 2008

²⁷ Corriols M. Metodología de Investigación en Salud aplicada a la elaboración de trabajos monográficos. 2012. Datos no publicados.

ANEXOS

Ficha de recolección de datos

Número de ficha:

Expediente:

1) Morbimortalidad por HPP

- Falleció por HPP Si_____No_____

2) Características sociodemográficas

- Edad: Menor de 14 años_____14-19 años_____20-24 años_____25-29 años_____30-35 años_____ Mayor de 35_____
- Escolaridad: Ninguno_____Primaria_____Secundaria_____ Universitario_____
- Religión: Católica_____Evangélica_____ Testigo de Jehová _____ Otra_____
- Estado civil: Soltero_____ Casado_____ Acompañado_____
- Procedencia: Urbano_____ Rural_____
- Ocupación: Estudiante_____ Ama de casa_____ Comerciante_____ Oficinista_____ Otros_____

3) Riesgos maternos (antenatales, del parto y postnatales)

- Gestas: Primigesta_____ Bigesta_____ Trigesta_____ Multigesta_____ Granmultigesta_____
- Partos: Nulípara_____ Primípara_____ Multípara_____
- Abortos: Si_____ No_____ Cuántos_____
- Cesárea: Si_____ No_____ Cuántas_____ *indicación_____
- Legrados: Si_____ No_____ Cuántos_____
- Ant. Personales Patológicos: Si_____ No_____Cuál_____
- Anemia antes del parto: Si___ No___
Leve:___ Moderada___ Severa___
- Cirugías Genitourinarias: Si_____ No_____Cuál_____
- IMC: <19_____ 20-25_____ 26-30_____ 31-35_____ 36-40_____ >40_____
- Patologías del embarazo actual: Si_____ No_____Cuál_____
- Número de CPN: 0___ 1-4_____ más de 4_____
- Lugar del parto: 1er Nivel_____ 2do Nivel_____ Domiciliar_____ otros_____

-
- Inicio del parto: Espontáneo_____ Inducido_____ Ces. Electiva_____
 - Terminación del embarazo: Vaginal_____ Cesárea_____
 - Presentación: Cefálica_____ Pélvica_____ Compuesta_____
 - Medicación durante el parto: Si_____ No_____ Cuál_____
 - Personal que atiende el parto: Partera_____ Estudiante_____ Aux. Enf._____ Enfermero_____ Obstetra_____ Médico_____ otro_____
 - Cumplimiento del MATEP: Si_____ No_____
 - Vigilancia puerperal: Completa_____ Incompleta_____
 - Uso de partograma: Si_____ No_____ No Aplica_____
 - Número de feto: Único_____ Múltiple_____
 - Peso fetal: <4000gramos_____ >4000gramos_____
 - Apego Precoz: Si_____ No_____

4) Etiología de la Hemorragia postparto

- Hipotonía/Atonía: Si_____ No_____
- Traumas del canal del parto: Si_____ No_____
- Restos ovulares: Si_____ No_____
- Coagulopatías: Si_____ No_____

5) Clasificación de la HPP

- HPP Inmediata: Si_____ No_____
- HPP Tardía: Si_____ No_____
- Hemorragia del puerperio tardío: Si_____ No_____
- Hemorragia del puerperio alejado: Si_____ No_____

6) Complicaciones Principales de la HPP: _____

Tablas de Resultados

Tabla N°1: Morbimortalidad por HPP en Mujeres Atendidas en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el Período Comprendido Enero-Diciembre de 2013.”

Falleció por HPP	Frecuencia	%
No	47	100%
Si	0	0%
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

➤ **Características socio-demográficas de las mujeres que sufrieron Hemorragia Post Parto.**

Tabla N°2: Edad de las mujeres Atendidas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el Período Comprendido Enero-Diciembre de 2013.”

Edad	Frecuencia	%
14-19 años	21	44.68 %
20-24 años	14	29.79 %
25-29 años	7	14.89 %
30-35 años	3	6.38 %
Mayor de 35 años	2	4.26 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Tabla N°3: Área de procedencia de las mujeres atendidas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013

Procedencia	Frecuencia	%
Urbano	19	40.43 %
Rural	28	59.57 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Tabla N°4: Religión de las mujeres atendidas por HPP el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013

Religión	Frecuencia	%
Católica	40	85.11 %
Evangélica	7	14.89 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Tabla N°5: Grado de escolaridad de las mujeres atendidas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013

Escolaridad	Frecuencia	%
Primaria	26	55.32 %
Secundaria	14	29.79 %
Ninguno	6	12.77 %
Universitaria	1	2.13 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Tabla N°6: Estado civil de las mujeres atendidas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013.

Estado Civil	Frecuencia	%
Soltero	9	19.15 %
Casado	14	29.79 %
Acompañado	24	51.06 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

➤ **Riesgos Maternos (antenatales, de atención del parto y postnatales)**

Tabla N°7: Número de Embarazos previos de las mujeres atendidas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013.

Gestas	Frecuencia	%
Primigesta	23	48.94 %
Bigesta	10	21.28 %
Trigesta	6	12.77 %
Multigesta	5	10.64 %
Gran multigesta	3	6.38 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Tabla N°8: Paridad de las mujeres atendidas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013.

Partos	Frecuencia	%
Primípara	25	53.19 %
Multípara	22	46.81 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de dato

Tabla N°9: Antecedentes de abortos de las mujeres atendidas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013.

Abortos	Frecuencia	%
No	44	93.62 %
Si	3	6.38 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Tabla N°10: Cesáreas Previas de las mujeres atendidas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013.

Cesáreas	Frecuencia	%
No	45	95.74 %
Si	2	4.26 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Tabla N°11: Enfermedades previas al ingreso de las mujeres atendidas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013.

Antecedentes personales Patológicos	Frecuencia	%
No	43	91.49 %
Si	4	8.51 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Tabla N°12: Principales enfermedades previas al ingreso de las mujeres atendidas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013.

Enfermedades	Frecuencia	%
Condilomatosis	1	25.00 %
Gastritis	1	25.00 %
VPH	2	50.00 %
TOTAL	4	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Tabla N°13: Anemia previa al ingreso de las mujeres atendidas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013.

Anemia previa	Frecuencia	%
Si	24	51.06 %
No	23	48.94 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Tabla N°14: Cirugías Genitourinarias previas al ingreso de las mujeres atendidas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013.

Cirugías Genito-urinarias	Frecuencia	%
No	46	97.87 %
Si	1	2.13 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Tabla N°15: Estado Nutricional al inicio del embarazo de las mujeres atendidas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013 según IMC.

IMC	Frecuencia	%
Menor de 19	2	4.26 %
20-25	26	55.32 %
26-30	16	34.04 %
31-35	2	4.26 %
36-40	1	2.13 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Tabla N°16: Cantidad de controles prenatales realizados previo al ingreso de las mujeres atendidas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013.

Número de CPN	Frecuencia	%
1-4	21	44.68 %
Más de 4	17	36.17 %
Ninguno	9	19.15 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Tabla N°17: Vía de terminación del Embarazo en las mujeres atendidas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013.

Terminación del embarazo	Frecuencia	%
Vaginal	34	72.34 %
Cesárea	13	27.66 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Tabla N°18: Forma de inicio del parto de las mujeres atendidas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013.

Inicio del parto	Frecuencia	%
Espontáneo	36	76.60 %
Cesárea Electiva	10	21.28 %
Inducido	1	2.13 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Tabla N°19: Establecimiento en donde ocurrió el parto de las mujeres atendidas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013.

Lugar del Parto	Frecuencia	%
Segundo Nivel Atención	27	57.44 %
Primer Nivel Atención	14	29.78 %
Domiciliar	6	12.76 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Tabla N°20: Medicación recibida durante el parto de las mujeres atendidas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013

Medicación durante el parto	Frecuencia	%
Si	24	51.06 %
No	23	48.94 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Tabla N°21: Tratamientos más frecuentes recibidos durante el trabajo de parto de las mujeres atendidas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013

Tratamiento	Frecuencia	%
Antibióticos	8	23.52 %
Anest. Regional	13	38.23 %
Hidra/sul.mag	5	14.70 %
Oxitocina	8	23.52 %
TOTAL	34	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Tablas N°22: Condiciones Patológicas Asociadas durante el trabajo de parto de las mujeres atendidas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013

Condiciones Asociadas	Frecuencia	%
APP	1	2.22 %
Hipertensión Gestacional	3	6.38 %
P/E Grave	5	10.63 %
P/E Moderada	2	4.25 %
DPPNI	1	2.12 %
RPM 26hr	1	2.12 %
Ninguna	34	72.34 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Tabla N°23: Presentación del Producto al nacimiento de las mujeres atendidas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013

Presentación	Frecuencia	%
Cefálica	47	100.00 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Tabla N°24: Cumplimiento del MATEP de las mujeres atendidas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013

Cumplimiento del MATEP	Frecuencia	%
Si	39	82.98 %
No	8	17.02 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Tabla N°25: Personal que atendió el parto de las mujeres valoradas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013.

Personal que atiende el parto	Frecuencia	%
Médico	35	74.47 %
Obstetra	4	8.51 %
Partera	3	6.38 %
Otro	3	6.38 %
Aux. Enfermería	1	2.13 %
Enfermero	1	2.13 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Tabla N°26: Número de fetos de las de las mujeres atendidas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013

Número	Frecuencia	%
Único	44	93.62 %
Múltiple	3	6.38 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Tabla N°27: Peso fetal de las mujeres atendidas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013

Peso	Frecuencia	%
Menor de 4000 gramos	44	93.62 %
Mayor de 4000 gramos	3	6.38 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Tabla N°28: Uso del partograma en las mujeres atendidas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013

Uso de partograma	Frecuencia	%
Si	31	65.96 %
No	6	12.77 %
No Aplica	10	21.28 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Tabla N°29: Vigilancia puerperal las primeras 2 horas posterior al nacimiento de las mujeres atendidas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013

Vigilancia Puerperal	Frecuencia	%
Completa	34	72.34 %
Incompleta	13	27.66 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Tabla N°30: Cumplimiento del Apego Precoz en las mujeres atendidas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013

Apego precoz	Frecuencia	%
Si	32	68.09 %
No	15	31.91 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

➤ **Etiología de la Hemorragia Postparto**

Tabla N°31: Etiología de la Hemorragia Post Parto en las mujeres atendidas por dicha patología en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013

Etiología	Frecuencia	%
Hipotonía/ Atonía	26	55.32 %
Traumas del canal de parto	11	23.40 %
Restos Ovulares	5	10.64 %
Mixtas	4	8.51 %
Coagulopatías	1	2.13 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

➤ **Clasificación de la Hemorragia Post Parto**

Tabla N°32: Clasificación de la Hemorragia Post Parto en las mujeres atendidas por la misma causa en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013

Clasificación	Frecuencia	%
Inmediata	45	95.74 %
Mediata	2	4.26 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

➤ **Complicaciones de la Hemorragia Post Parto**

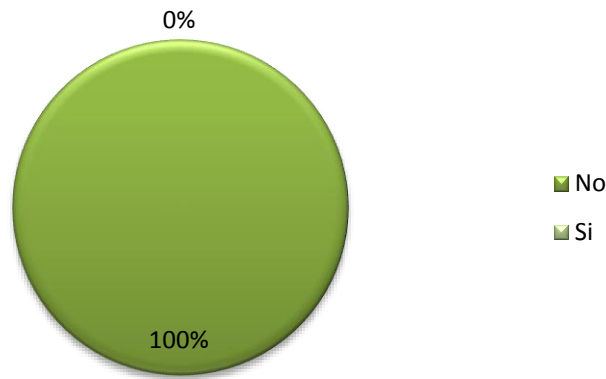
Tabla N°33: Complicaciones presentadas por las mujeres atendidas por HPP en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el período comprendido entre enero-diciembre de 2013

Complicaciones	Frecuencia	%
H.A.T	10	21.27 %
Ninguna	37	78.72 %
TOTAL	47	100.00 %

Fuente: Ficha de Recolección de datos

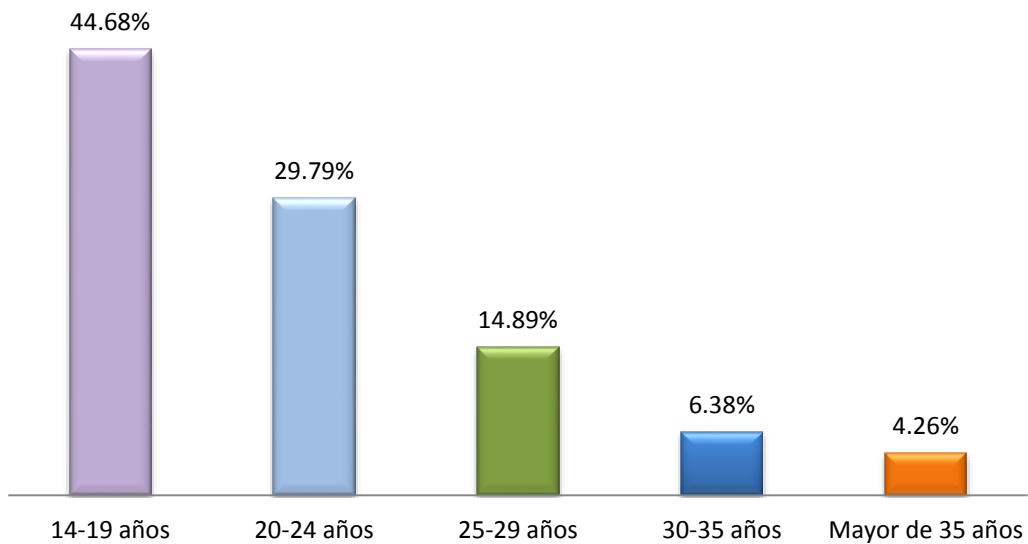
Gráficos

Gráfico 1: Mortalidad de las pacientes que presentaron HPP durante Enero Diciembre de 2013 atendidas en HRAJ



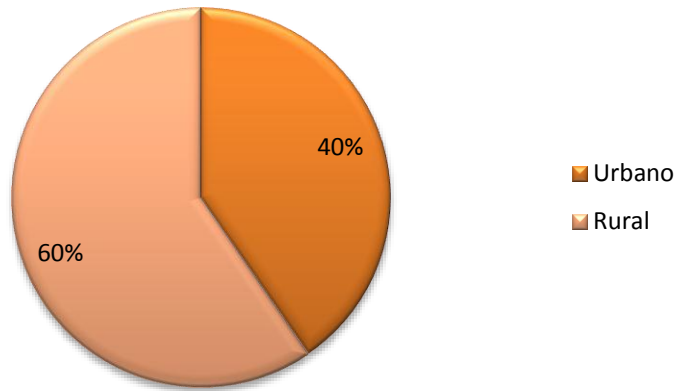
Fuente: Tabla 1

Gráfico 2: Edad de las pacientes que presentaron HPP durante Enero Diciembre de 2013 atendidas en HRAJ



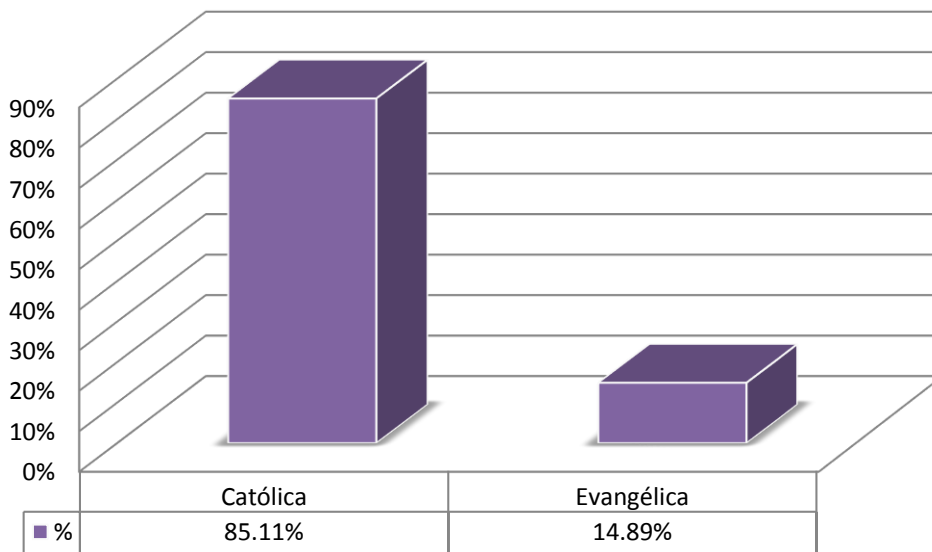
Fuente: Tabla 2

Gráfico 3: Procedencia de las pacientes que presentaron HPP durante Enero Diciembre de 2013



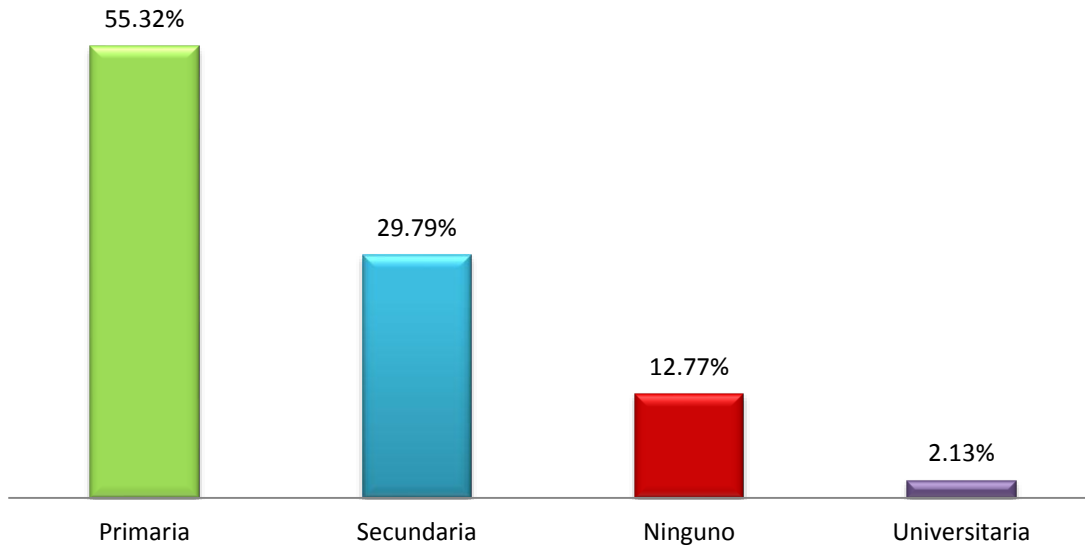
Fuente: Tabla 3

Gráfico 4: Religión de las pacientes que presentaron HPP durante Enero Diciembre de 2013



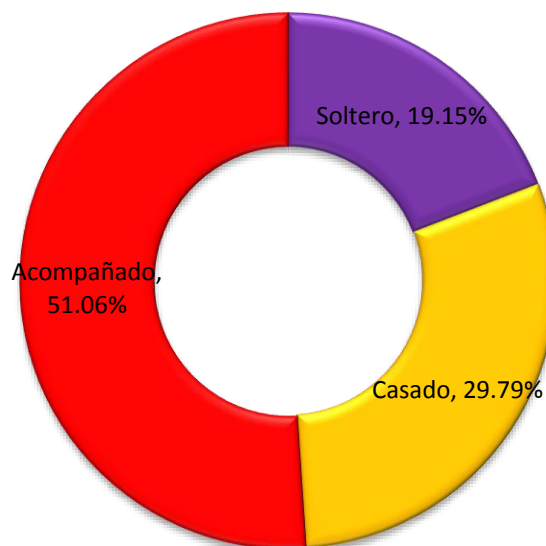
Fuente: Tabla 4

Gráfico 5: Escolaridad de las pacientes que presentaron HPP durante Enero Diciembre de 2013



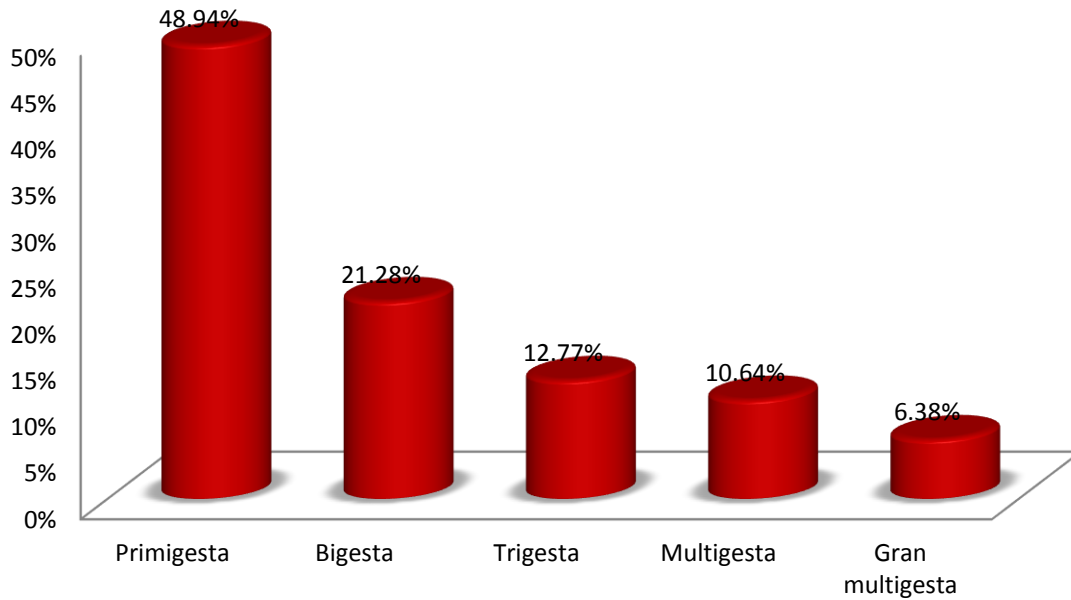
Fuente: Tabla 5

Gráfico 6: Estado civil de las pacientes que presentaron HPP durante Enero Diciembre de 2013



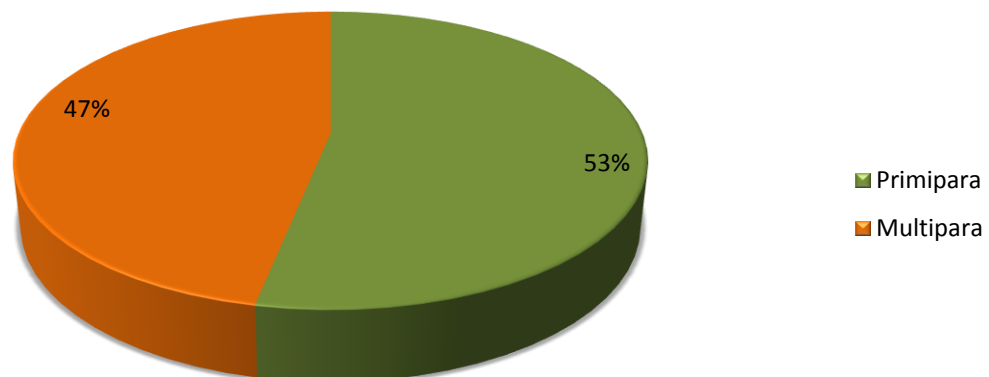
Fuente: Tabla 6

Gráfico 7: Embarazos previos de las mujeres atendidas por HPP en HRAJ durante Enero Diciembre de 2013



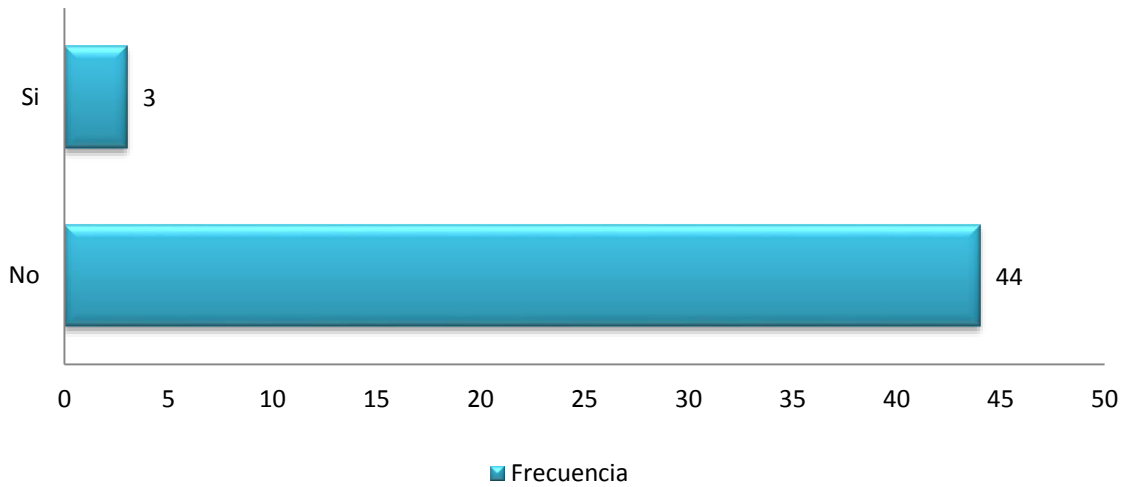
Fuente: Tabla 7

Gráfico 8: Paridad de las mujeres atendidas por HPP en HRAJ durante Enero Diciembre de 2013



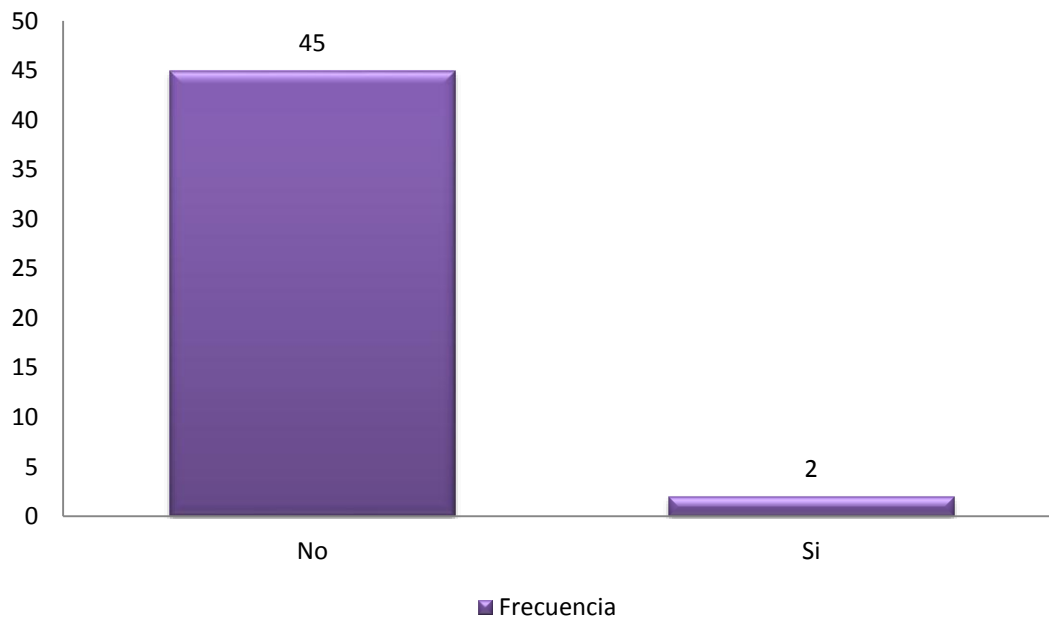
Fuente: Tabla 8

Gráfico 9: Antecedentes de aborto de las mujeres atendidas por HPP en HRAJ durante Enero Diciembre de 2013



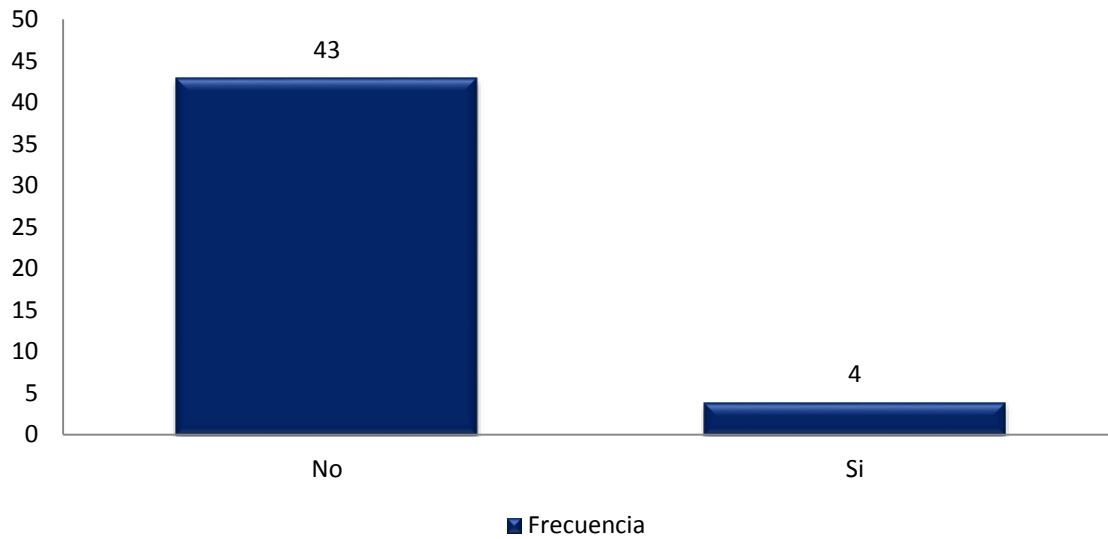
Fuente: Tabla 9

Gráfico 10: Cesáreas previas de las mujeres atendidas por HPP en HRAJ durante Enero Diciembre de 201



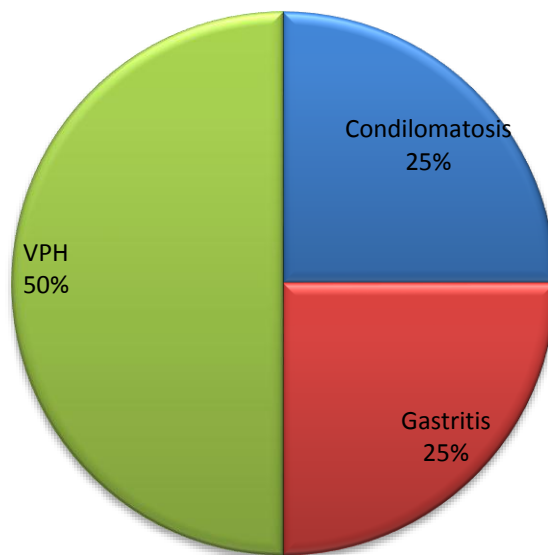
Fuente: Tabla 10

Gráfico 11: Patologías Previas de las mujeres atendidas por HPP en HRAJ durante Enero Diciembre de 2013



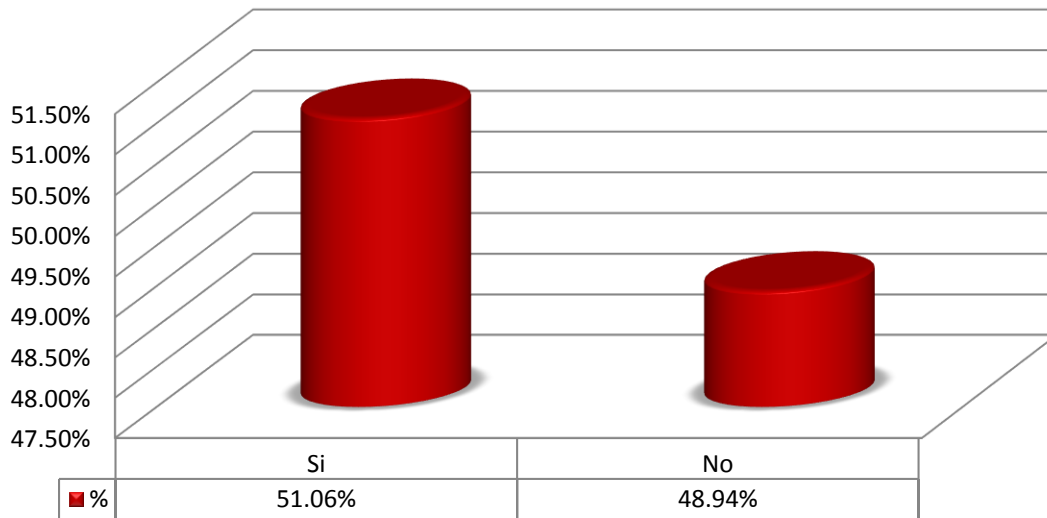
Fuente: Tabla 11

Gráfico 12: Enfermedades principales previas al ingreso de las mujeres atendidas por HPP en HRAJ durante Enero Diciembre de 2013



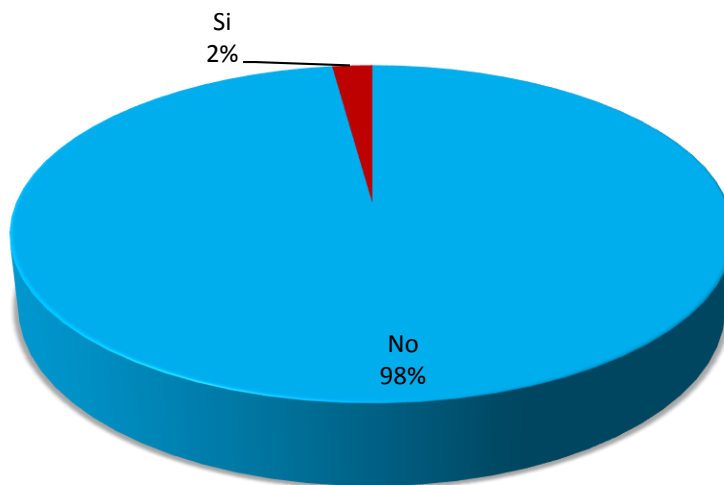
Fuente: Tabla 12

Gráfico 13: Anemia previa al ingreso de las mujeres atendidas por HPP en HRAJ durante Enero Diciembre de 2013



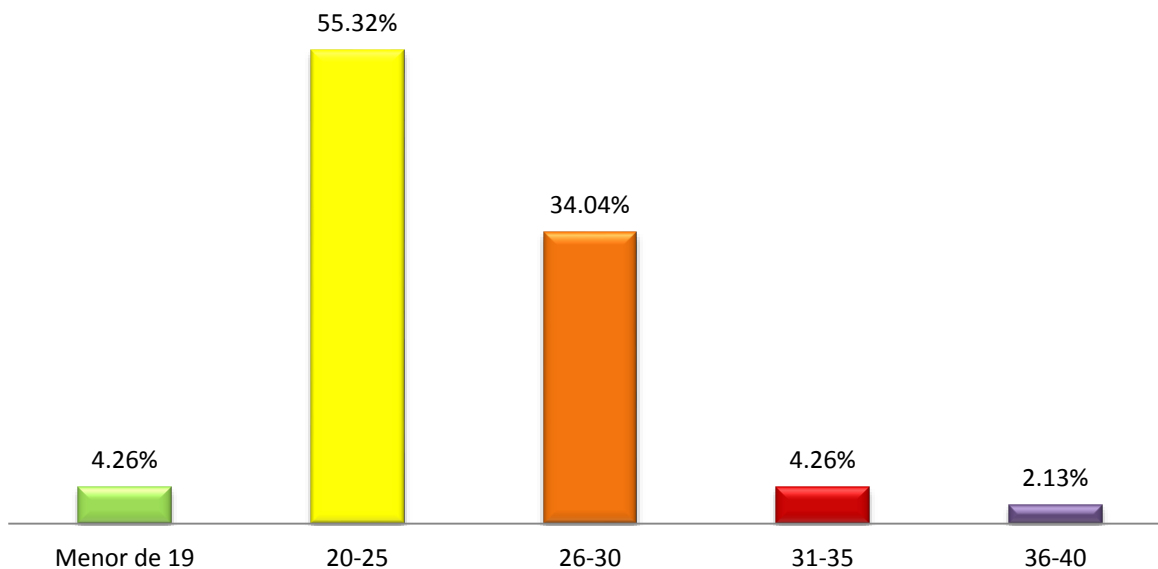
Fuente: Tabla 13

Gráfico 14: Cirugías Genito-urinarias previas al ingreso de las mujeres atendidas por HPP en HRAJ durante Enero Diciembre de 2013



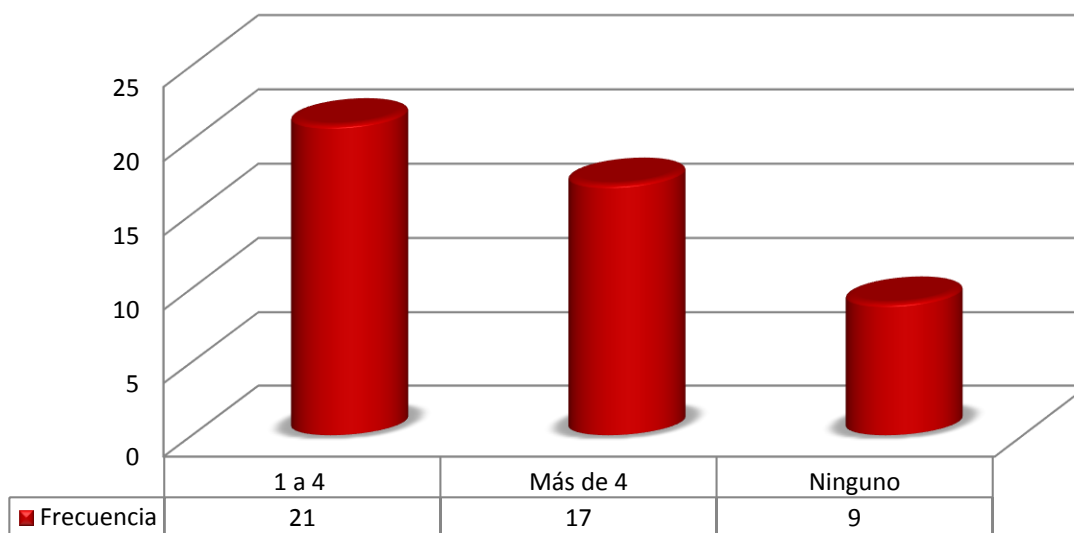
Fuente: Tabla 14

Gráfico 15: Estado nutricional al inicio del embarazo de las mujeres atendidas por HPP en HRAJ durante Enero Diciembre de 2013 según IMC.



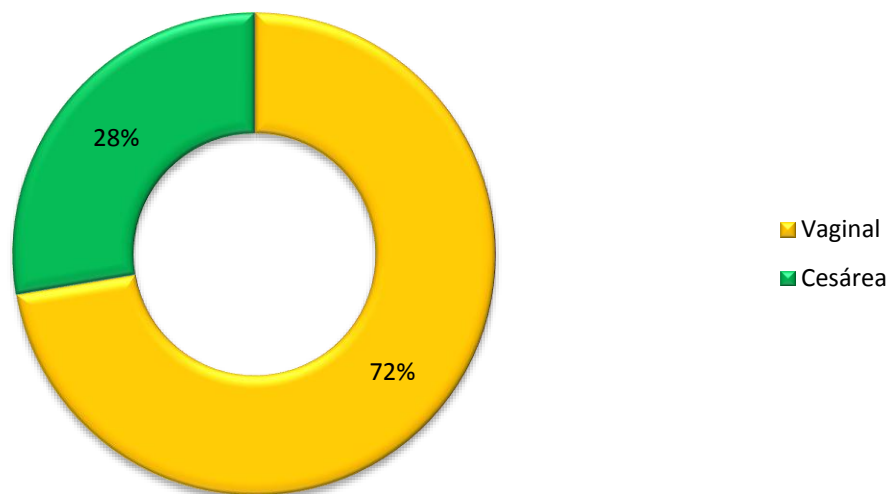
Fuente: Tabla 15

Gráfico 16: Controles prenatales realizados de las mujeres atendidas por HPP en HRAJ durante Enero Diciembre de 2013



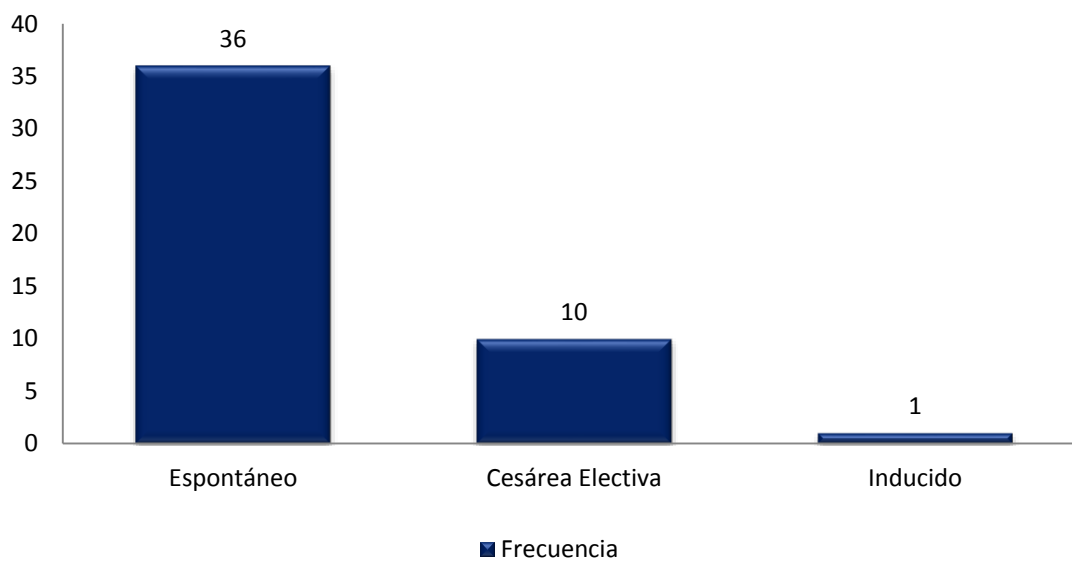
Fuente: Tabla 16

Gráfico 17: Vía de terminación del embarazo de las mujeres atendidas por HPP en HRAJ durante Enero Diciembre de 2013



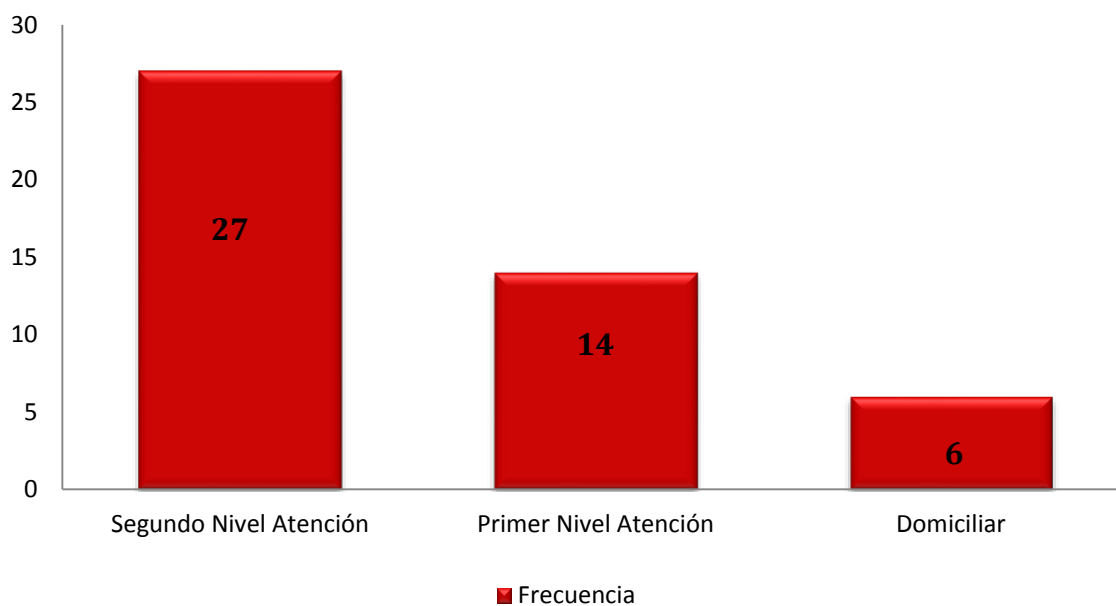
Fuente: Tabla 17

Gráfico 18: Forma de inicio del parto de las mujeres atendidas por HPP en HRAJ durante Enero Diciembre de 2013



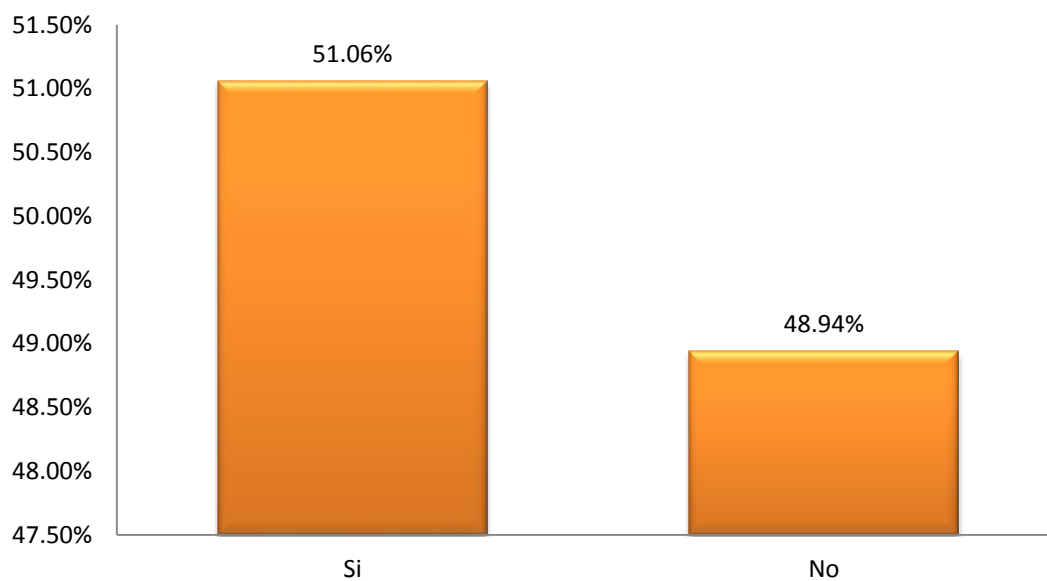
Fuente: Tabla 18

Gráfico 19: Establecimiento en donde ocurrió el parto de las mujeres atendidas por HPP en HRAJ durante Enero Diciembre de 2013



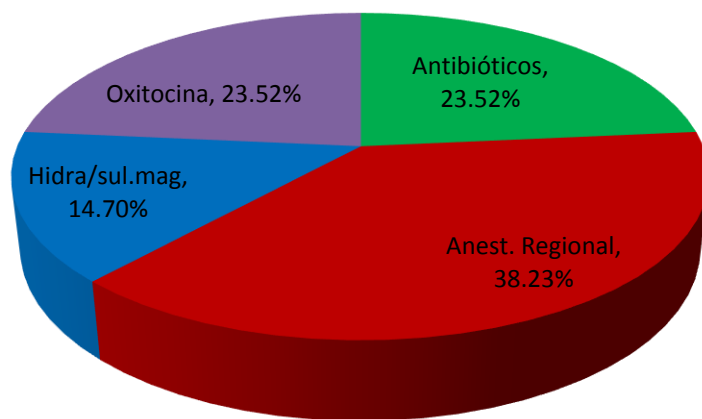
Fuente: Tabla 19

Gráfico 20: Medicación recibida durante el parto de las mujeres atendidas por HPP en HRAJ durante Enero Diciembre de 2013



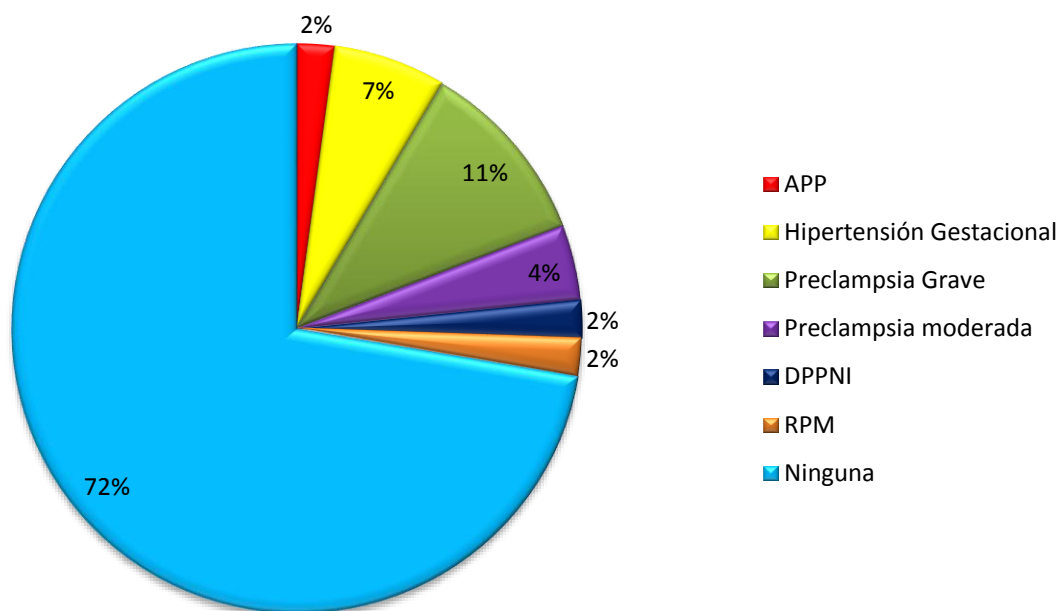
Fuente: Tabla 20

Gráfico 21: Tratamientos más frecuentes recibidos durante el trabajo de parto de las mujeres atendidas por HPP en HRAJ durante Enero Diciembre de 2013



Fuente: Tabla 21

Gráfico 22: Condiciones patológicas asociadas durante el embarazo y parto de las mujeres atendidas por HPP en HRAJ durante Enero Diciembre de 2013



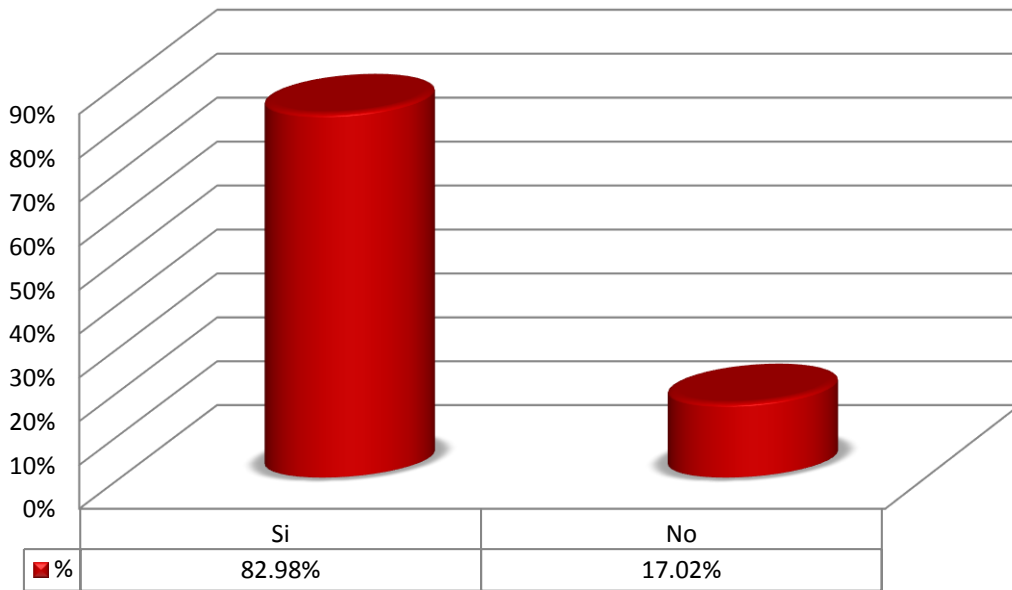
Fuente: Tabla 22

Gráfico 23: Presentación del producto al nacimiento de las mujeres atendidas por HPP en HRAJ durante Enero Diciembre de 2013



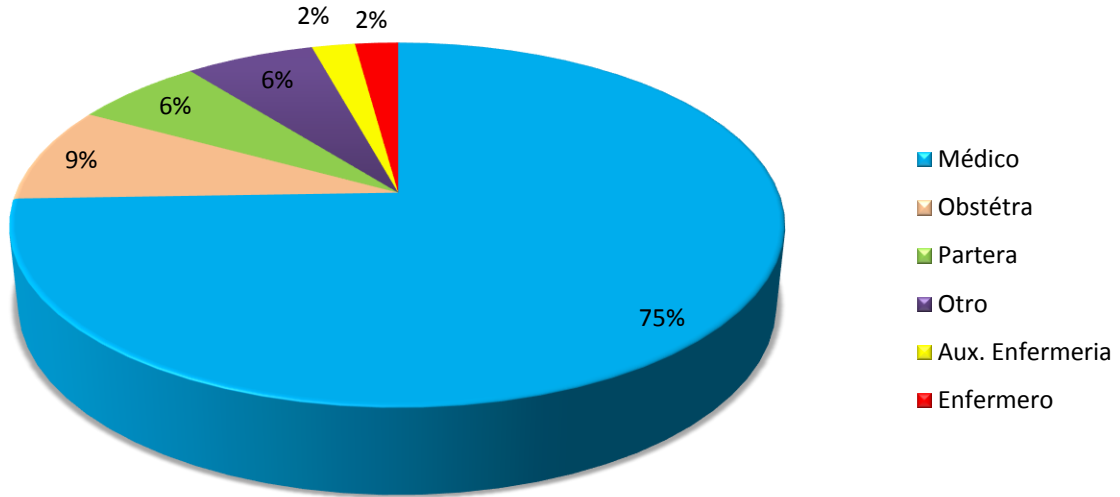
Fuente: Tabla 23

Gráfico 24: Cumplimiento del MATEP de las mujeres atendidas por HPP en HRAJ durante Enero Diciembre de 2013



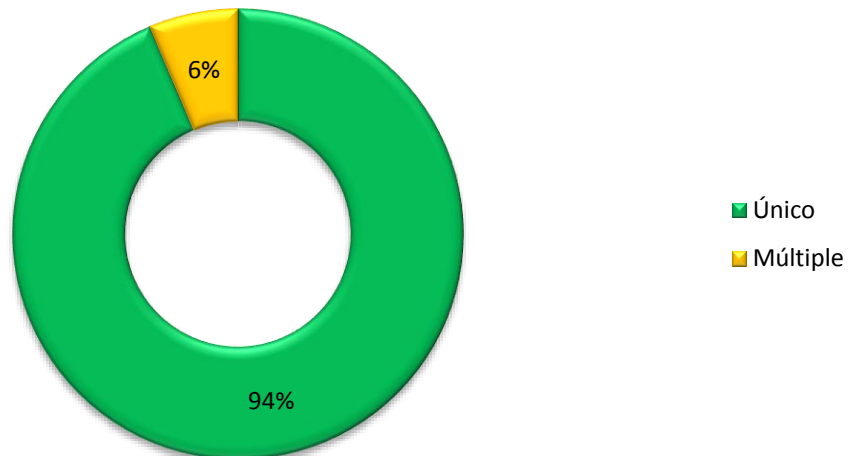
Fuente: Tabla 24

Gráfico 25: Personal que atendió el parto de las mujeres atendidas por HPP en HRAJ durante Enero Diciembre de 2013



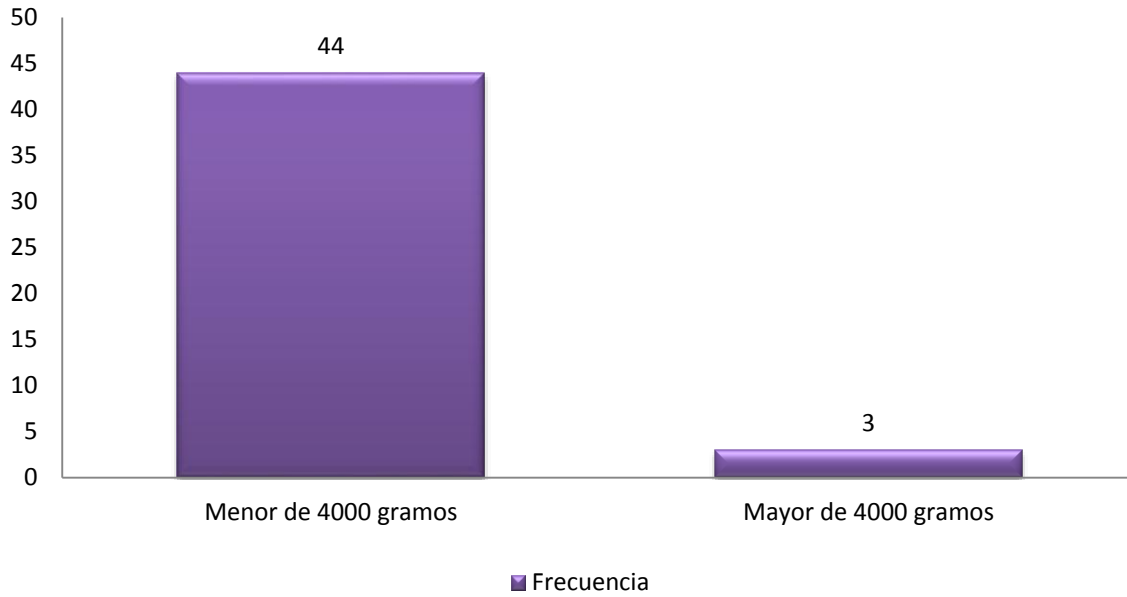
Fuente: Tabla 25

Gráfico 26: Número de fetos de las mujeres atendidas por HPP en HRAJ durante Enero Diciembre de 2013



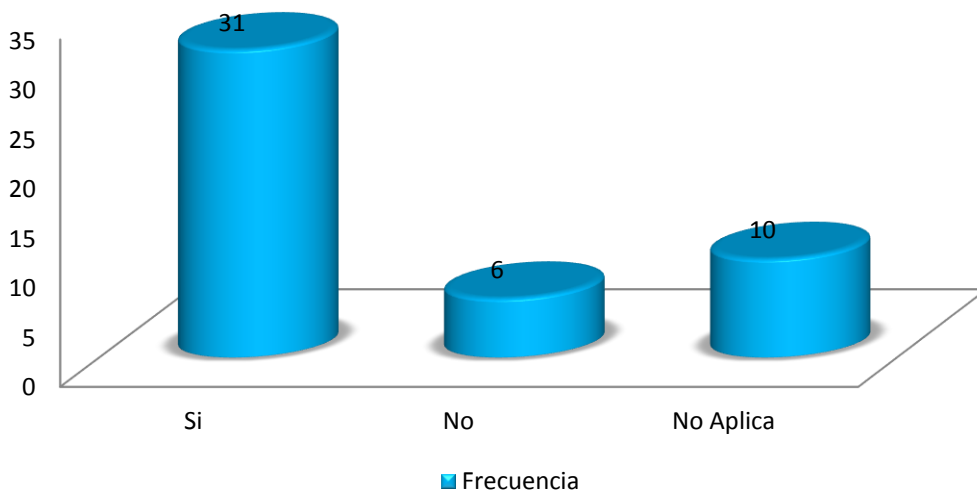
Fuente: Tabla 26

Gráfico 27: Peso fetal de las mujeres atendidas por HPP en HRAJ durante Enero Diciembre de 2013



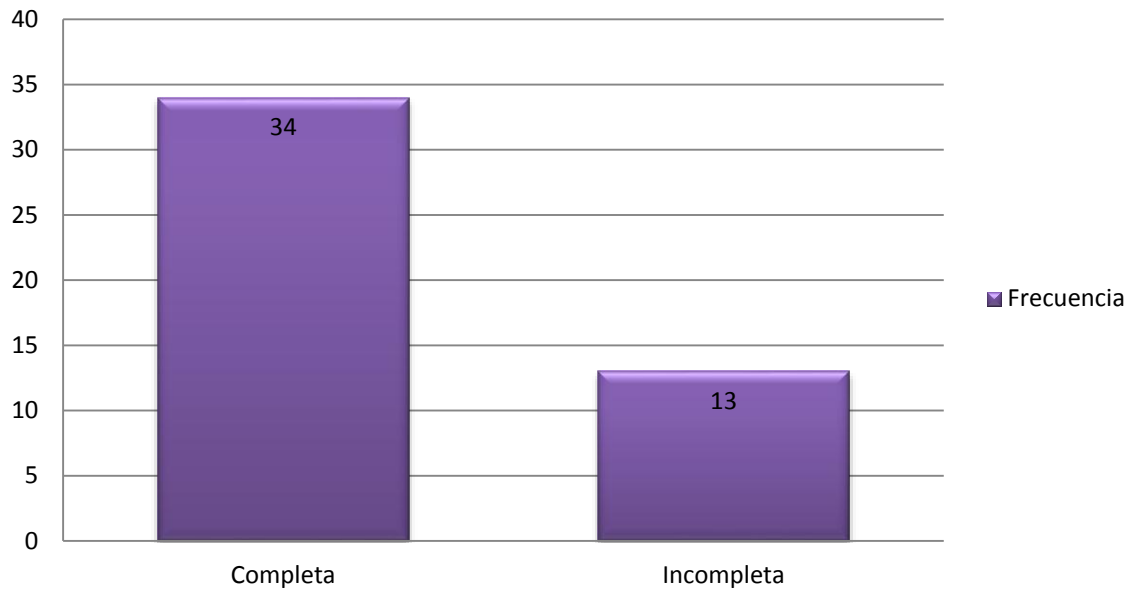
Fuente: Tabla 27

Gráfico 28: Uso del partograma en las mujeres atendidas por HPP en HRAJ durante Enero Diciembre de 2013



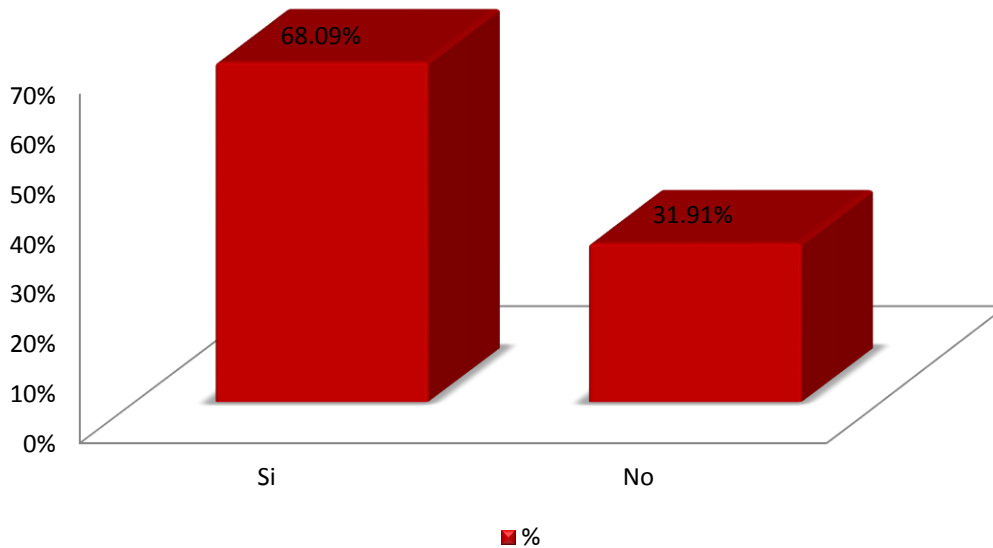
Fuente: Tabla 28

Gráfico 29: Vigilancia puerperal las primeras 2 horas posterior al nacimiento en las mujeres atendidas por HPP en HRAJ durante Enero Diciembre de 2013



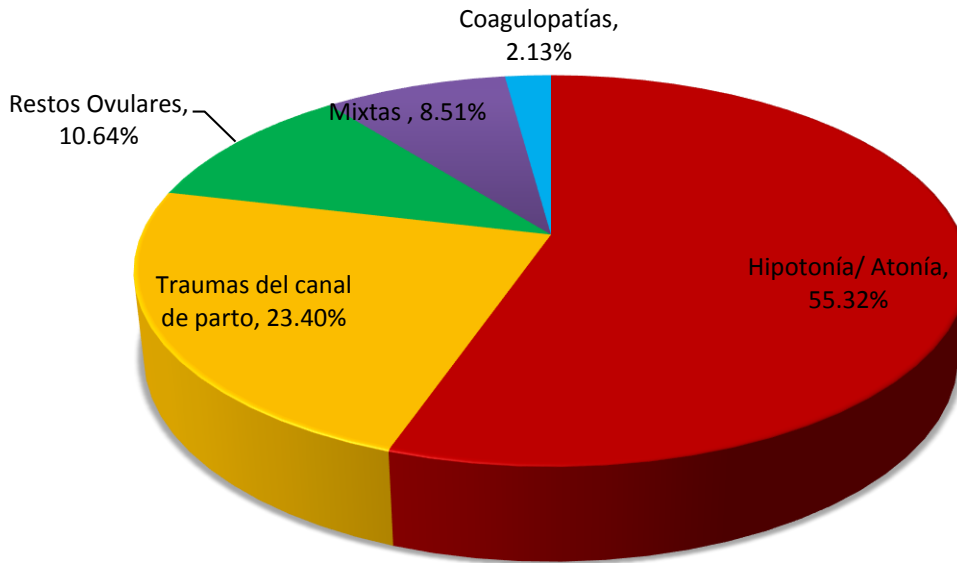
Fuente: Tabla 29

Gráfico 30: Cumplimiento del apego precoz en las mujeres atendidas por HPP en HRAJ durante Enero Diciembre de 2013



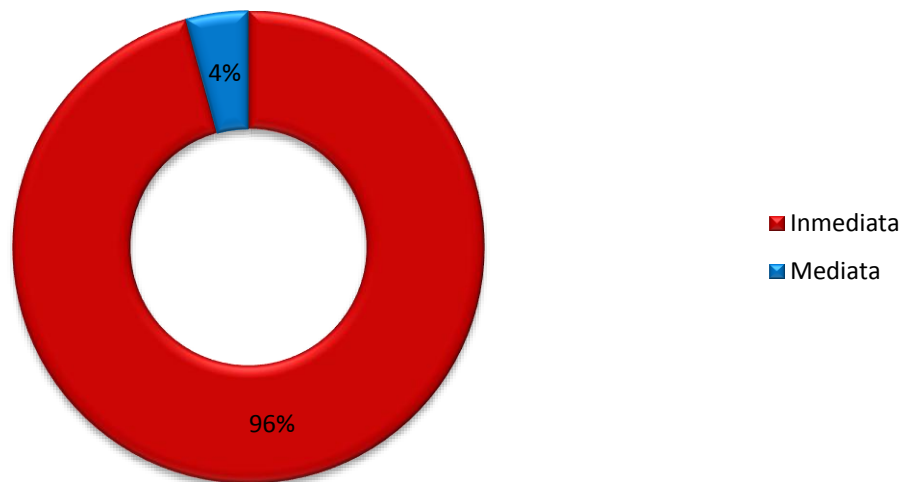
Fuente: Tabla 30

Gráfico 31: Etiología de la Hemorragia post parto en las mujeres atendidas por dicha patología en el HRAJ durante Enero Diciembre de 2013



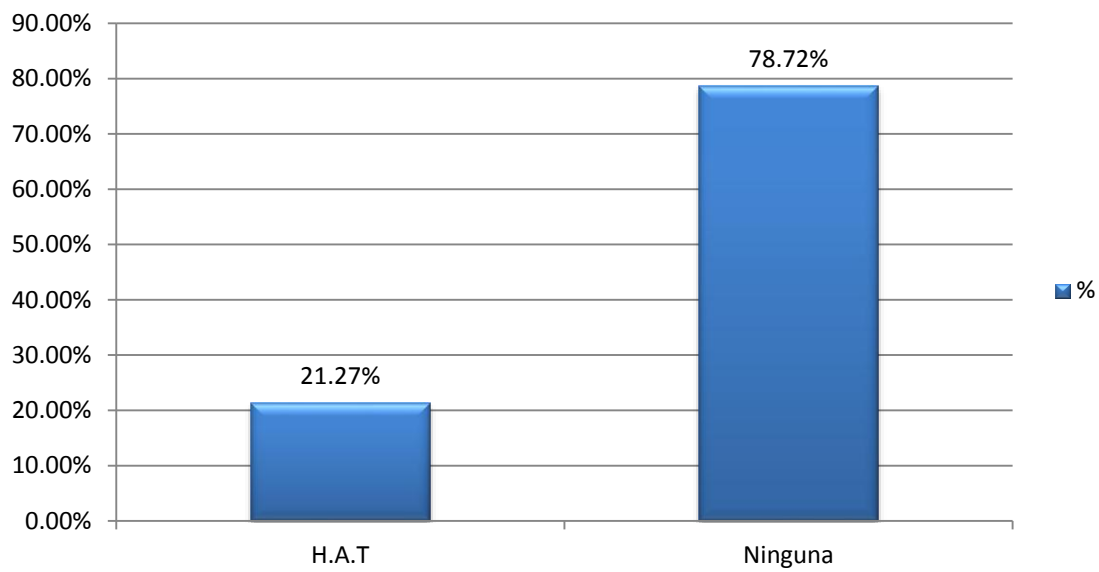
Fuente: Tabla 31

Gráfico 32: Clasificación de la Hemorragia post parto en las mujeres atendidas por dicha patología en el HRAJ durante Enero Diciembre de 2013



Fuente: Tabla 32

Gráfico 33: Complicaciones presentadas por las mujeres atendidas por HPP en el HRAJ durante Enero Diciembre de 2013



Fuente: Tabla 33