

**ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE ATENCIÓN EN HEMORRAGIA POSTPARTO
EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO EN LOS
AÑOS 2008 A 2012**

**EULER ALEXANDER ALPALA CUAICAL
JOHAN ESTEBAN ERASO RODRIGUEZ
VIVIANA JACKELINE OBANDO QUISTANCHALA**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
FACULTAD DE MEDICINA
AREA DE CIENCIAS INVESTIGATIVAS
SAN JUAN DE PASTO
2013**

**ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE ATENCIÓN EN HEMORRAGIA POSTPARTO
EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO EN LOS
AÑOS 2008 A 2012**

**EULER ALEXANDER ALPALA CUAICAL
JOHAN ESTEBAN ERASO RODRIGUEZ
VIVIANA JACKELINE OBANDO QUISTANCHALA**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Médico General

Asesor científico: Héctor Jaramillo
Gineco - Obstetra

Asesor metodológico: Elehonora Argoty
Médica epidemióloga

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
FACULTAD DE MEDICINA
AREA DE CIENCIAS INVESTIGATIVAS
SAN JUAN DE PASTO
2013**

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo a DIOS por haberme dado la fuerza, el apoyo suficiente para sacar adelante este proyecto, por haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional

A mis padres AURA MERY CUAICAL, LUIS ALPALA CUAICAL, con todo mi cariño y mi amor para ustedes que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento, los AMO

A mi hermano Alejandro Alpala Cuaical que se convirtió en una de mis grandes motivaciones para salir adelante.

A mis compañeros de tesis que estuvieron ahí a pesar de los inconvenientes, dificultades, pero que logramos salir adelante paso a paso con este proyecto

“la vida me ha enseñado que con esfuerzo, esmero y dedicación no hay nada imposible “

EULER ALEXANDER ALPALA CUAICAL

DEDICATORIAS

A Dios, por haberme iluminado y bendecido en la escogencia de mi profesión, por colmarme de paciencia, entrega, perseverancia y sabiduría en cada una de mis actividades como estudiante y hoy hacer posible la culminación de todo un trabajo realizado con mucho empeño y dedicación.

A mi Madre Rocio Rodríguez, por todo el esfuerzo y sacrificio, por brindarme todo su amor, comprensión, el apoyo incondicional y la confianza en cada momento de mi vida y sobre todo en mis estudios universitarios.

A todos mis familiares que de alguna u otra manera me llenaron de bendiciones durante toda mi carrera profesional, llenándome de fortaleza y seguridad para llevar a feliz término lo que hoy es para mi, la satisfacción y el orgullo del cumplimiento de un gran objetivo.

A nuestro asesor de Tesis, HECTOR JARAMILLO Por su paciencia y tolerancia, por brindarnos sus valiosos conocimientos y darnos el mejor ejemplo como profesional y como persona.

A mis compañeros de tesis, que con su compañerismo, constancia y disciplina hoy es posible hacer entrega de un trabajo realizado con mucho merito.

A todos y a cada uno mil gracias...

JOHAN ESTEBAN ERASO RODRIGUEZ

DEDICATORIAS

A Dios

Que me ha dado la inspiración para poder finalizarlo con éxito, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre MARIA

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, su paciencia, su motivación que me ha permitido ser una persona de bien y sobre todo por su gran amor

A mi padre MARCOS

Por su gran ejemplo de trabajo continuo y de perseverancia que lo caracterizan y lo hacen un gran hombre, modelo a seguir.

A mis FAMILIARES

A mi hermana Nubia que ha sido un gran ejemplo de hermana mayor y de la cual aprendí aciertos en momentos difíciles. A mi sobrina Anyela que a su corta edad muestra la madurez necesaria, para brindar su ayuda cuando más lo necesito. A Jhon que ha sido la persona que me ha apoyado incalzablemente en el transcurso de mi carrera y me ha brindado su amor incondicional para seguir adelante. Al señor Hugo y su esposa Aida que han sido dos personas importantes en mi vida y me han acompañado y ayudado siempre.

A mis MAESTROS

Los cuales con su paciencia lograron orientar la realización de esta investigación, aquellos que nos dedicaron parte de su tiempo para despejar dudas y nos brindaron su conocimiento para el beneficio de nuestro proyecto.

A mis AMIGOS

Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigos: Leidy Zambrano Hidalgo y Angela Acosta

A la FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN y en especial a la Facultad de MEDICINA por permitirme ser parte de una generación de triunfadores y gente productiva para el país.

VIVIANA JACKELINE OBANDO QUISTANCHALA

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresamos nuestros agradecimientos a:

Fundación Universitaria San Martín, por orientarnos en una disciplina del conocimiento en pos del beneficio humano

Al Hospital Universitario Departamental de Nariño, por permitir el desarrollo del presente trabajo y su colaboración continua

Al Doctor Héctor Jaramillo, Gineco-Obstetra, por su guía, su colaboración científica y su amistad

A la Doctora Elehonora Argoty, Médica epidemióloga, por su oportuna colaboración

A todos y cada uno de los Docentes por su conocimiento y sabiduría puesta a nuestra disposición

Al personal administrativo y a la comunidad san martiniana por ser formar parte de nuestra familia

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

San Juan de Pasto, Mayo de 2013

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las opiniones expresadas en esta investigación son responsabilidad de los autores y no comprometen a la FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN.

CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCIÓN	18
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	20
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	22
2. JUSTIFICACIÓN	23
3. MARCO DE REFERENCIA	24
3.1 MARCO CONTEXTUAL	24
3.2 MARCO TEÓRICO	25
3.2.1 Definición de hemorragia post-parto y Clasificación	25
3.2.2 Etiología y factores de riesgo	26
3.2.3 Estudios relacionados	27
3.2.4 Manifestaciones clínicas y diagnóstico	29
3.2.5 Tratamiento	29
3.3 MARCO CONCEPTUAL	31
3.4 MARCO LEGAL	34
4. OBJETIVOS	37
4.1 OBJETIVO GENERAL	37
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
5. METODOLOGÍA	38
5.1 TIPO DE ESTUDIO	38

5.2 POBLACIÓN	38
5.3 FUENTES DE RECOLECCION	38
5.3.1 Fuentes primarias	38
5.3.2 Fuentes secundarias	38
5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN	38
5.4.1 Criterios de inclusión	38
5.4.2 Criterios de exclusión	38
5.5 Sesgos	38
5.6 Consideraciones éticas	38
5.7 Variables	39
6. ANÁLISIS DE RESULTADOS	40
6.1 ANALISIS UNIVARIADO	40
6.2 ANALISIS BIVARIADO	61
6.3 ANÁLISIS DE DATOS	67
7. DISCUSION	69
CONCLUSIONES	71
PERSPECTIVAS	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	75

LISTA DE FIGURAS

	Pag.
Figura 1. Hospital Universitario Departamental de Nariño, 2013.	24
Figura 2. Flujo grama de atención a paciente con hemorragia postparto (HPP)	32
Figura 3. Cumplimiento de la guía de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	61

LISTA DE CUADROS

	Pag.
Cuadro 1. Frecuencia de edad de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	40
Cuadro 2. Frecuencia estrato de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	41
Cuadro 3. Frecuencia área geográfica de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	42
Cuadro 4. Frecuencia raza de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	43
Cuadro 5. Frecuencia factores de riesgo de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	44
Cuadro 6. Frecuencia pérdida de sangre de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	45
Cuadro 7. Frecuencia primigestantes de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	46
Cuadro 8. Frecuencia manejo activo de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	47
Cuadro 9. Frecuencia primigestantes y multigestantes en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	48
Cuadro 10. Frecuencia placenta retenida en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	49
Cuadro 11. Frecuencia cefalea en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	50
Cuadro 12. Frecuencia taquicardia en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	51
Cuadro 13. Frecuencia de hipotensión en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	52

Cuadro 14. Frecuencia oliguria en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	53
Cuadro 15. Frecuencia palidez en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	54
Cuadro 16. Frecuencia abdomen agudo en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	55
Cuadro 17. Frecuencia alteración de la conciencia en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	56
Cuadro 18. Frecuencia complicaciones parto en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	57
Cuadro 19. Frecuencia preeclampsia en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	58
Cuadro 20. Frecuencia cumplimiento de la guía en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	59
Cuadro 21. Frecuencia parto domiciliario en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	60
Cuadro 22. Frecuencia factores de riesgo y complicaciones parto en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	62
Cuadro 23. Frecuencia parto domiciliario y cumplimiento de la guía en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	64
Cuadro 24. Frecuencia multigestante y tratamiento HPP en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	65
Cuadro 25. Frecuencia placenta retenida y quirúrgico en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	66

LISTA DE GRÁFICAS

	Pag.
Gráfica 1. Frecuencia de edad de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	40
Gráfica 2. Frecuencia estrato de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	41
Gráfica 3. Frecuencia área geográfica de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	42
Gráfica 4. Frecuencia raza de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	43
Gráfica 5. Frecuencia factores de riesgo de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	44
Gráfica 6. Frecuencia pérdida de sangre de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	45
Gráfica 7. Frecuencia primigestantes de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	46
Gráfica 8. Frecuencia manejo activo de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	47
Gráfico 9. Frecuencia primigestantes y multigestantes en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	48
Gráfica 10. Frecuencia placenta retenida en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	49
Gráfica 11. Frecuencia cefalea en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	50
Gráfica 12. Frecuencia taquicardia en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	51
Gráfica 13. Frecuencia de hipotensión en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	52

Gráfica 14. Frecuencia oliguria en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	53
Gráfica 15. Frecuencia palidez en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	54
Gráfica 16. Frecuencia abdomen agudo en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	55
Gráfica 17. Frecuencia alteración de la conciencia en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	56
Gráfica 18. Frecuencia complicaciones parto en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	57
Gráfica 19. Frecuencia preeclampsia en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	58
Gráfica 20. Frecuencia cumplimiento de la guía en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	59
Gráfica 21. Frecuencia parto domiciliario en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	60
Gráfica 22. Frecuencia factores de riesgo y complicaciones parto en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	62
Gráfica 23. Frecuencia complicaciones parto y primigestantes en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	63
Gráfica 24. Frecuencia parto domiciliario y cumplimiento de la guía en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	64
Gráfica 25. Frecuencia multigestante y tratamiento HPP en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	65
Gráfica 26. Frecuencia placenta retenida y quirúrgico en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	66
Gráfica 27. Frecuencia abdomen agudo y quirúrgico en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012	67

LISTA DE ANEXOS

	Pag.
Anexo A. Cronograma	76
Anexo B. Presupuesto	77
Anexo C. Instrumento	79
Anexo D. Variables de campo	81
Anexo E. "Adherencia a las guías de atención en hemorragia postparto en el Hospital Universitario Departamental de Nariño en los años 2008 A 2012"	82
Anexo F. Artículo	83

INTRODUCCIÓN

La Mortalidad Materna (MM) se considera un indicador de disparidad e inequidad social y económica de los países latinoamericanos. Las Naciones Unidas han incluido la reducción de la MM, como uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM: 5, Reducir en $\frac{3}{4}$ partes la tasa de MM derivada de la maternidad)(1). A pesar de ser una prioridad en muchos países, como resultado de complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, cada año en todo el mundo mueren cerca de 600.000 mujeres en edad reproductiva(2). Entre las principales causas destacan: hemorragia especialmente postparto(HPP) (25%), sepsis (15%), alteraciones hipertensivas del embarazo (12%) y labor prolongada o detenida (8%)(2)

La hemorragia asociada a la gestación y en especial durante el parto, alumbramiento y postparto continúan siendo una causa de MM importante. Muchos factores como la anemia durante la gestación, el parto domiciliario, la falta de reconocimiento de los factores de riesgo antes de la atención del parto, la atención de partos de mujeres en riesgo de hemorragia en entes de salud con deficiente capacidad instalada y que además no están preparados para manejo de la emergencia, la utilización de oxitócicos sin un sistema que permita la adecuada dosificación, la episiotomía de rutina y el desconocimiento de las técnicas del alumbramiento dirigido, son entre otros los principales factores que contribuyen a la HPP y a la MM”(3)

En este sentido, se ha demostrado que la conducta activa en el alumbramiento disminuye la pérdida sanguínea, el tiempo que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta y la hemorragia puerperal. Asimismo, resultados de 2 ensayos clínicos aleatorizados sugieren que el manejo activo del tercer período del parto, como medida preventiva de rutina, está asociado con una reducción de 2 a 3 veces en el riesgo de HPP.(4)

Así, la HPP es uno de los principales cuadros clínicos que se presentan en sala de maternidad, principalmente debido al mal manejo que se le da a la atención del parto o a la falta de capacitación del personal médico tratante. Es por eso que para dicho fin se ha diseñado una norma en la cual se estipula los pasos a seguir durante y después de la atención a la materna que llega a las entidades prestadoras de salud de Nariño. Además, la atención al parto supone una parte importante de la actividad asistencial de los hospitales que disponen de maternidad en Colombia.

Por lo tanto, con el presente trabajo se busca investigar acerca del cumplimiento a término de la norma estipulada por parte del Hospital Universitario Departamental de Nariño (HUDN) del municipio de Pasto y que a través de la información obtenida pueda convertirse en una herramienta que permita garantizar

a las pacientes gestantes una atención oportuna y de calidad, con una detección temprana de las alteraciones del embarazo y sus posibles complicaciones.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La HPP es la principal causa de muerte materna a nivel mundial (17-40%)(5, 6), principalmente en países en vías de desarrollo o subdesarrollados”(7) siendo en la mayoría de los casos potencialmente evitable(8).La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que se presentaron aproximadamente 500.000 muertes maternas en el mundo en el año 2005(5), 50% debidas a HPP dejando complicaciones secundarias en más de 20 millones de mujeres anualmente (5), donde se estima, una incidencia de alrededor del 10,5% de los nacidos vivos(7).

Claramente, la incidencia es menor en entornos de países desarrollados, donde la mayoría de las mujeres dan a luz en un hospital y donde el manejo activo de la tercera etapa del parto es la norma, en comparación con el desarrollo de las zonas donde una gran proporción de mujeres que el parto es domiciliario.

Sobre la base de la media mundial, se ha estimado que cada año cerca de 14 millones de mujeres sufren la pérdida severa de sangre durante el parto o el puerperio; siendo en esta etapa donde se presenta la complicación más temida que es la HPP (9). Durante el 2003 y 2004 ocurrieron 140.000 muertes por causa de HPP (una cada 4 minutos), con una prevalencia aproximada de 13% en estos años y una tasa de letalidad de 1%(10). Otro 12% sobrevive, pero con anemia severa, lo que significa que cada año cerca de 1,6 millones de mujeres en edad reproductiva sufren de consecuencias duraderas y debilitantes de anemia debido a complicaciones del embarazo”(10)

La MM es un indicador de disparidad socioeconómica; en el mundo afecta el 4-6 % de todos los embarazos(11), y lastimosamente; Latinoamérica tiene tasas elevadas Nicaragua, cuenta con una de las tasas más altas de la región (media de 91,8 por 100,000 nvr entre 2000 y 2006). El 63% de estas muertes, son como consecuencia de HPP”(12). En el 2006 en el mundo se presentó de un 4 – 6% de todos los embarazo donde Argentina reportó un 10% de los embarazos, 140 mil mujeres mueren al año por HPP(11)

Se ha encontrado que HPP, es más común en partos vaginales de nulíparas, múltiparas, en trabajo de parto prolongado o inducido, pre-eclampsia, realización de episiotomía, embarazo múltiple, parto con fórceps o vaccum, raza asiática o hispánica y placenta retenida(13). Se sabe que la HPP es un problema a nivel mundial (6), pues existen muchos países que tienen este problema entre ellos Colombia puesto que es un país en el cual no se ha logrado la meta de reducción de la MM que ha propuesto la OMS; la tasa de mortalidad materna en Colombia para 2000 fue de 104.9 por 100.000 nacidos vivos (14). Colombia para el año

2006, la HPP fue la segunda causa de muerte obstétrica después de los trastornos hipertensivos(15). En el departamento de Antioquia, la hemorragia obstétrica fue la primera causa de muerte en los años: 2004, 2005, 2006, 2007(16).

Una limitación importante de la mayoría de los estudios publicados es que basaron sus estudios en la estimación visual de la pérdida de sangre registrada en las historias clínicas para identificar la HPP, un método que se ha demostrado tiene una inexactitud considerable(13). Al final de un embarazo a término 500 a 800 ml de sangre fluyen a través del torrente sanguíneo al sitio placentario cada minuto. La HPP es una pérdida de sangre mayor a 500ml o más durante las primeras 24 horas después del periodo expulsivo un descenso del 10% o más del hematocrito durante las primeras horas después del parto(17), cuyo diagnóstico está basado en la identificación los factores que predisponen a la HPP, con una detallada búsqueda en las historias clínicas sobre datos de paciente con antecedentes de HPP previos que pudieren desencadenar una HPP y en caso de haber sangrado debe ser mayor o igual a 500 ml aparte de los 1000 ml perdidos normalmente y este debe ser en las primeras 24 horas después del periodo expulsivo (18)

La atención del parto como una presente ley tiene por objeto asegurar el ejercicio de los derechos de la mujer embarazada y del recién nacido, para garantizarle una maternidad digna, saludable, deseada, segura y sin riesgos, mediante la prestación oportuna, eficiente y de buena calidad de los servicios de atención prenatal, del parto, postparto y perinatal, para reducir la morbilidad materna y perinatal(19). Sin embargo, una inadecuada atención en los servicios de salud genera altos costos sociales y financieros para el país, ya que es un evento considerado prevenible con base en los conocimientos y recursos tecnológicos actuales y hoy por hoy, existen guías de atención que definen claramente las conductas a seguir ante este evento, sin embargo, este se sigue presentando(20)

En la actualidad existe evidencia que es posible su prevención o modificar su pronóstico mediante el manejo adecuado de la misma. En consideración con lo anterior ministerio de salud de la república de Colombia, establece el protocolo de manejo de la HPP con el fin de reducir su prevalencia y las complicaciones derivadas de la misma. La presencia de HPP es principalmente el criterio clínico el que orienta el diagnóstico, sin embargo en los casos de trastornos de coagulación se requieren pruebas de laboratorio”(21).

Sin embargo, una inadecuada atención en los servicios de salud genera altos costos sociales y financieros para el país, ya que es un evento considerado prevenible con base en los conocimientos y recursos tecnológicos actuales y hoy por hoy, existen guías de atención que definen claramente las conductas a seguir ante este evento, sin embargo, este se sigue presentando(20).

Lo anterior permitió el planteamiento de la siguiente pregunta de investigación:

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de adherencia a las guías de atención de hemorragias posparto en el Hospital Universitario Departamental de Nariño en los casos años 2008 a 2012?

2. JUSTIFICACIÓN

Con la aplicación de la guía de atención de hemorragia postparto, se pretenden establecer los parámetros mínimos de atención, con calidad y racionalidad científica, para dar respuesta a los derechos de las mujeres gestantes y disminuir las tasas de morbilidad, mortalidad materna y perinatal existentes en Colombia, ya que muchas de las muertes maternas se producen durante las primeras 24 horas después del nacimiento del bebé y la mayoría de ellas son causadas por hemorragias; estas cifras pudieran variar en diferentes países dependiendo de su nivel de desarrollo, pero la causa principal de la hemorragia sigue siendo la atonía uterina, es por eso que cada mujer necesita una cuidadosa observación y la asistencia del médico el cual basa su proceder en las guías de atención las cuales le indican los procedimientos a realizar”(22).

El Hospital Universitario Departamental de Nariño (HUDN) es una institución de referencia donde se presta el servicio de ginecología y obstetricia(23, 24), en este hospital es en donde se maneja un volumen importante de mujeres, de las cuales muchas sufren complicaciones en el parto y puerperio. En la actualidad no se cuenta con estudios sobre la aplicación de la guía de atención de la HPP aplicada en el HUDN con la cual se pueda tener de referencia y de esta manera se pueda hacer una intervención oportuna y eficiente, realizar todo el proceso metodológico implementado en de la guía de manejo de HPP y así, cada año, en este hospital, se cuente con una estrategia de mejoramiento en cuanto al manejo de esta patología. De igual manera sensibilizar a los estudiantes de medicina, internos y especialidad de ginecología y obstetricia en el conocimiento de este trabajo. Los profesionales, serán capaces de hacer un correcto manejo de la guía de atención en HPP dentro del hospital.

La atención del parto como una presente ley tiene por objeto asegurar el ejercicio de los derechos de la mujer embarazada y del recién nacido, para garantizarle una maternidad digna, saludable, deseada, segura y sin riesgos, mediante la prestación oportuna, eficiente y de buena calidad de los servicios de atención prenatal, del parto, postparto y perinatal, para reducir la morbimortalidad materna y perinatal(19).

De esta manera, este estudio busca brindar información a las instituciones prestadoras de salud sobre el cumplimiento de la guía de atención de la HPP, lo cual puede llevar a que estas instituciones mejoren la prestación del servicio de atención a sus usuarias, con calidad y seguridad para evitar los casos de HPP que pueden llevar a la paciente incluso a la muerte, a su vez un mejor manejo de la guía influye en cierta medida en la disminución de las tasas de mortalidad y los problemas que trae consigo a la familia la pérdida de un ser querido.

3. MARCO DE REFERENCIA

3.1 MARCO CONTEXTUAL

El Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., es la única organización de la red pública de nivel III de la región, funciona desde el 15 de diciembre de 1975 y en octubre de 1990, mediante Resolución del Ministerio de Salud No. 14676. A partir del 10 de diciembre de 1994, se constituye en una Empresa social del Estado por ordenanza 067 expedida en la Asamblea Departamental de Nariño, proyectándose con los avances de la Ciencia, la Tecnología y la Gerencia Moderna a la comunidad del Sur Occidente del País

La investigación será enfocada en un hospital de referencia de la ciudad de San Juan de Pasto, Hospital Universitario Departamental de Nariño(Figura 1),ubicado en la calle 22 número 7 – 93 al lado del Parque Bolívar (23). El HUDN cuenta con todos los servicios de un tercer nivel de atención en salud como son: consulta externa, laboratorio, urgencias, quirófanos, medicina interna, pediatría, ginecología, cirugía; especialidades como otorrinolaringología, oftalmología, dermatología, gastroenterología, neurocirugía, urología.

El servicio de ginecología cuenta con aproximadamente de 30 a 60 camas destinadas a las pacientes que ingresan al HUDN con patologías ginecobstétricas independiente de la área de procedencia, motivo que lleva a el personal del área de salud cumplan parámetros establecidos por la institución para el mejor desempeño en cuanto al manejo hospitalario y atención del paciente. Se han establecido protocolos para el manejo de las distintas patologías , como lo es la guía de HPP, enfocada a la reducción de la mortalidad en las pacientes que necesitaron esta atención.

Figura 1. Hospital Universitario Departamental de Nariño, 2013.



Fuente: tomada por Euler Alpala con cámara Cannon, en Abril de 2013

3.2 MARCO TEÓRICO

3.2.1 Definición de hemorragia post-parto y Clasificación. Al final de un embarazo a término 500 a 800 ml de sangre fluyen a través del torrente sanguíneo al sitio placentario cada minuto; La hemorragia posparto se define como la pérdida de sangre mayor a 500ml o más durante las primeras 24 horas después del periodo expulsivo un descenso del 10% o más del hematocrito durante las primeras horas después del parto(17, 25)

La Clasificación de la HPP es según sea el tiempo de presentación de esta, siendo así encontramos la hemorragia post-parto inmediata: la cual se define como una pérdida de sangre igual o mayor a 500ml originada en el canal del parto, 24 horas posteriores al parto y la hemorragia post-parto tardía: la cual se define como un sangrado excesivo que se presenta entre las 24 horas posteriores al parto o al final del puerperio que son 42 días”(25). De acuerdo al sitio de origen también existe una clasificación la cual podríamos decir que son uterinas o no uterinas.

Las uterinas: Pueden deberse a: Hipotonías uterinas, Retención de placenta y/o restos, Inversión uterina, Traumatismo uterino.

Las no uterinas: Pueden tener su origen en: Desgarros o hematomas en el canal del parto, lo cual incluye la episiotomía y Coagulopatías.

Atonía Uterina: Se define como un cuadro en donde posterior a la expulsión de la placenta el útero no tiene la capacidad de retraerse ni contraerse, lo cual lleva a una alteración en la hemostasia. Este cuadro es la causa primaria de hemorragia post-parto dentro de los factores desencadenantes podemos encontrar: sobre distensión uterina, trabajo de parto disfuncional, por administración de fármacos, Retención de la placenta y/o restos: Aquello hace referencia cuando la placenta no es expulsada dentro de 30 minutos después del parto del producto o su expulsión parcial; esta es la principal causa de hemorragia post-parto tardía; dentro de los factores predisponentes están: antecedentes de cesárea, legrado uterino, fibromatosis uterina, adherencia anormal de la placenta, lóbulo placentario aberrante, mal manejo del parto y el alumbramiento.

Inversión uterina: se define como el prolapso del útero al cuello o su través, que puede o no pasar el cuello e incluso puede llegar hasta la vagina, dentro de los factores predisponentes están: una inversión uterina previa, placenta adherente, iatrogenia en el momento del alumbramiento o en la extracción de la placenta. A su vez de acuerdo al grado de inversión se puede catalogar como completa o incompleta y de acuerdo a su duración se clasifica en aguda, sub aguda o crónica; la primera hace referencia cuando no hay constricción cervical, la segunda se refiere a una inversión ocurrida posterior a la constricción y la última se refiere a la inversión que ocurre luego de cuatro semanas.

Traumatismo uterino: Estos pueden ser: por ruptura uterina o por desgarros cervicales.

Ruptura uterina: la cual tiene como factores predisponentes una cicatriz uterina previa, un parto prolongado o precipitado. Hiperdistensión uterina, hiperestimulación oxitócica(26).

3.2.2 Etiología y factores de riesgo. Dentro de su etiología encontramos lo siguiente

- ✓ Hipotonía uterina
- ✓ Retención de restos
- ✓ Trabajo de parto prolongado
- ✓ Parto precipitado
- ✓ Uso de oxitócica o beta miméticos en el parto
- ✓ Multiparidad
- ✓ Hipo perfusión uterina
- ✓ Infección (corioamnionitis)
- ✓ Abrupción placentario
- ✓ Placenta previa
- ✓ Inversión uterina
- ✓ Lesiones cervicales, vaginales, perineales
- ✓ Parto instrumentado, pujo no controlado
- ✓ Cicatriz uterina anterior
- ✓ Parto prolongado
- ✓ Feto grande
- ✓ Maniobra de kristeller: se ha visto que la practica medica esta maniobra puede traer más complicaciones en el post parto con numerosos peligros como hemorragias, desprendimiento de placenta que implica cesárea urgente con peligro de muerte del binomio madre- hijo”(27).

Dentro de los Factores de Riesgo se debe identificar a las maternas con mayor riesgo de padecer hemorragia uterina posparto mediante historia clínica, antecedentes obstétricos, condiciones actuales de la gestante y revisión de exámenes paraclínicos, como principales factores de riesgo encontramos:

- Antecedentes de hemorragia pos parto
- Sobre distensión uterina por: embarazo múltiple, poli hidramnios
- Feto grande(altura uterino mayor 36 cm)
- Cicatrices uterinas previas(cesárea, miomatosis)
- Anemia materna
- Paciente manejada con uteroinhibición
- Paciente pre ecláptica
- Anemia de células falciformes

- Pacientes con trastornos de coagulación

3.2.3 Estudios relacionados. Catorce millones de mujeres sufren de hemorragia obstétrica en el mundo cada año”(28).

La principal causa de hemorragia obstétrica es la HPP, evento que si no es tratado adecuadamente lleva a la muerte en cuestión de horas. Tradicionalmente los factores que se han considerado como predisponentes son: la preeclampsia, el trabajo de parto prolongado, el uso de oxitocina durante el trabajo de parto, los antecedentes de HPP, el embarazo múltiple, la macrosomía y la multiparidad. Sin embargo, la identificación de dichos factores no siempre es de utilidad porque en dos tercios de los casos la hemorragia se presenta en pacientes sin riesgo

Si bien es un evento en buena medida prevenible y tratable, en los países en desarrollo generalmente se convierte en fatal, dada la limitación en el acceso a servicios de salud de buena calidad y con recursos suficientes para afrontar estas emergencias y la posibilidad de brindar una transfusión oportuna de sangre y hemoderivados. La probabilidad de morir se incrementa en forma importante cuando la mujer llega con anemia al momento del parto, situación frecuente en estos países; una mujer en estas condiciones puede morir con pérdidas sanguíneas tan bajas como 250 a 500 cc.(28)

Las estrategias planteadas a nivel mundial para prevenir las muertes por esta causa son diversas y en algunos casos la recomendación es realizar más estudios acerca del tema. Todo nacimiento produce cierto grado de hemorragia, la misma que por lo general se tiende a subvalorar, debido básicamente a la dificultad de poder cuantificarla. Así, mediante técnicas de laboratorio, se ha estimado que es normal una pérdida de hasta 500 mL en un parto vaginal y hasta 1 000 mL en una cesárea”(25). Estas pérdidas sanguíneas por lo general son bien toleradas por las pacientes, debido básicamente a que la gestante tiene un incremento normal del volumen sanguíneo, situación que no permite una alteración de sus signos vitales, pese a la pérdida sanguínea presentada.

La OMS ha calculado que 99% de todas las muertes maternas se producen en los países en desarrollo, en los cuales la HPP justamente es una complicación severa que con frecuencia produce la muerte materna, justamente en la mayoría de casos por la deficiencia en los servicios de salud. Se ha calculado que 60% de las muertes maternas se producen posterior al nacimiento y, de ellas, 45% se produce en las primeras 24 horas de ocurrido este. El riesgo de la esta patología es más grave aún si la madre tenía patologías asociadas a su condición de salud materna, como la anemia y la malnutrición, patologías que frecuentemente acompañan a las pacientes pobres y que lleva a la HPP a tener una mayor severidad clínica. Es más, se afirma que dos tercios de las pacientes que presentaron HPP no identificaron la presencia de riesgos clínicos, como la multiparidad, la miomatosis o la sobre distensión uterina, especialmente de pacientes con patologías

concomitantes, como el embarazo múltiple o el polihidramnios presente durante la gestación (28)

Algunos investigadores consideran que una pérdida mayor a 1 000 mL, independientemente de la vía del nacimiento, debe ser ya considerada anormal y por lo tanto se debería prevenir y/o tomar las acciones necesarias para disminuir esta pérdida sanguínea. Pero, es indudable que mientras menor sea la cantidad de la HPP, la paciente tendrá una rápida recuperación, pues sus niveles de hemoglobina y sus reservas de hierro serán mejores”(29).

Las causas de la HPP pueden ser múltiples, aunque en general se puede destacar tres de ellas, que son justamente las más frecuentes y que se pueden presentar en toda paciente: atonía uterina, alumbramiento incompleto y desgarros cervicales y/o vaginales. Si la HPP no puede ser controlada, puede llevar rápidamente a hipotensión severa, shock y muerte. Aunque la mayoría de casos de muerte materna ocurre en las primeras 24 horas posparto, esta puede estar presente incluso en los 7 días siguientes al nacimiento”(29).

Existen factores determinantes que hacen de la HPP un cuadro de mayor gravedad. Así, la alta incidencia de anemia, entre las mujeres de los países en desarrollo contribuye a una mayor mortalidad materna, debido a que la mujer con anemia puede tolerar menos la hipoxia que conlleva la hemorragia. Pero, además, un alto porcentaje de nacimientos en los países en desarrollo ocurre sin la necesaria atención profesional o, si ocurren en los servicios de salud, estos no cuentan con los insumos y/o el personal necesario para enfrentar esta grave complicación. Incluso, muchas veces la paciente deber ser trasladada a un centro de mayor complejidad y no existen los medios de transporte necesarios para que ello suceda (falta de medios de transporte, vías de acceso, comunicaciones, entre otros).

Adicionalmente la realidad epidemiológica de Colombia en salud es de transición de un país subdesarrollado a uno desarrollado y no todas las medidas propuestas universalmente son consecuentes con esta realidad. Es por lo tanto necesario realizar un examen detallado de las muertes por hemorragia para identificar los factores que están incidiendo en su presentación en el medio para proponer medidas que sean coherentes y permitan alcanzar la meta de los objetivos del milenio de reducir en dos tercios la mortalidad materna para el año 2015”(28)

En el departamento de Antioquia (Colombia), murieron 41 mujeres por esta causa durante los años 2004 y 2005, destacándose como la primera causa de muerte materna”(28).

Si bien la HPP es una complicación obstétrica muy seria, es importante destacar que es altamente prevenible. Por ello, el conocer los factores de riesgo que la pueden desencadenar permite al personal de salud estar prevenido para disminuir

los efectos de esta emergencia. Identificar con la mayor objetividad el volumen del sangrado posparto es fundamental, pues por lo general se puede subestimar y no tomar las medidas necesarias a tiempo. Por ello, sucede en varias ocasiones que la paciente inicia con hemorragia y la persona que está atendiendo el parto a menudo no está preparada para manejar la emergencia o se tarda mucho tiempo tomar una decisión oportuna o quizá el traslado de la paciente a una unidad hospitalaria de mayor complejidad. Cuando ha existido HPP que produce alteraciones en los signos vitales, con frecuencia la paciente requiere transfusiones de sangre, lo cual también conlleva los riesgos propios de este procedimiento.

3.2.4 Manifestaciones clínicas y diagnóstico. Dentro de las manifestaciones clínicas existen los siguientes signos: Sangrado por vía vaginal de cantidad moderada a severa, hipotensión, taquicardia, oliguria, taquipnea, palidez, útero flácido o con desgarro en el canal del parto, abdomen agudo, alteración del estado de conciencia. El diagnóstico está basado en la identificación los factores que predisponen a la hemorragia post-parto, en un correcto interrogatorio a la paciente sobre antecedentes previos que pudieren desencadenar una hemorragia post-parto y en caso de haber sangrado debe ser mayor o igual a 500 ml aparte de los 1000 ml perdidos normalmente y este debe ser en las primeras 24 horas después del periodo expulsivo”(30).

3.2.5 Tratamiento. Goteo de cristaloides y toma de muestras para hemograma, hemoclasificación, pruebas de coagulación y reserva de sangre. Mínimo 3000 c.c. de cristaloides (3 cc por cada 1 cc de sangre perdida). Iniciar goteo de oxitocina (20 UI de oxitocina en 500 c.c de solución salina, infusión a razón de 100 cc a 500 cc en 30 minuto). Con esta dilución se esta dosificando de 133 mUI a 666 mUI por minuto. La oxitocina intravenosa diluida se puede utilizar desde 80 mUI hasta 800 mUI, régimen que se recomienda manejar durante un periodo de 30 minutos para evitar el efecto hipotensor y no causar intoxicación hídrica secundaria al efecto antidiurético de la oxitocina.

Se debe mantener dos venas canalizadas ser posible de grueso calibre y funcionales, por una de ellas se realiza el goteo de oxitócicos y por la otra se realiza reposición de volumen con cristaloides. Se aconseja sonda vesical y cuantificación horaria de la diuresis. Si se definió hemorragia posparto como la pérdida de 1000 ml de volumen sanguíneo, se debe reponer este volumen con un aporte de cristaloides de 3000 cc (3 ml de cristaloides por cada 1 ml de sangre pérdida). Masaje uterino comprimiendo el útero sobre el promontorio sacro durante un periodo de al menos 10 minutos. Entre tanto el médico debe iniciar a descartar otras causas de hemorragia como laceraciones en el canal de parto.

Se procede a la revisión de cavidad uterina bajo anestesia (se recomienda revisión manual antes que revisión instrumental), la revisión uterina tiene

como propósito las extracción de restos placentarios, revisión de todas las caras para descartar ruptura uterina; después de la revisión manual y limpieza de la cavidad se procede a suturar los desgarros en el canal de parto; es muy importante visualizar y descartar la lesión del cuello uterino si existe desgarro cervical utilizando espéculo y pinzas para traccionar y visualizar el cérvix en casos de desgarro cervical y vaginal importante se debe apoyar de la persona con mayor experiencia en esta labor y de ser posible siempre con ayudante. Es importante que mientras una persona se encuentre realizando las labores de sutura, se continúe con el goteo de oxitócicos y comprimiendo el útero contra el promontorio sacro para disminuir las pérdidas sanguíneas.

Si no se obtiene mejoría clínica se deben explorar otras opciones terapéutica como los derivados del cornezuelo de centeno. El methergine (metilergonovina) produce contracción tetánica del músculo miometrial, pero ocasiona además elevación de las cifras tensionales, por lo cual su utilización esta contraindicada en pacientes hipertensas y preeclámpicas. Es un auxiliar valioso cuando otras medidas han fracasado y nos encontramos ante una hemorragia que pone en peligro la vida de la paciente. Se utiliza una ampolla intramuscular (0.25 mg IM), si no cede la hemorragia y no ha desencadenado hipertensión se puede administrar nueva dosis en 30 minutos ó 0.125 mgr (una ampolla) intramiometrial.

El misoprostol puede ser una alternativa cuando no hay respuesta a otras maniobras, se utiliza 800 microgramos intrarectal (4 tabletas intrarectales). Si no hay recuperación de los parámetros hemodinámicas con las medidas anteriores se debe iniciar la hemotransfusión de acuerdo a las normas técnicas de la institución y del banco de sangre. Recordar que la hemoglobina y el hematocrito solo descienden después de la reposición de líquidos endovenosos y después de aproximadamente 4 horas de iniciado el fenómeno hemorrágico.

Si el sangrado persiste y se requiere remisión de la paciente o diferir otras medidas como la cirugía, se puede realizar empaquetamiento de la cavidad uterina. Ver figura (2)

3.3 MARCO CONCEPTUAL

DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO: Cuando la hemorragia se asocia con dolor abdominal o dorsal intenso y persistente, contracción uterina sostenida y signos de sufrimiento fetal, el diagnóstico probable es desprendimiento placentario (Mena 2005). Con una incidencia 0.05-2% (Kramer 1997, Hutchon 2002, Hladky 2002, Ananth 2005, Mena 2005, Tikkanen 2006) y con tendencia a incrementarse (Ananth 2005, Oyelese2006). Existen diversos grados; Rasmussen (2009) considera formas severas aquellas que se presentan antes de la semana 37ª de gestación, peso fetal menor de 2.500 gramos o muerte perinatal.

HEMORRAGIA OBSTÉTRICA: Es el sangrado asociado a un evento obstétrico que supera los 1000cc o que produce descompensación hemodinámica. La hemorragia obstétrica es la primera causa de muerte materna en el mundo. La incidencia varía entre los países, pero globalmente responde al 25% de las muertes. Aún en los países desarrollados la hemorragia está entre las tres primeras causas de muerte. En el departamento de Antioquia, Colombia, la hemorragia obstétrica fue la primera causa de muerte materna durante los años 2004, 2005, 2006 y 2007.

HEMORRAGIA SEVERA: La definición general es la pérdida de todo el volumen sanguíneo en un período de 24 horas o el sangrado que ocurre a una velocidad superior a 150 mL/minuto y que, por lo tanto, causa la pérdida del 50% del volumen en 20 minutos.

Debido a las pérdidas que pueden ocurrir habitualmente en el posparto inmediato, los valores cambian

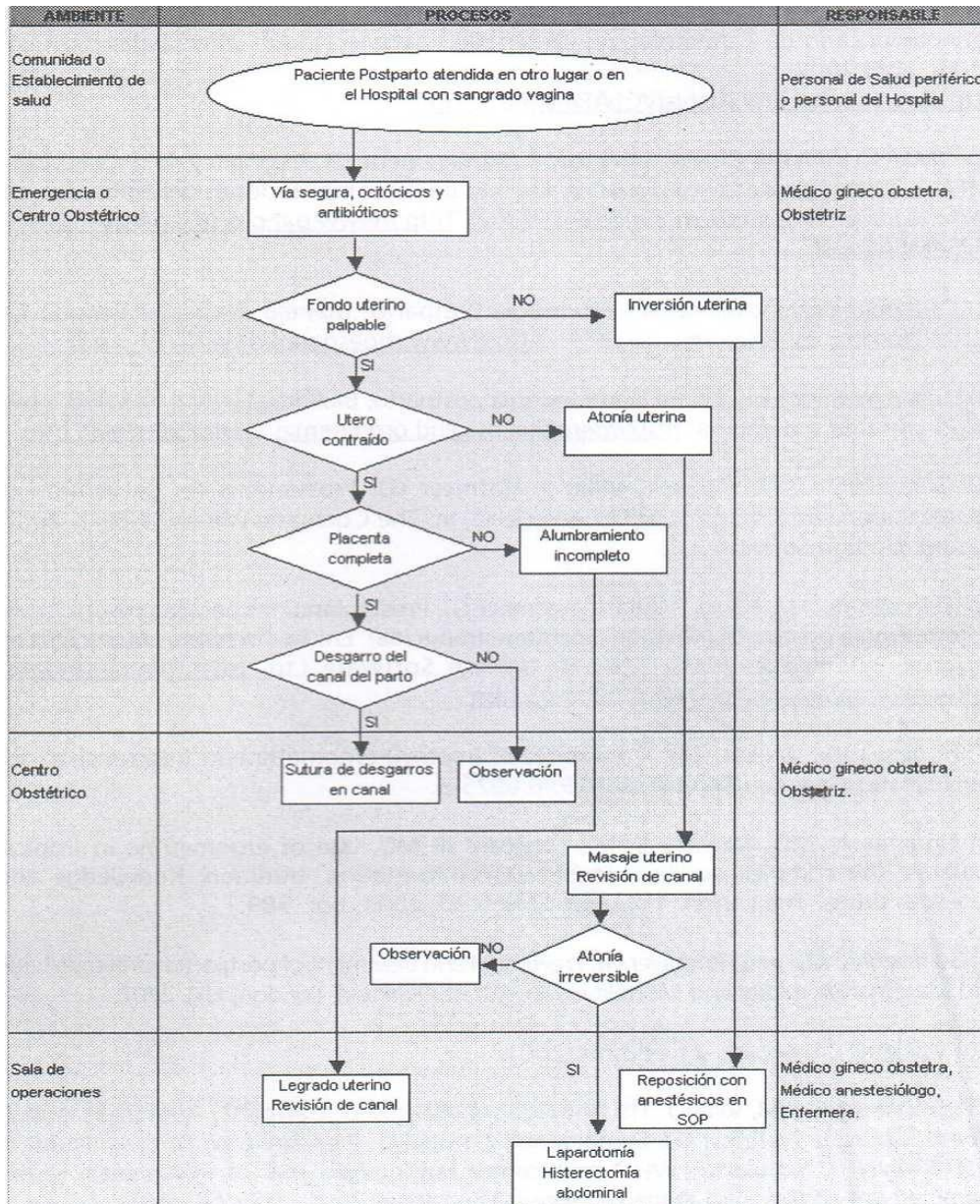
HEMORRAGIA POST PARTO. Es la pérdida de más de 500 mL de sangre después del parto ocurre hasta en el 18% de los nacimientos y es la morbilidad materna más común en los países desarrollados.

HEMORRAGIA POST PARTO INMEDIATA. Pérdida sanguínea de 500ml o más originada en el canal de parto dentro de las 24 horas posteriores al parto.

HEMORRAGIA POST PARTO SEVERA. Una pérdida estimada de 1000 mL o más o una pérdida menor asociada con signos de choque (nivel de evidencia III).

HEMORRAGIA POST PARTO TARDÍA. Sangrado anormal o excesivo originado en el canal del parto que se presenta entre las 24 horas posteriores al parto y al final del puerperio (42 días).

Figura 2. Flujo grama de atención a paciente con hemorragia postparto (HPP)



Fuente: guías de manejo hemorragias obstétricas Colombia

HIPOTONÍA UTERINA: Se define como la incompetencia de las fibras miometriales de contraerse adecuadamente después del parto o cesárea, y debido a que rodean a los vasos sanguíneos que abastecen el sitio de implantación placentaria, esto impide que se realice una hemostasia fisiológica. Entre los factores predisponentes se encuentran la administración de anestésicos

halogenados, hipotensión arterial, sobre distensión uterina, trabajo de parto prolongado o precipitado, polisistolia, multi-paridad, antecedente de hipotonía uterina y corioamnionitis.

INVERSIÓN UTERINA: Consiste en el prolapso del fondo uterino hasta o a través del cérvix, el útero se encuentra invertido de adentro hacia afuera y queda en contacto con el cuello uterino (inversión parcial), o bien, el órgano invertido en su totalidad sale a través del cérvix y vagina (inversión total). La inversión uterina es una emergencia obstétrica y una rara complicación del tercer estadio del trabajo del parto, que puede poner en riesgo la vida de la paciente. Los signos y los síntomas cardinales de la inversión aguda son la hemorragia y el shock; cuando ocurre, el reconocimiento y el tratamiento urgentes reducen la morbimortalidad.

RETENCIÓN DE TEJIDOS: Es la permanencia de toda la placenta después del parto (retención placentaria o encarcelamiento) o de una parte de la misma (retención parcial o de restos placentarios).

Retención total: se hace evidente cuando transcurren más de 15 minutos después de la expulsión del feto y del alumbramiento; obedece a la falta de contracción y retracción uterina adecuadas que impide el desprendimiento.

Retención parcial cuando existe la adherencia de uno o más cotiledones por ausencia o atrofia de la decidua. La retención placentaria puede propiciar, fundamentalmente, dos complicaciones: La hemorragia puede producir anemia aguda o un cuadro de choque hipovolémico, y la infección una endometritis posparto. La retención de un lóbulo accesorio (lóbulo succenturiado) es una causa eventual de hemorragia posparto.

TRAUMA: Después del nacimiento, se debe realizar de rutina en todas las pacientes una exploración minuciosa del canal del parto, así como de la cavidad uterina. Las laceraciones del tracto genital incluyen lesiones de útero, cérvix, vagina, periné o vulva, en donde se encuentran distintos grados de daño hasta llegar a afectar el esfínter anal; la mayoría de las veces ocasionada por un parto no controlado, instrumentado o un producto macrosómico.

UTEROINHIBIDORES: Los agentes útero inhibidores son la piedra angular para el manejo del parto pretérmino. El objetivo principal de los útero inhibidores es retrasar el nacimiento de dos a siete días, lo cual permite administrar un esquema completo de maduración pulmonar, con la finalidad de disminuir la incidencia y severidad del síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido, así como la oportunidad para trasladar a la paciente a un centro que cuente con Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. El objetivo secundario de estos agentes es disminuir la mortalidad y morbilidad perinatal asociada con la prematuridad.

3.4 MARCO LEGAL

La historia clínica es un documento obligatorio y sometido a la reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del usuario, los actos médicos y procedimientos que el equipo de salud realiza en el paciente, será de utilidad aquel diligenciamiento de este último artículo 34 en donde se hace referencia a la historia clínica como un documento sometido a reserva.

En la ley 23 de 1981, se dictan normas en materia de ética médica. En el capítulo II artículo 2 se hace mención al juramento hipocrático, en donde el médico deberá conocer y jurar cumplir con lealtad y honor el juramento hipocrático en donde hace mención a la confidencialidad “Guardar y respetar los secretos a mí confiados”, también se tendrá en cuenta que en el capítulo III de la prescripción médica, la historia clínica, el secreto profesional y algunas conductas”(31)

Frecuentemente las instituciones, el médico y el equipo de salud, están expuestos a acciones judiciales por parte del paciente o de sus familiares por el mejor y mayor conocimiento de sus derechos y la forma de hacerlos valer. La historia proporciona la evidencia necesaria sobre las responsabilidades implícitas en la atención. Además, como registro de las víctimas de lesiones violentas son el marco de información fidedigna y veraz de hechos relacionados de esta forma. Por otra parte, y según la legislación vigente, la institución debe rendir informes relacionados con accidentes, violencias y otros hechos que dan lugar a la intervención policial, para lo cual, la historia clínica es fuente de datos”(32)

En lo concerniente a la historia clínica es conveniente hacer dirección basados en la Ley 23 de 1981 y específicamente lo referido en el Capítulo III. Artículo 34 La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley”(32)

Hay muchos procedimientos quirúrgicos que son de obligatorio cumplimiento entre ellos la HPP; en la cual si no se hace un estricto control y seguimiento de esta patología puede comprometer la vida de la paciente. De igual manera se han implementado guías y normas para su manejo correspondiente; depende del personal médico a cargo acatarlas y cumplir con lo estipulado en la norma técnica para un manejo oportuno.

El primer paso ante una HPP es canalizar una vena; se aconseja aprovechar para tomar una muestra de sangre que permita hacer un hemograma completo, hemoclasificación, plaquetas y pruebas de coagulación. De esta forma se tiene la posibilidad de reservar sangre y de valorar el estado de coagulación de la paciente.

La prevención de las complicaciones de una hemorragia intra o postparto incluye las siguientes actividades:

1. Asegurar una buena vía venosa
2. Disponer de exámenes paraclínicos que permitan ver el estado de la paciente
3. Reservar sangre del tipo de la paciente y en algunos casos asegurando la posibilidad de sala de cirugía y del recurso humano capacitado para manejar una posible complicación, lo cual puede incluir la remisión de la mujer con factores de riesgo desde el control prenatal a un nivel de atención superior.
4. En estas pacientes con factores de riesgo es recomendable realizar revisión uterina y un goteo oxicótico profiláctico en el postparto.

Cuando el sangrado postparto se ha instaurado, el esquema de tratamiento sugerido es el siguiente:

1. Canalizar vena periférica e iniciar goteo de Cristaloides, tomar muestra para reservar sangre, hemograma, hemoclasificación y pruebas de Coagulación.
2. Si hay hipotonía hacer masaje uterino, revisión uterina y goteo oxicótico.
3. No se debe utilizar oxitocina en bolo intravenoso, sino diluirla siempre en goteo, para evitar efectos secundarios.
4. En hipotonía que no cede al manejo anterior, se puede usar oxitocinaintramietrial, continuar masaje y goteo oxicótico.
5. Tener precaución con el uso de derivados del cornezuelo del centeno.
6. Hacer Masaje Directo Uterino
7. Aplicar Torniquete Uterino
8. Realizar ligadura de Arterias Uterinas
9. Realizar ligadura de Arterias Hipogastricas Y/U Ovaricas (Solo por Especialista)
10. Histerectomía (Solo por Especialista)
11. Si el taponamiento uterino fue efectivo:

- Dejarlo máximo por 6 horas.
- Retirar solamente cuando haya sangre y posibilidad quirúrgica disponible y con goteo oxicótico permanente.
- Iniciar antibioticoterapia.

12. Si hay sangrado sin hipotonía se debe hacer revisión uterina para ruptura uterina, y revisión del canal del parto (cervix - vagina)

13. Si el sangrado se acompaña de intenso dolor y no se palpa uterosupraumbilical se trata de una inversión uterina. Su tratamiento incluye las siguientes acciones

- Hacer reversión uterina
- Aplicar oxitocina en goteo
- Dejar la mano en el interior del útero hasta que haya buen tono

14. El manejo quirúrgico depende de la experiencia del médico tratante, así como de los recursos de la institución, este puede variar desde un simple torniquete en el útero, hasta una histerectomía total o subtotal, pasando por la ligadura de arterias ováricas e hipogástricas e incluso en manos menos expertas ligadura de arterias uterinas”(21)

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de adherencia a las guías de atención de hemorragias posparto en el Hospital Universitario Departamental de Nariño en los casos manejados en los años 2008 a 2012

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar las características socio demográficas de la población de estudio.

Determinar características clínicas de la hemorragia post parto en las pacientes atendida en el HUDN durante los años 2008 a 2012.

Identificar los factores de riesgo para hemorragia posparto en las pacientes atendida en el HUDN durante los años 2008 a 2012.

Verificar si la atención de casos de hemorragia posparto se realizaron cumpliendo las guías de atención definidas por el ministerio de salud y protección social.

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio del tipo cuantitativo retrospectivo por cuanto comprende cuantificar el nivel de adherencia que tuvo la guía de atención en la hemorragia post-parto en la principal entidad prestadora de salud como es en el Hospital Universitario Departamental de Nariño en los años 2008 a 2012

5.2 POBLACIÓN

Mujeres gestantes con diagnóstico de hemorragia post-parto atendidas en el Hospital Universitario Departamental de Nariño en los años 2008 a 2012.

5.3 FUENTES DE RECOLECCION

5.3.1 Fuentes primarias. Para la realización de este proyecto de grado fue necesaria una revisión minuciosa de las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post-parto en el HUDN y FHSP.

5.3.2 Fuentes secundarias. Para el desarrollo de la propuesta, proyecto e informe final se hizo una revisión bibliográfica de libros, revistas, páginas de Internet, y consulta a expertos con el tema

5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

5.4.1 Criterios de inclusión. Todas las gestantes que ingresaron Hospital Universitario Departamental de Nariño por con diagnostico hemorragia obstétrica en los años 2008 a 2012

5.4.2 Criterios de exclusión. Mujeres gestantes que presentan hemorragia transvaginal de etiología desconocida.

Historias clínicas ilegibles o incompletas.

5.5 Sesgos. Se tuvieron encuesta criterios de selección, validación de instrumento revisado y aprobado por un experto (Ver anexo. C)

5.6 Consideraciones éticas.

- En la investigación se dará trato confidencial a la información para preservar la identidad de las personas e instituciones participantes.

- La información que se obtuvo tendrá un correcto manejo y será utilizada únicamente para los fines que persigue el presente estudio; no es de uso experimental, solo de carácter informativo
- Una vez se tuvo los resultados del estudio quedaron a dispersión del HUDN y la Fundación Universitaria San Martín

5.7 Variables: Ver Anexo. D

6. ANÁLISIS DE RESULTADOS

6.1 ANALISIS UNIVARIADO

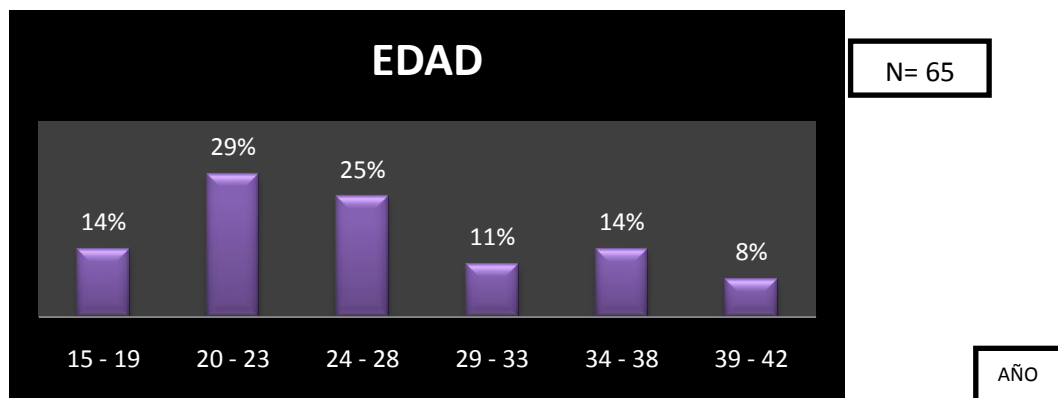
HEMORRAGIA POST PARTO

Cuadro 1. Frecuencia de edad de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012

EDAD							
Clase	Límite Inferior	Límite Superior	Punto Medio	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada	Frecuencia Rel. Acum.
1	13	17	14,9	3	5%	3	0,0
2	17	21	18,6	8	12%	11	0,2
3	21	24	22,4	21	32%	32	0,5
4	24	28	26,1	12	18%	44	0,7
5	28	32	29,9	6	9%	50	0,8
6	32	36	33,6	6	9%	56	0,9
7	36	39	37,4	6	9%	62	1,0
8	39	43	41,1	3	5%	65	1,0

Fuente: La presente investigación

Gráfica 1. Frecuencia de edad de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



Fuente: La presente investigación

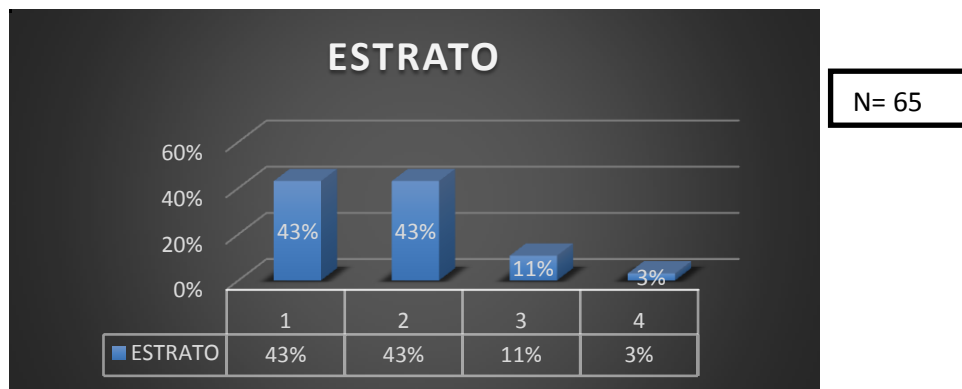
De las pacientes con HPP, el 29% corresponde a las edades comprendidas entre 20-23. La mayor parte de la población se encuentra en las edades comprendidas de 20 y 28 años

Cuadro 2. Frecuencia estrato de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012

ESTRATO		Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Clase	Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
1	1	28	43%	28	0,43
2	2	28	43%	56	0,86
3	3	7	11%	63	0,97
4	4	2	3%	65	1,00

Fuente: La presente investigación

Gráfica 2. Frecuencia estrato de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



Fuente: La presente investigación

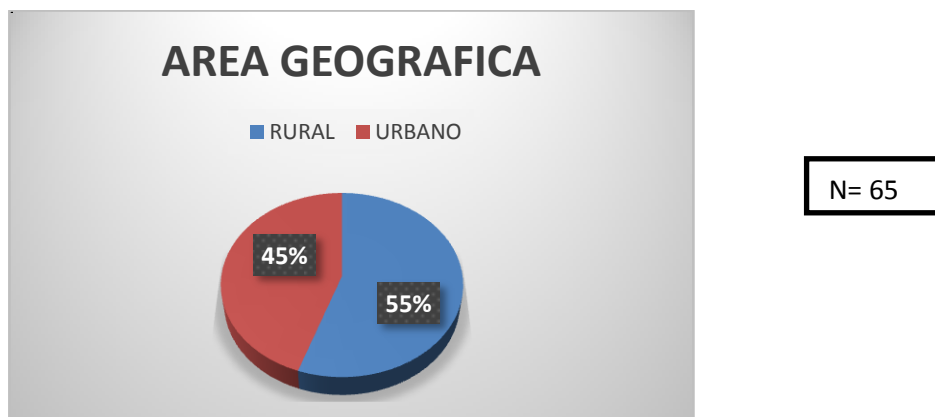
De las pacientes con HPP el 93% pertenecen a estratos bajos (1 ,2 ,3), mientras que solo el 3% son del alto.

Cuadro 3. Frecuencia área geográfica de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012

AREA GEOGRAFICA		Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Clase	Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada
1	RURAL	36	55%	36
2	URBANO	29	45%	65

Fuente: La presente investigación

Gráfica 3. Frecuencia área geográfica de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



Fuente: La presente investigación

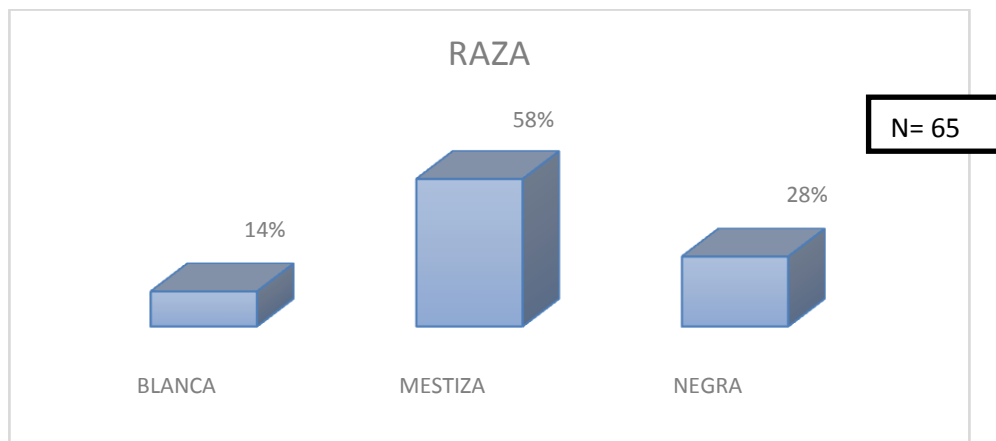
De las pacientes con HPP el 55% pertenecen a zona rural, mientras que el 45% son de zona urbana

Cuadro 4. Frecuencia raza de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012

RAZA		Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Clase	Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada
1	BLANCA	9	14%	9
2	MESTIZA	38	58%	47
3	NEGRA	18	28%	65

Fuente: La presente investigación

Gráfica 4. Frecuencia raza de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



Fuente: La presente investigación

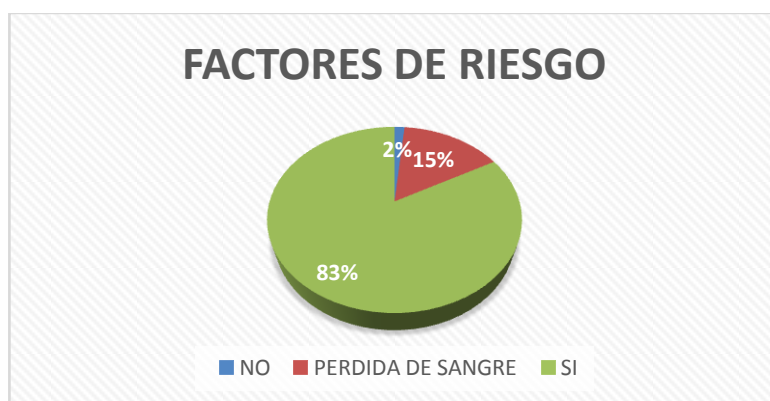
De las pacientes con HPP el 58% son de raza mestiza, mientras que 42% restante son de raza blanca y negra independientemente del porcentaje.

Cuadro 5. Frecuencia factores de riesgo de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012

F. RIESGO		Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Clase	Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada
1	NO	1	2%	1
2	PERDIDA DE SANGRE	10	15%	11
3	SI	54	83%	65

Fuente: La presente investigación

Gráfica 5. Frecuencia factores de riesgo de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



N= 65

Fuente: La presente investigación

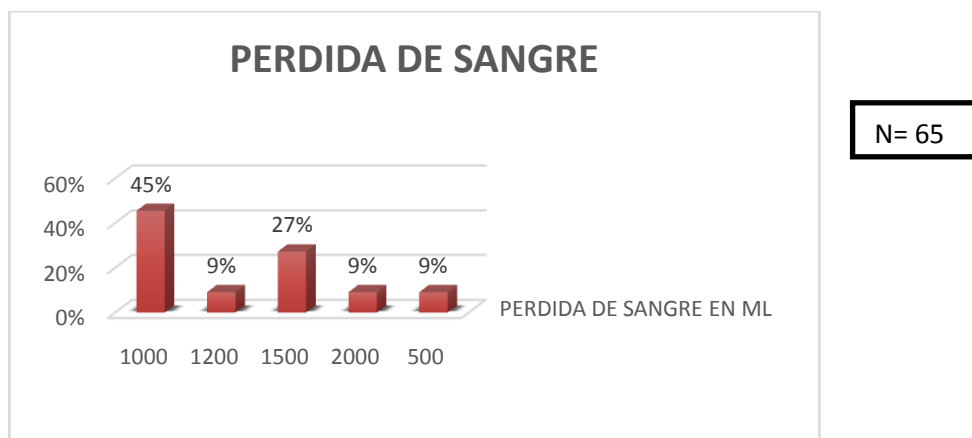
De las pacientes con HPP el 83% presentaron factores de riesgo, de los cuales en el 15% hubo pérdida de sangre que superaba el límite de pérdida de un parto sin complicaciones.

Cuadro 6. Frecuencia pérdida de sangre de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012

Clase	Frecuencia			Frecuencia	
	Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
1	1000	5	45%	5	0,5
2	1200	1	9%	6	0,5
3	1500	3	27%	9	0,8
4	2000	1	9%	10	0,9
5	500	1	9%	11	1,0

Fuente: La presente investigación

Gráfica 6. Frecuencia pérdida de sangre de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



Fuente: La presente investigación

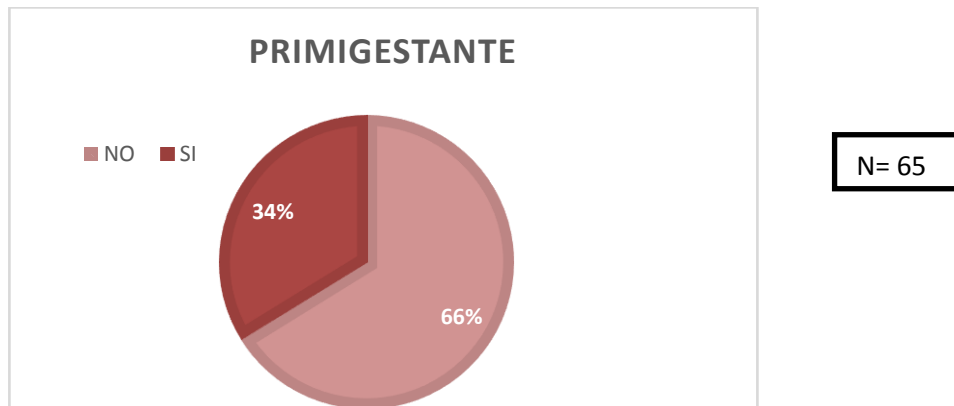
De las pacientes con diagnóstico de HPP el 100% tuvo pérdida sanguínea mayor a 500cc correspondiente al 9%

Cuadro 7. Frecuencia primigestantes de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012

Clase	Valor	Frecuencia		Frecuencia	
		Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
1	NO	43	66%	43	1
2	SI	22	34%	65	1

Fuente: La presente investigación

Gráfica 7. Frecuencia primigestantes de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



Fuente: La presente investigación

De las pacientes con HPP, el 34% fueron primigestantes mientras que el resto no lo fueron

Cuadro 8. Frecuencia manejo activo de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012

Clase	Valor	Frecuencia		Frecuencia	
		Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
1	NO	64	98%	64	1
2	SI	1	2%	65	1

Fuente: La presente investigación

Gráfica 8. Frecuencia manejo activo de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



Fuente: La presente investigación

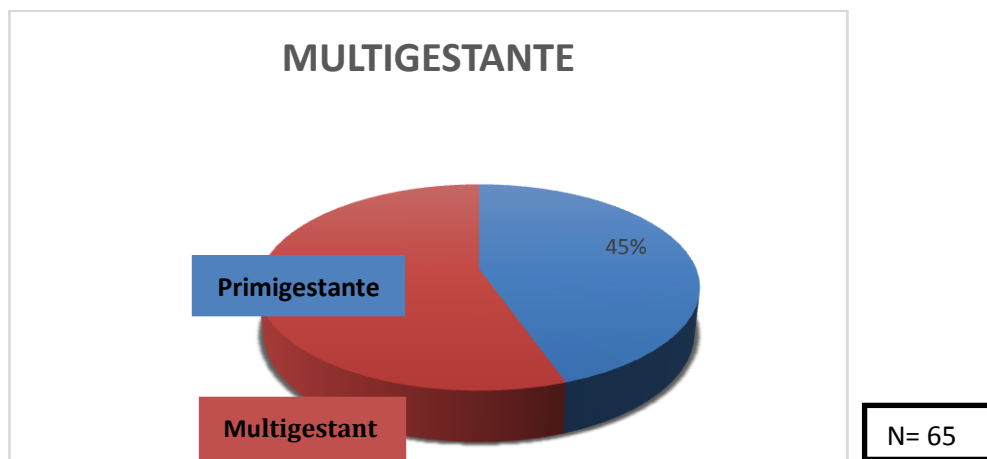
De las pacientes con HPP el 98% no se dio manejo activo del parto

Cuadro 9. Frecuencia primigestantes y multigestantes en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012

		Frecuencia		Frecuencia	Frecuencia
Clase	Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
1	NO	29	45%	29	0,4
2	SI	36	55%	65	1,0

Fuente: La presente investigación

Gráfico 9. Frecuencia primigestantes y multigestantes en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



Fuente: La presente investigación

De las pacientes con HPP el 55% fueron multigestantes, mientras que el 45% corresponde a primigestantes

Cuadro 10. Frecuencia placenta retenida e n pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012

Clase	Valor	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada	Frecuencia Rel. acum.
1	NO	45	69%	45	1
2	SI	20	31%	65	1

Fuente: La presente investigación

Gráfica 10. Frecuencia placenta retenida e n pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



Fuente: La presente investigación

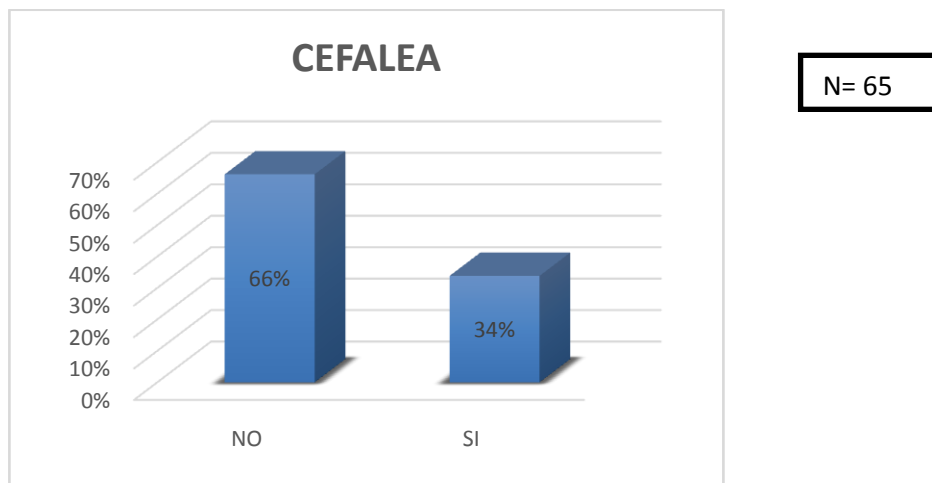
De las pacientes con HPP que presentaron placenta retenida corresponde al 31% mientras que el resto no presentó esta condición

Cuadro 11. Frecuencia cefalea en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012

CEFALEA		Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Clase	Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada
1	NO	43	66%	43
2	SI	22	34%	65

Fuente: La presente investigación

Gráfica 11. Frecuencia cefalea en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



Fuente: La presente investigación

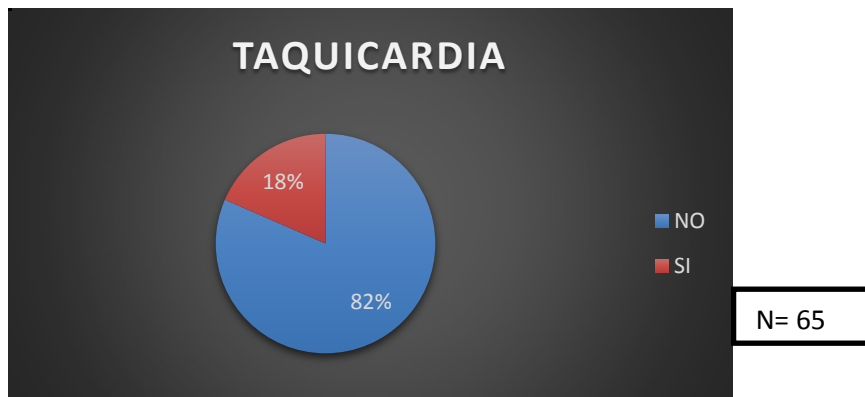
De las pacientes con diagnóstico de HPP el 34% presento cefalea, mientras que el 66% no presento esta manifestación.

Cuadro 12. Frecuencia taquicardia en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012

TAQUICARDIA		Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Clase	Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada
1	NO	53	82%	53
2	SI	12	18%	65

Fuente: La presente investigación

Gráfica 12. Frecuencia taquicardia en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



Fuente: La presente investigación

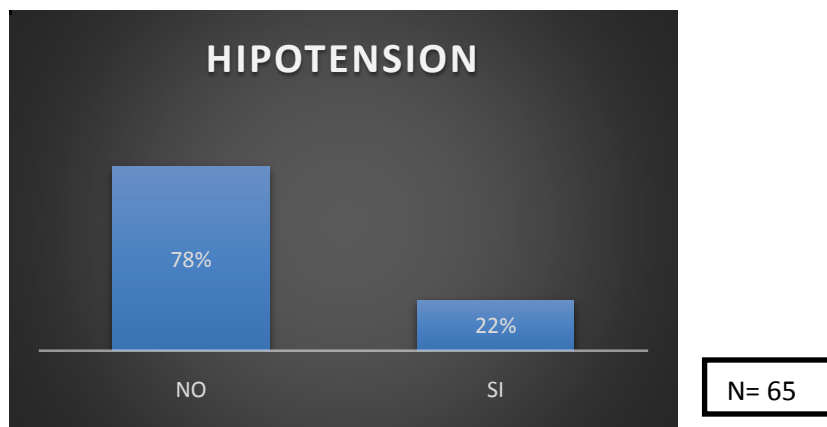
De las pacientes con HPP el 18% presentó taquicardia, mientras que el 82% no presentó esta manifestación clínica.

Cuadro 13. Frecuencia de hipotensión en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012

			Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Clase	Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
1	NO	51	78%	51	1
2	SI	14	22%	65	1

Fuente: La presente investigación

Gráfica 13. Frecuencia de hipotensión en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



Fuente: La presente investigación

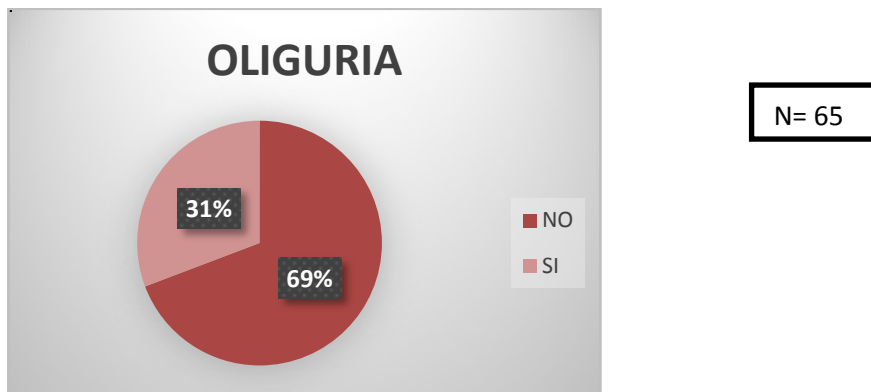
De las pacientes con HPP el 22% presentaron hipotensión como manifestación clínica en comparación con 78% no hubo esta condición.

Cuadro 14. Frecuencia oliguria en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012

			Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Clase	Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
1	NO	45	69%	45	1
2	SI	20	31%	65	1

Fuente: La presente investigación

Gráfica 14. Frecuencia oliguria en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



Fuente: La presente investigación

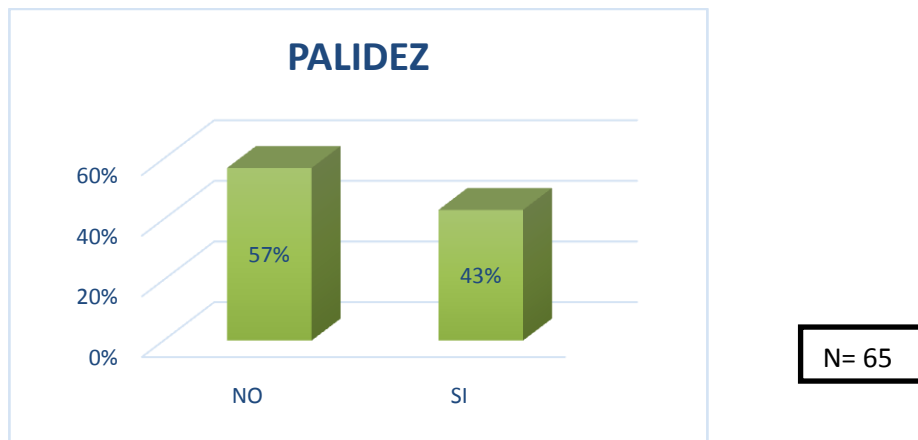
De las pacientes con HPP el 31% presentaron oliguria en comparación con 69% no hubo esta condición.

Cuadro 15. Frecuencia palidez en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012

			Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Clase	Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
1	NO	37	57%	37	1
2	SI	28	43%	65	1

Fuente: La presente investigación

Gráfica 15. Frecuencia palidez en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



Fuente: La presente investigación

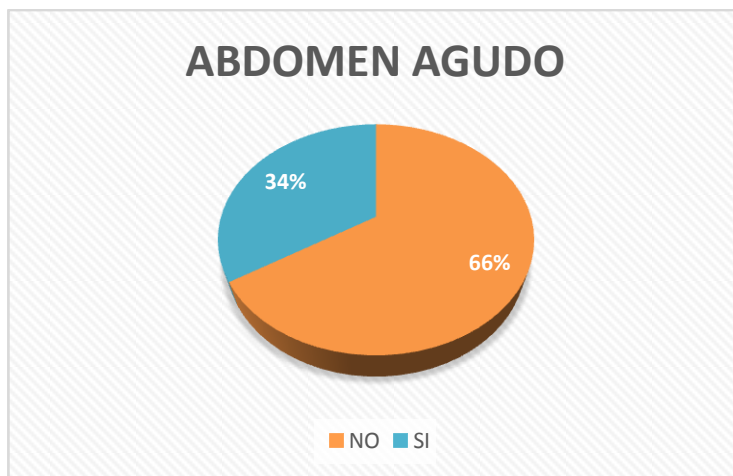
De las pacientes con HPP el 43% presento taquicardia, mientras que el 57% no presento esta condición.

Cuadro 16. Frecuencia abdomen agudo en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012

			Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Clase	Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
1	NO	43	66%	43	1
2	SI	22	34%	65	1

Fuente: La presente investigación

Gráfica 16. Frecuencia abdomen agudo en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



N= 65

Fuente: La presente investigación

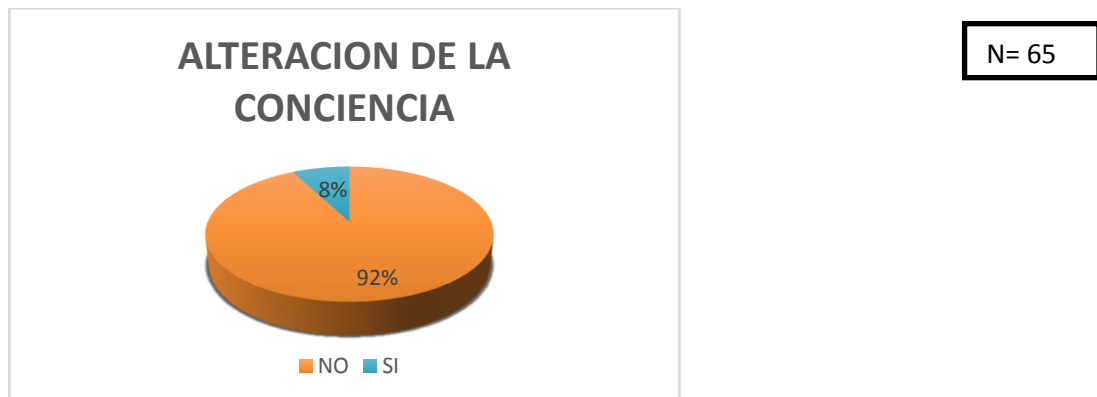
De las pacientes con HPP el 34% presentaron abdomen agudo, mientras que el resto de la población no lo presento.

Cuadro 17. Frecuencia alteración de la conciencia en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012

			Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Clase	Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
1	NO	60	92%	60	1
2	SI	5	8%	65	1

Fuente: La presente investigación

Gráfica 17. Frecuencia alteración de la conciencia en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



Fuente: La presente investigación

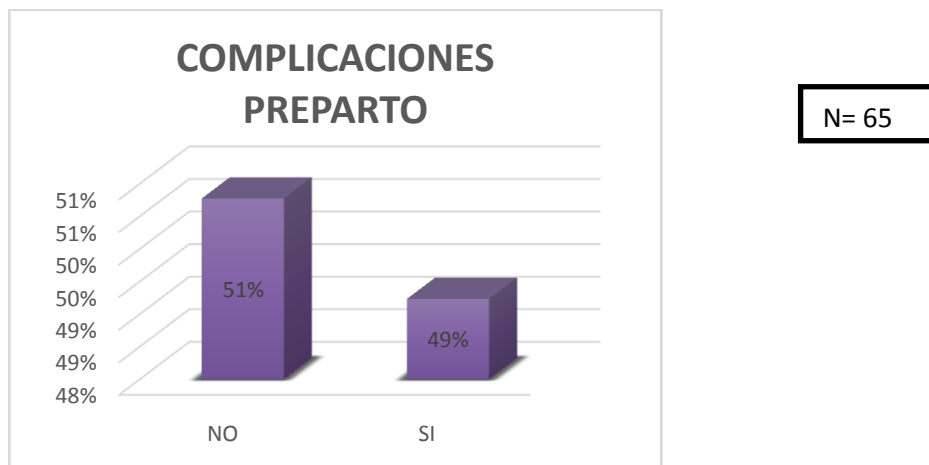
De las pacientes con HPP el 8% presentaron como manifestación clínica alteración en el estado de conciencia, mientras que el 92% restante de la población no lo presento.

Cuadro 18. Frecuencia complicaciones parto en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012

		<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>	
Clase	Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
1	NO	33	51%	33	1
2	SI	32	49%	65	1

Fuente: La presente investigación

Gráfica 18. Frecuencia complicaciones parto en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



Fuente: La presente investigación

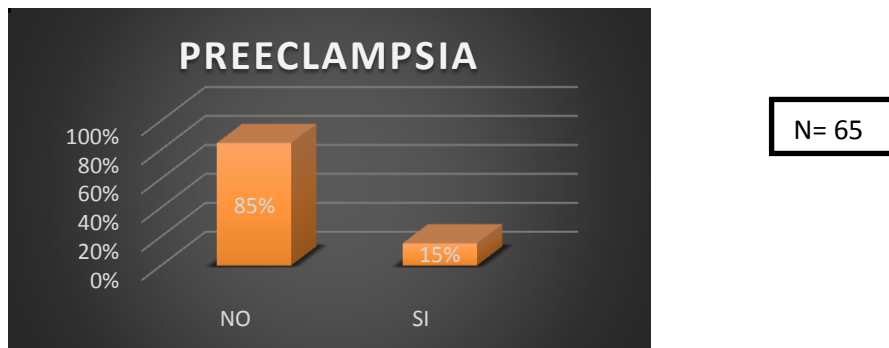
De las pacientes con HPP el 48% presentaron como complicaciones en el parto, mientras que el 51% restante de la población no lo presento.

Cuadro 19. Frecuencia preeclampsia en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012

			Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Clase	Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
1	NO	55	85%	55	1
2	SI	10	15%	65	1

Fuente: La presente investigación

Gráfica 19. Frecuencia preeclampsia en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



Fuente: La presente investigación

De las pacientes con HPP el 15% presentaron preeclampsia, mientras que el 85% restante de la población no lo presento.

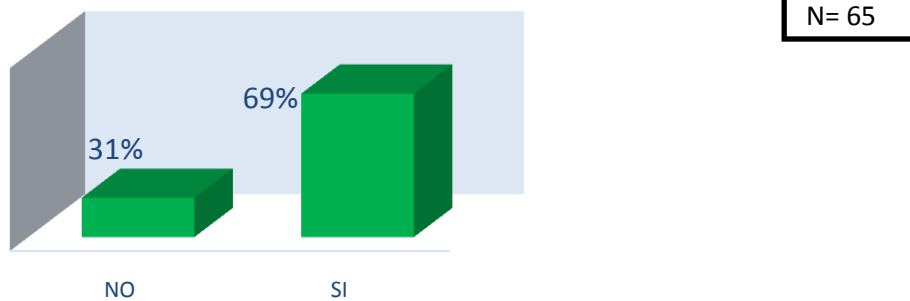
Cuadro 20. Frecuencia cumplimiento de la guía en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012

		Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	
Clase	Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
1	NO	45	69%	45	1
2	SI	20	31%	65	1

Fuente: La presente investigación

Gráfica 20. Frecuencia cumplimiento de la guía en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012

CUMPLIMIENTO DE LA GUIA



Fuente: La presente investigación

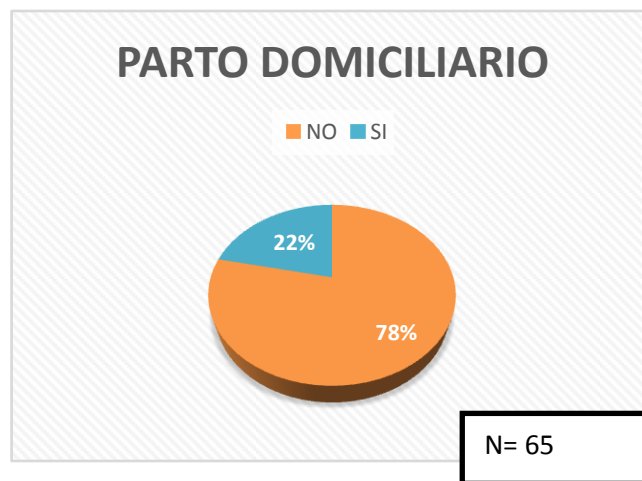
De las pacientes con HPP el 69% se presentaron que hubo cumplimiento de la guía de HPP, mientras que el 31% restante de la población no lo presento esta situación.

Cuadro 21. Frecuencia parto domiciliario en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012

Clase	Valor	Frecuencia		Frecuencia	
		Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
1	NO	51	78%	51	1
2	SI	14	22%	65	1

Fuente: La presente investigación

Gráfica 21. Frecuencia parto domiciliario en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



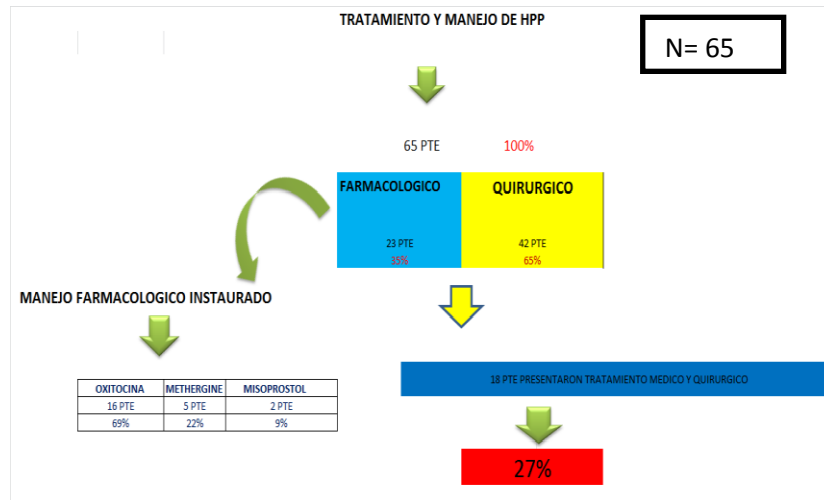
Fuente: La presente investigación

De las pacientes con HPP el 22% tuvieron un parto domiciliario, mientras que el 78% restante de la población no presentó esta situación.

6.2 ANALISIS BIVARIADO

HEMORRAGIA POST PARTO

Figura 3. Cumplimiento de la guía de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



Fuente: La presente investigación

De las pacientes con HPP el 35% se instauró un manejo farmacológico, del cual el 69% fue con oxitocina, 22% methergine y el 9% misoprostol, mientras que el 65% restante de la población se estableció un manejo quirúrgico.

Se determinó que el 27% de la población se dio un manejo combinado farmacológico y quirúrgico.

Cuadro 22. Frecuencia factores de riesgo y complicaciones preparto en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012

FACTORES DE RIESGO por COMPLICACIONES PRE PARTO			
	NO	SI	Total por Fila
NO	3	10	13
SI	30	22	52
Total por Columna	33	32	65

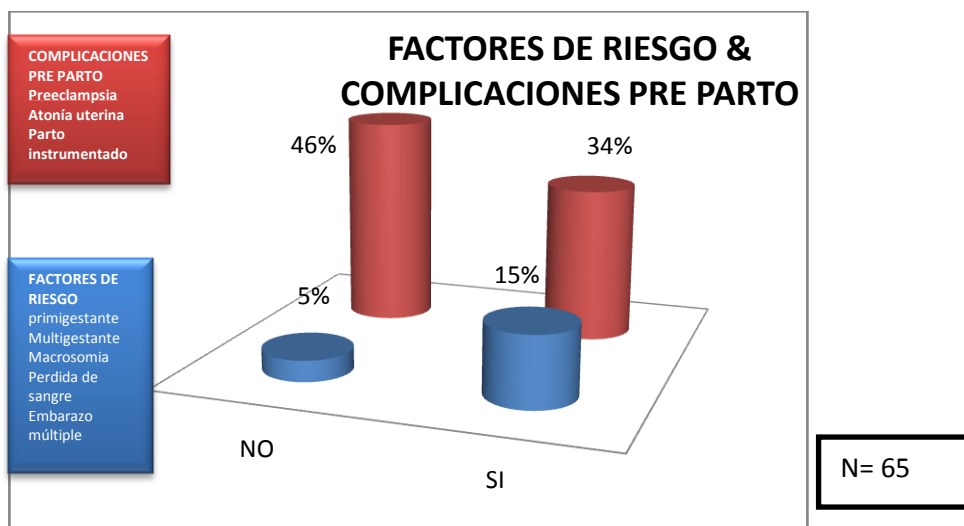
Fuente: La presente investigación

Resumen Estadístico

		<i>Con Filas</i>	<i>Con Columnas</i>
<i>Estadístico</i>	<i>Simétrico</i>	<i>Dependientes</i>	<i>Dependientes</i>
Lambda	0,0000	0,0000	0,0000
Coef. de Incertidumbre	0,0343	0,0374	0,0316
Somer's D	-0,1859	-0,1667	-0,2101
Eta		0,1871	0,1871

Fuente: La presente investigación

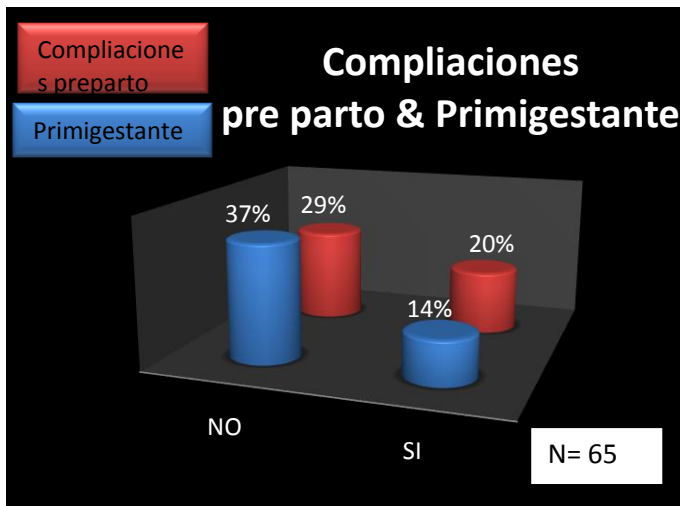
Gráfica 22. Frecuencia factores de riesgo y complicaciones preparto en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



Fuente: La presente investigación

De las pacientes con HPP el 15% presentaron factores de riesgo como primigestante, Multigestante, Macrosomía, Pérdida de sangre, Embarazo múltiple; en comparación en el 5% no hubo factores de riesgo. De igual manera hubo complicaciones en el 34% de ellas y el 46% no presentó esta condición.

Gráfica 23. Frecuencia complicaciones preparto y primigestantes en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



Fuente: La presente investigación

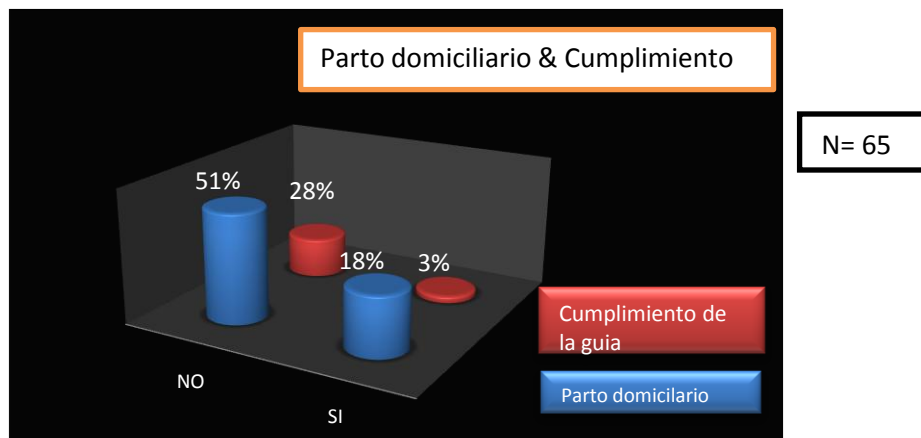
De las pacientes que presentaron complicaciones en el pre parto corresponde al 20% junto con un 14% que fueron primigestantes.

Cuadro 23. Frecuencia parto domiciliario y cumplimiento de la guía en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012

PARTO DOMICILIARIO por CUMPLIMIENTO DE LA GUIA			
	NO	SI	Total por Fila
NO	33	18	51
SI	12	2	14
Total por Columna	45	20	65

Fuente: La presente investigación

Gráfica 24. Frecuencia parto domiciliario y cumplimiento de la guía en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



Fuente: La presente investigación

De las pacientes que presentaron HPP en el 18% se observó que presentaron parto domiciliario en donde un 3% no hubo cumplimiento de la guía

Cuadro 24. Frecuencia multigestante y tratamiento HPP en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012

MULTIGESTANTE & TRATAMIENTO HPP			
	NO	SI	Total por Fila
NO	2	27	29
SI	2	34	36
Total por Columna	4	61	65

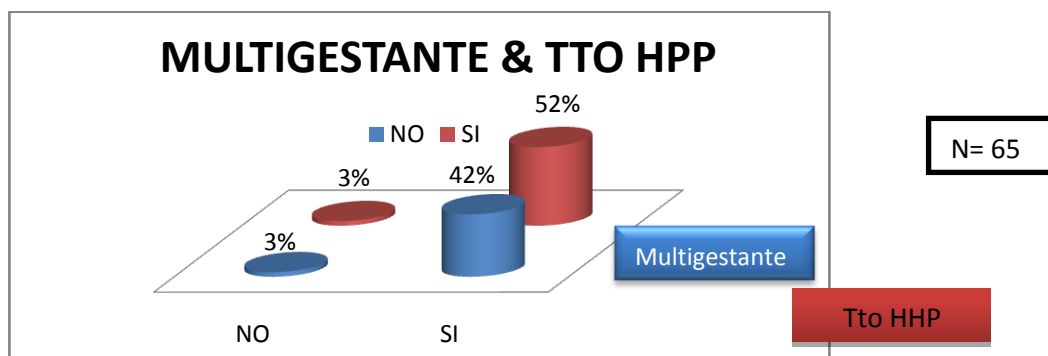
Fuente: La presente investigación

Resumen Estadístico

Estadístico	Simétrico	Con Filas	Con Columnas
		Dependientes	Dependientes
Lambda	0,0000	0,0000	0,0000
Coef. de Incertidumbre	0,0008	0,0006	0,0017
Somer's D	0,0217	0,0574	0,0134
Eta		0,0277	0,0277

Fuente: La presente investigación

Gráfica 25. Frecuencia multigestante y tratamiento HPP en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



Fuente: La presente investigación

De las pacientes que presentaron HPP el 42% fueron multigestantes y se determinó que recibieron tratamiento en el 52% de los casos

Cuadro 25. Frecuencia placenta retenida y quirúrgico en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012

PLACENTA RETENIDA POR QUIRURGICO			
	NO	SI	Total por Fila
NO	7	38	45
SI	6	14	20
Total por Columna	13	52	65

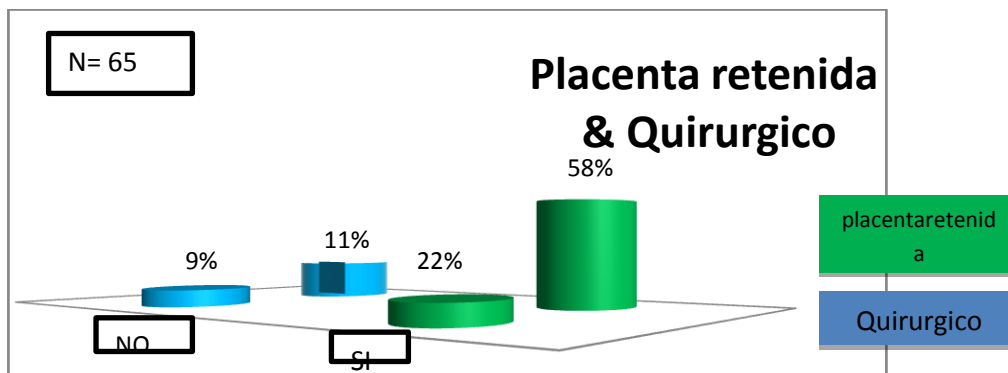
Fuente: La presente investigación

Resúmen Estadístico

		Con Filas	Con Columnas
Estadístico	Simétrico	Dependientes	Dependientes
Lambda	0,0000	0,0000	0,0000
Coef. de Incertidumbre	0,0236	0,0214	0,0264
Somer's D	-0,1650	-0,1923	-0,1444
Eta		0,1667	0,1667

Fuente: La presente investigación

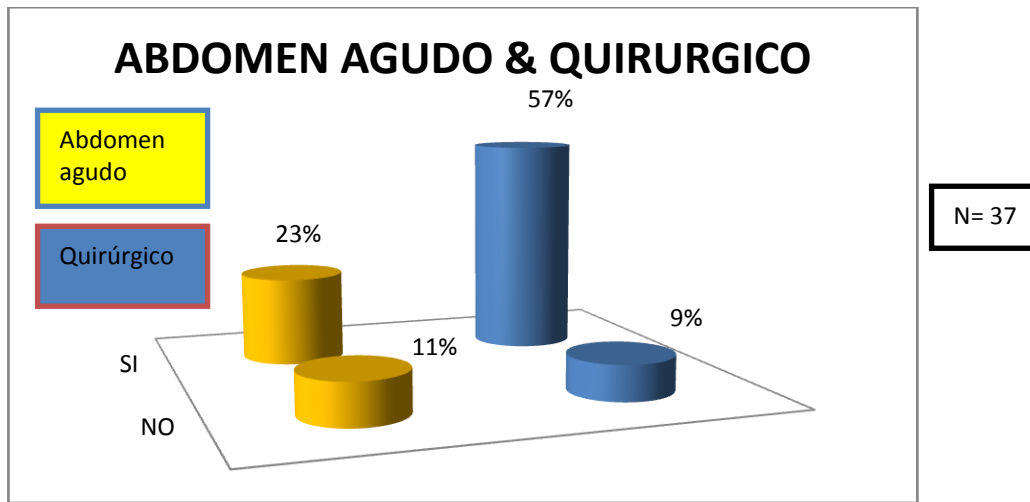
Gráfica 26. Frecuencia placenta retenida y quirúrgico en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



Fuente: La presente investigación

De las pacientes con HPP el 58% presentaron placenta retenida para la cual se dio tratamiento quirúrgico en el 11%

Gráfica 27. Frecuencia abdomen agudo y quirúrgico en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



Fuente: La presente investigación

De las pacientes con HPP el 23% presentaron abdomen agudo de los cuales se dio manejo quirúrgico en el 57% de los casos.

6.3 ANÁLISIS DE DATOS

El estudio se realizó y se pretendió trabajar con toda la población gestantes que presentaron HPP en el HUDN en los años comprendido 2008 a 2012; el hospital colabora con la base de dichas paciente. Se encontraron 170 pacientes con mencionado diagnóstico, en la recolección de datos hubo algunas dificultades por lo que algunas pacientes se excluyeron del presente estudio. Dentro de los criterios por los cuales fueron sacadas: mujeres gestantes que presentan hemorragias transvaginal de etiología desconocida e historias clínicas ilegibles o incompletas o falta de información en ellas. Por tal motivo se tomó a 136 historias clínicas de mencionadas pacientes que cumplían con lo establecido en nuestro trabajo de donde se obtuvo datos relevantes para poder realizar el trabajo de campo y con ello hacer un análisis exhaustivo del cumplimiento de las guías de atención de HPP en el HUDN.

La HPP se presentó en el 49% de las pacientes que consultaron por hemorragia obstétrica. La principal causa de HPP fue el sangrado como manifestación clínica importante, seguida de primigestante como se determinó en el 49% de las pacientes presentaron factores de riesgo.

Las edades en las que mayor porcentaje se presentó HPP comprenden entre los 20 y 28 años con un rango de 54% de toda la población.

Un porcentaje relevante es que el parto domiciliario como factor de riesgo en un 18%, dato importante ya fue el que mayor complicaciones presentó y el tiempo de evolución fue el más largo junto con el sangrado. Es importante tener en cuenta este dato porque fue donde el manejo fue más estricto y cuidadoso.

El cumplimiento de la guía de atención en HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012 fue del 83%; El tratamiento y manejo para HPP el 35% fue farmacológico, se administró oxitócina en el 69%, methergine 22%, misoprostol 9%; el restante de la población el manejo fue quirúrgico con 65%.

Cabe resaltar que las pacientes que se administró tratamiento farmacológico y quirúrgico en orden secuencial fue del 27%

En el análisis bivariado se cruzó 2 variables por su importancia clínica con un N= 37, 57% que presentaron abdomen agudo y manejo quirúrgico se dio en 23%

En nuestro estudio realizado en el HUDN se obtienen datos que reportan que se presentan más complicaciones en un 34% en comparación con los factores de riesgo que corresponde al 15% de la población a estudio.

El 100% de las muertes se consideraron evitables y los principales factores detectados estuvieron dentro de las categorías retraso 1 (43%) y 3 (88%). En el tipo 3, los principales fueron: la subvaloración de los cuadros clínicos, las conductas inoportunas y el tratamiento inadecuado de las pacientes: no se aplica el manejo activo del alumbramiento de manera universal, manejo inadecuado del shock y retraso en la administración de hemoderivados.

Según las estadísticas a nivel de Latinoamérica y a nivel mundiales en nuestro país sigue presentándose casos de HPP por la falta de implementación de una guía de manejo en las diferentes instituciones de salud prestadoras del servicio o por la mala adherencia a ella donde ya está implementada sumado a esto que somos un país en desarrollo, la falta de recursos, la pobreza, el bajo nivel de manejo e intrusión en el manejo de las embarazadas son factores que contribuyen a la presencia de esta patología.

7. DISCUSION

Se toma estudios realizados en HOSPITAL ISIDRO AYORA (ECUADOR) donde el 42% de las mujeres con HPP tuvieron una edad menor de 30 años, en comparación con el realizado en CHAVINE, PERU en donde hace referencia a un 26.2%, mujeres de 20 a 24 años de edad que presentaron HPP, mientras que los datos obtenidos de nuestra investigación el 29% comprende edades entre 20 a 23 años; se ha determinado que hay similitud en cuanto a la presentación de esta patología y las edades establecidas en los diferentes estudios.

Un estudio publicado en la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia donde reveló que esta patología se presentó con una variabilidad entre estudios realizados del 2.5% a 16 % y esto es debido al problema a estimar la cantidad de sangre que es perdida en el momento del parto. En comparación con un estudio realizado en el departamento de Antioquia – Colombia y publicado en la Revista de Ginecología y obstetricia reporta que el 14.6% de las pacientes que presentaron HHP fue atribuido a los factores de riesgo los cuales no son controlables ni modificables.

En un análisis de la sala de maternidad del HOSPITAL SANTO TOMAS (PANAMA) se tomó 343 pacientes que representaron 10% de multíparas, de una total de una población de 3573 pacientes lo cual evidenció que la multiparidad se debe considerar como factor de riesgo importante para la presentación de esta patología.

En la provincia del CHIMBORASO ECUADOR se realizó un estudio con una población de 126 pacientes lo cual dio como resultado que el 18% correspondieron a mujeres multíparas; y se observó que el nivel socioeconómico también influye en la presentación de HPP con 68%.

Nuestro estudio realizado en el HUDN indica que el 55% de las pacientes eran multíparas, y el 86% eran de estrato (1y 2) socioeconómico bajo.

Con estos resultados demostramos que la multiparidad y el nivel socioeconómico puede presentar de complicaciones severas y mayor riesgo de morbimortalidad de las maternas.

En la PROVINCIA DEL CHIMBORASO en el HOSPITAL DE RIOBANBA (ECUADOR), el tratamiento utilizado para HPP se reporta que el 38% fue farmacológico y el 62% quirúrgico.

En el HOSPITAL ISIDRO AYORA reporta que el uso farmacológico de oxitocina y methergine, ha logrado resolver la HPP en un 45%.

Este estudio reporta que el tratamiento farmacológico fue del 35% y el tratamiento quirúrgico del 65%, cabe resaltar que se utilizó tratamiento farmacológico y quirúrgico en el 23%.

Se evidencia que hay mayor número de casos en la presentación del tratamiento quirúrgico, por lo cual se recomienda mejor cumplimiento de la guía y captar a las maternas precozmente, realizar una buena historia clínica, un adecuado diagnóstico para así disminuir las secuelas como la histerectomía.

CONCLUSIONES

La hemorragia obstétrica en el departamento de Nariño se presenta en un porcentaje medio que afecta la calidad de vida de las pacientes y de sus hijos de tal manera es importante tratar e intervenir de una manera oportuna, adecuada y disminuir su incidencia en la ciudad.

Se recomienda tomar una población más grande y hacer una investigación en todas las instituciones del departamento de Nariño y determinar cómo se comporta la incidencia y prevalencia de la hemorragia obstétrica y sobre todo la HPP como afecta la calidad de vida las pacientes.

La frecuencia de la HPP en el HUDN, en los años 2008 al 2012 fue del 48% (N=136), e presento mayor frecuencia de HPP entre las edades de 20 a 28 años y determino que el nivel socioeconómico bajo (estratos 1 y 2) tiene alta significancia en la presentación de la HPP.

Hay cumplimiento de la guía de atención en HPP con base a la establecida por el ministerio de salud y protección social. De esta manera con la realización adecuada de la guía para HPP reduce el número de complicación, mortalidad materna y perinatal.

De igual forma hay que reconocer de forma temprana los factores de riesgo y agravantes que contribuyan al desarrollo de esta patología de esta manera actuar de forma oportuna en el control de esta y así disminuir la morbimortalidad de estas pacientes.

- No existen pruebas suficientes que indiquen que el agregado de misoprostol es superior a la combinación de oxitocina y ergometrina sola para el tratamiento de la HPP primaria.
- Se requieren ensayos controlados aleatorios grandes multicéntricos y doble ciego para identificar las mejores combinaciones de fármacos, las vías de administración y las dosis de uterotónicos para el tratamiento de la hemorragia posparto (HPP).
- Hay mayor incidencia de HPP en pacientes con nivel socioeconómico bajo.
- La guía se cumple en el tratamiento, pero se debe tener en cuenta la gravedad de la paciente.
- Adherencia en el hospital para disminuir las complicaciones
- Mirar el protocolo según la complicación.

PERSPECTIVAS

1. Hacer una comparación del manejo de la HPP en las diferentes instituciones salud del departamento de Nariño, determinado como es el manejo interno en comparación con la norma técnica del ministerio de salud y protección social.
2. Se requiere otros estudios para evaluar la adherencia a la guía de HPP en otras instituciones de salud del departamento tomando una población mas grande y prolongar el tiempo de estudio
3. Se requiere trabajo adicional para evaluar el mejor tratamiento para las mujeres que no responden al tratamiento con uterotónicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA UNADM. Crisis económica: una perspectiva feminista desde america latina. 2010.
2. BONIFAZ GUERRERO JJ. Hemorragia post-parto en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba. Riobamba - Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2010.
3. Modelo de atención integral y humanizada en salud.
4. PERINATAL IEM. Prácticas clínicas basadas en evidencia científica en salud materno perinatal. Lima - Perú2003. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/284_IMP16.pdf.
5. Rivero MIA, María J. Alegre, María C. Feu María C. Valsecia, Mabel Schaab Andrea Figueras, Albert. Hemorragia postparto: incidencia, factores de riesgo y tratamiento. Hospital Angela Llano. 2005.
6. LASSILA JAVSR. Management of post-partum haemorrhage. The Acta Anaesthesiologica Scandinavica Foundation. 2010.
7. Rivero MIA MJA, María C. Feu María C. Valsecia, Mabel Schaab Andrea Figueras, Albert. Hemorragia postparto: incidencia, factores de riesgo y tratamiento. Hospital Angela Llano. 2005.
8. H. Karlsson CPS. Hemorragia postparto. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Virgen del Camino Pamplona. 2009;32.
9. Abreo AOLMPOSMG. Hemorragia Puerperal. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2011;206.
10. CALVO R. Protocolo manejo para las hemorragias postparto.
11. Khan KS WD, Say L, et al. WHOanalysis of causesofmaternaldeath: a systematicreview. Lancet. 2006;367.
12. NARVAEZ DELGADO EJ. Descripción de la atención al parto antes y después de la implementación de una guía de la práctica clínica de prevención y de manejo de hemorragia postparto en dos hospitales de Managua. Managua - Nicaragua: Universidad Autónoma de Barcelona; 2007.
13. Belizán CSFAJ. Factores de riesgo de hemorragia post-parto en partos vaginales en una población de América Latina. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2009.
14. UNICEF. Situación de la infancia. Buen comienzo en la vida. 2005.
15. Rivera M. Hemorragia Obstétrica y choque hemorrágico. IX Curso de actualización en anestesiología en ginecología y obstetricia.
16. Zuleta GVBAJGJ. Código rojo: guía para el manejo de la hemorragia obstétrica. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2009;60.
17. Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011(11):CD007412.
18. Pineda JRCARPHGPGAPJBCSF. Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas con el embarazo. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública.
19. Colombia Ecd. PROYECTO DE LEY 060 DE 2007. 2008.
20. Guerrero MEAGJFEHJ. Cirugía de control de daños: Un concepto aplicable en ginecología y obstetricia. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2005;36.

21. Salud Md. Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo. Bogotá - Colombia: Dirección General de Promoción y Prevención.
22. Scribid. Hemorragia Posparto.
23. Nariño HUDD. Available from: <http://www.hosdenar.gov.co/>.
24. Pedro FHS. Pasto; Available from: <http://www.hospitalsanpedro.org>.
25. MALVINO e. Shock hemorrágico en obstetricia. Buenos Aires2010.
26. Ginecología SCdOy. Obstetricia y Ginecología. 1 ed. Colombia2004.
27. DE LA CUEVA P. Maniobra de Kristeller. 2012.
28. SCIELO. Análisis de las muertes maternas por hemorragia en el departamento de Antioquia, Colombia. Años 2004 y 2005. Revista Colombiana de Obstetricia y ginecología. 2006;57 (3).
29. CALLE A. Diagnóstico y amnejo de hemorragia Posparto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2008.
30. SALUD SD. Normas nacionales para la atención materno - neonatla. Tegucigalpa2010.
31. Ética médica: Juramento hipocrática, Ley 23 de 1981.
32. CASTILLO n. Documentos médicos. Revista Colombiana de Gastroenterología. 2004;19.

ANEXOS

Anexo A. Cronograma

	Actividad	Año																		Estado		
		2012												2013								
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J		J	A
1	Búsqueda y revisión de artículos científicos	■	■	■	■	■	■	■														Realizado
2	Elaboración y revisión de la Propuesta							■														Realizado
3	Aprobación por parte del Comité de Investigación								■													Pendiente
4	Solicitud de permisos a los hospitales								■													Pendiente
5	Prueba piloto									■	■											Pendiente
6	Revisión de historias clínicas												■	■								Pendiente
7	Análisis de los datos													■	■							Pendiente
8	Discusión de los resultados															■						Pendiente
9	Elaboración del artículo y documento final																■	■				Pendiente
10	Entrega del documento final y artículo																			■		Pendiente
11	Sustentación																				■	Pendiente

Anexo B. Presupuesto

Personal

Nombre/Profesión	Deberes	Horas	Valor por hora (\$)	TOTAL (\$)
EULER ALPALA JOHAN ERAZO	Búsqueda de artículos científicos.	56	1000	549000
	Revisión de los artículos científicos.	112	1000	
	Transcripción de la ficha técnica	56	2000	
	Momentos de ocio y esparcimiento	30	1500	
	Trabajo intelectual	112	2000	
JULY BENAVIDES.	Asesorías	56	1000	112000
	Correcciones	56	1000	
TOTAL				661000

Implementos

Tipo de Implemento	Nombre	Costo por item (\$)	No. de items	TOTAL (\$)
De oficina	ESCRITORIO	150000	1	864800
	LAPICEROS	600	6	
	SILLAS	120000	4	
	LÁPICES	400	4	
	RESALTADOR	4000	4	
	CORRECTOR	5000	4	
	CUADERNOS	4000	8	
	PORTAMINAS	2000	8	
Electrónicos	GRABADORA DE VOZ	140000	2	6460000
	TELÉFONO CELULAR SAMSUNG GALAXY SIII	1500000	4	
	TALADRO	180000	1	
Computador	RESMA DE HOJAS E IMPRESORA	540000	1	15340000
	SOFTWARE	1300000	4	
	PORTATIL APPLE MACBOOCK PRO	2400000	4	
TOTAL				22664800

Transporte para colección de datos (si aplica).

Tipo de Transporte	de Detalles	Costo/Ida y vuelta (\$)	No. de viajes	TOTAL (\$)
Autobus.	Ida y vuelta	2200	56	123000
Taxi	Ida y vuelta	7000	40	280000
TOTAL				403000

TOTAL DEL PROYECTO	\$ 23728800
FINANCIADO POR LOS ESTUDIANTES	\$ 23728800
TOTAL FINANCIADO	\$ 23728800

Anexo C. Instrumento

ADHERENCIA A LAS GUIAS ATENCION DE HEMORRAGIA POSTPARTO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO EN LOS AÑOS 2008 a 2012

No.

Edad de la paciente en años:

Estrato: 1 2 3 4

Área geografía U (urbana) _____ R (rural) _____

Raza: mestizo _____ negro _____ otra _____

La paciente tuvo HPP: Si_ No_ (Si la respuesta es afirmativa pasar al siguiente ítem)

Antecedentes obstétricos (marcar con "x"):

	SI	NO
Primigestante.		
Multigestante		
Pérdida de sangre >500ml		
Placenta retenida		
Embarazo múltiple		
Macrosomia		
Episiotomía		
Sutura perineal		
Manejo activo del Alumbramiento		
Bajo peso al nacer		

Manifestaciones clínicas de HPP que hubiera presentado la paciente

- A. Sangrado
- B. Cefalea
- C. Hipotensión arterial
- D. taquicardia
- E. oliguria
- F. taquipnea
- G. palidez
- H. útero flácido o con desgarro en el canal del parto
- I. abdomen agudo
- J. alteración del estado de conciencia.

Complicaciones que se presentaron en las maternas en el pre parto en HUDN Y FHSP

- A. Preclapsia
- B. Atonía uterina
- C. Parto instrumentado

Cual fue el tratamiento definitivo HPP, se manejo de acuerdo a lo estipulado en la normal técnica?

- A. Farmacológico
 - ✓ Oxitocina
 - ✓ Methergine
 - ✓ Misoprostol
- B. Quirúrgico

El tiempo trascurrido en el inicio de HPP y el control de la HPP

- A. 30 min
- B. 45 min
- C. 1 hora
- D. Otro: _____

Se cumplió lo establecido en la guía de atención de HPP Si ____ No____
parcialmente _____

TOMADO DE GUÍA DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA - GUÍA DE ATENCIÓN DE LAS HEMORRÁGICAS ASOCIADAS AL EMBARAZO

Anexo D. Variables de campo

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN			
		nominal	ordinal	intervalo	Razón
Edad de la paciente	Cualitativa	X			
Raza	Cualitativa	X			
Porcentaje en el que se presentó hemorragia post-parto en el HUDN y FHSP	Cuantitativa			X	
Hemoclasificación	Cualitativo	X			
Etiología	Cuantitativa			X	
Factores de riesgo.	Cualitativa	X			
Manifestaciones clínicas	Cualitativas	X			
Se cumplió con el tratamiento	Cualitativa	X			
Se siguió el tratamiento de acuerdo a la guía de atención.	Cualitativa		X		
Se aplicó otro tratamiento diferente a la norma técnica.	Cualitativo	X			
Estrato Socioeconómico	Cualitativa	X			

Fuente: *Guía del Ministerio* de Salud y Protección Social de la República de Colombia - guía de atención de las hemorrágicas asociadas al embarazo

Anexo E. “Adherencia a las guías de atención en hemorragia postparto en el Hospital Universitario Departamental de Nariño en los años 2008 A 2012”

Sección 1. Variables socio demográficas

	CLARIDAD	CONGRUENCIA	IMPARCIALIDAD	ADECUADO
SI				
NO				

Sección 2. Antecedentes obstétricos

	CLARIDAD	CONGRUENCIA	IMPARCIALIDAD	ADECUADO
SI				
NO				

Sección 3. Factores de riesgo para hemorragia postparto

	CLARIDAD	CONGRUENCIA	IMPARCIALIDAD	ADECUADO
SI				
NO				

OBSERVACIONES:

NOMBRE DEL ASESOR: **HECTOR JARAMILLO**
GINECO -OBSTETRA

ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE ATENCIÓN EN HEMORRAGIA POSTPARTO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO EN LOS AÑOS 2008 A 2012

EULER ALEXANDER ALPALA CUAICAL
JOHAN ESTEBAN ERASO RODRIGUEZ
VIVIANA JACKELINE OBANDO QUISTANCHALA

RESUMEN

Este artículo presenta los resultados de investigación, obtenidos en Hospital Universitario Departamental en el período 2008 a 2012. El principal objetivo es determinar el nivel de adherencia a las guías de atención de hemorragias posparto en el Hospital Universitario Departamental de Nariño en los casos manejados en los años 2008 a 2012. Es un estudio del tipo cuantitativo retrospectivo; los datos se extraen de 136 historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de hemorragia obstétrica, de las cuales 65 cumplieron los criterios de inclusión con diagnóstico de hemorragia post-parto

Resultados: La frecuencia de la HPP en el HUDN, en los años 2008 al 2012 fue del 48% (N=65), que presentó mayor frecuencia de HPP entre las edades de 20 a 28 años y determinó que el nivel socioeconómico bajo (estratos 1 y 2) tiene alta significancia en la presentación de la HPP

HERRAMIENTAS Y MÉTODOS

Es un estudio del tipo cuantitativo retrospectivo por cuanto comprende cuantificar el nivel de adherencia que tuvo la guía de atención en la hemorragia post-parto en la principal entidad prestadora de salud como es en el Hospital Universitario Departamental de Nariño en los años 2008 a 2012

La población fueron mujeres gestantes con diagnóstico de hemorragia post-parto atendidas en el Hospital Universitario Departamental de Nariño en los años 2008 a 2012.

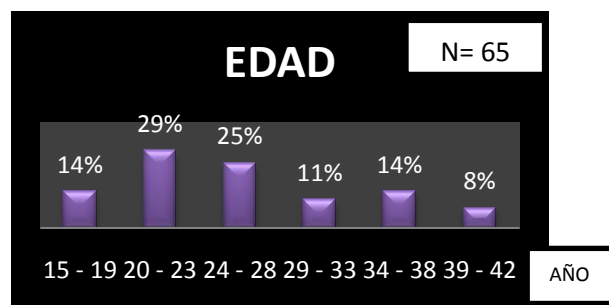
Para la realización de este proyecto de grado fue necesaria una revisión minuciosa de las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post-parto en el HUDN y FHSP, además de una revisión bibliográfica de libros, revistas, páginas de Internet, y consulta a expertos con el tema

Se tomaron como criterios de inclusión, todas las gestantes que ingresaron Hospital Universitario Departamental de Nariño por

con diagnóstico hemorragia obstétrica en los años 2008 a 2012

RESULTADOS

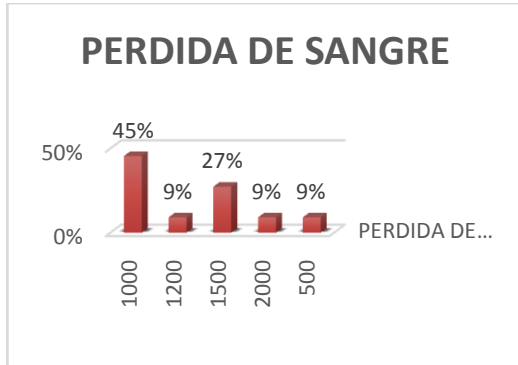
Gráfica 1. Frecuencia de edad de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



Fuente: La presente investigación

De las pacientes con HPP, el 29% corresponde a las edades comprendidas entre 20-23. La mayor parte de la población se encuentra en las edades comprendidas de 20 y 28 años

Gráfica 2. Frecuencia pérdida de sangre de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012

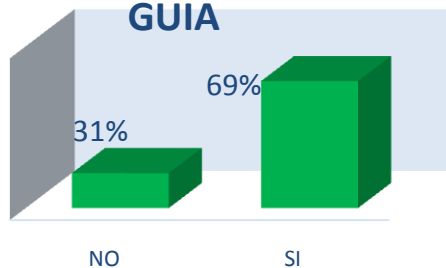


Fuente: La presente investigación

De las pacientes con diagnóstico de HPP el 100% tuvo pérdida sanguínea mayor a 500cc correspondiente al 9%

Gráfica 3. Frecuencia cumplimiento de la guía en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012

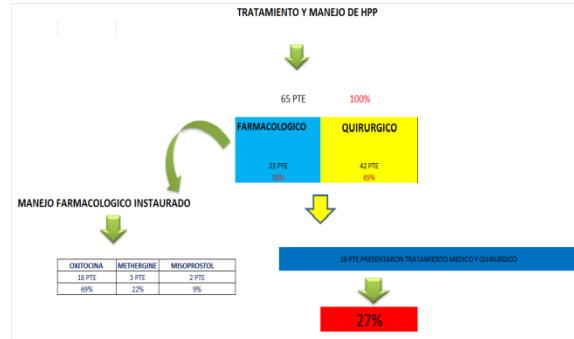
CUMPLIMIENTO DE LA GUIA



Fuente: La presente investigación

De las pacientes con HPP el 69% se presentaron que hubo cumplimiento de la guía de HPP, mientras que el 31% restante de la población no lo presento esta situación.

Figura 1. Cumplimiento de la guía de pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



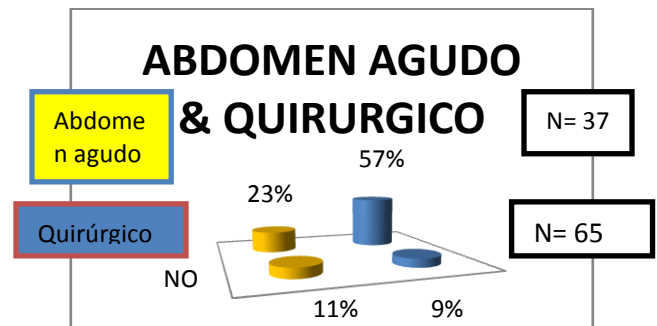
Fuente: La presente investigación

De las pacientes con HPP el 35% se instauró un manejo farmacológico, del cual el 69% fue con oxitocina, 22% methergine y el 9% misoprostol, mientras que el 65% restante de la población se estableció un manejo quirúrgico.

Se determinó que el 27% de la población se dio un manejo combinado farmacológico y quirúrgico.

N= 65

Gráfica 4. Frecuencia abdomen agudo y quirúrgico en pacientes con HPP en el HUDN en los años 2008 a 2012



Fuente: La presente investigación

De las pacientes con HPP el 23% presentaron abdomen agudo de los cuales se dio manejo quirúrgico en el 57% de los casos.

CONCLUSIONES

La hemorragia obstétrica en el departamento de Nariño se presenta en un porcentaje medio que afecta la calidad de vida de las pacientes y de sus hijos de tal manera es importante tratar e intervenir de una manera oportuna, adecuada y disminuir su incidencia en la ciudad.

Se recomienda tomar una población más grande y hacer una investigación en todas las instituciones del departamento de Nariño y determinar cómo se comporta la incidencia y prevalencia de la hemorragia obstétrica y sobre todo la HPP como afecta la calidad de vida las pacientes.

La frecuencia de la HPP en el HUDN, en los años 2008 al 2012 fue del 48% (N=136), e presento mayor frecuencia de HPP entre las edades de 20 a 28 años y determino que el nivel socioeconómico bajo (estratos 1 y 2) tiene alta significancia en la presentación de la HPP.

Hay cumplimiento de la guía de atención en HPP con base a la establecida por el ministerio de salud y protección social. De esta manera con la realización adecuada de la guía para HPP reduce el número de complicación, mortalidad materna y perinatal.

De igual forma hay que recocer de forma temprana los factores de riesgo y agravantes que contribuyan al desarrollo de esta patología de esta manera actuar de forma oportuna en el control de esta y así disminuir la morbimortalidad de estas pacientes.

- No existen pruebas suficientes que indiquen que el agregado de misoprostol es superior a la combinación de oxitocina y ergometrina sola para el tratamiento de la HPP primaria.
- Se requieren ensayos controlados aleatorios grandes multicéntricos y doble ciego para identificar las mejores combinaciones de fármacos, las vías de administración y las dosis de uterotónicos para el tratamiento de la hemorragia posparto (HPP).

- Hay mayor incidencia de HPP en pacientes con nivel socioeconómico bajo.
- La guía se cumple en el tratamiento, pero se debe tener en cuenta la gravedad de la paciente.
- Adherencia en el hospital para disminuir las complicaciones
- Mirar el protocolo según la complicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA UNADM. Crisis económica: una perspectiva feminista desde america latina. 2010.
2. BONIFAZ GUERRERO JJ. Hemorragia post-parto en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba. Riobamba - Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2010.
3. Modelo de atención integral y humanizada en salud.
4. PERINATAL IEM. Prácticas clínicas basadas en evidencia científica en salud materno perinatal. Lima - Perú2003. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/284_IMP_16.pdf.
5. Rivero MIA, María J. Alegre, María C. Feu María C. Valsecia, Mabel Schaab Andrea Figueras, Albert. Hemorragia postparto: incidencia, factores de riesgo y tratamiento. Hospital Angela Llano. 2005.
6. LASSILA JAVSR. Management of postpartum haemorrhage. The Acta Anaesthesiologica Scandinavica Foundation. 2010.
7. Rivero MIA MJA, María C. Feu María C. Valsecia, Mabel Schaab Andrea Figueras, Albert. Hemorragia postparto: incidencia, factores de riesgo y tratamiento. Hospital Angela Llano. 2005.
8. H. Karlsson CPS. Hemorragia postparto. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Virgen del Camino Pamplona. 2009;32.

9. Abreo AOLMPOSMG. Hemorragia Puerperal. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. 2011;206.
10. CALVO R. Protocolo manejo para las hemorragias postparto.
11. Khan KS WD, Say L, et al. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet. 2006;367.
12. NARVAEZ DELGADO EJ. Descripción de la atención al parto antes y después de la implementación de una guía de la práctica clínica de prevención y de manejo de hemorragia posparto en dos hospitales de Managua. Managua - Nicaragua: Universidad Autónoma de Barcelona; 2007.
13. Belizán CSFAJ. Factores de riesgo de hemorragia post-parto en partos vaginales en una población de América Latina. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2009.
14. UNICEF. Situación de la infancia. Buen comienzo en la vida. 2005.
15. Rivera M. Hemorragia Obstétrica y choque hemorrágico. IX Curso de actualización en anestesiología en ginecología y obstetricia.
16. Zuleta GVBAJGJ. Código rojo: guía para el manejo de la hemorragia obstétrica. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2009;60.
17. Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011(11):CD007412.
18. Pineda JRCARPHGPGAPJBCSF. Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas con el embarazo. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública.
19. Colombia Ecd. PROYECTO DE LEY 060 DE 2007. 2008.
20. Guerrero MEAGJFEHJ. Cirugía de control de daños: Un concepto aplicable en ginecología y obstetricia. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2005;36.
21. Salud Md. Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo. Bogotá - Colombia: Dirección General de Promoción y Prevención.
22. Scribid. Hemorragia Posparto.
23. Nariño HUDd. Available from: <http://www.hosdenar.gov.co/>.
24. Pedro FHS. Pasto; Available from: <http://www.hospitalsanpedro.org>.
25. MALVINO e. Shock hemorrágico en obstetricia. Buenos Aires 2010.
26. Ginecología SCdOy. Obstetricia y Ginecología. 1 ed. Colombia 2004.
27. DE LA CUEVA P. Maniobra de Kristeller. 2012.
28. SCIELO. Análisis de las muertes maternas por hemorragia en el departamento de Antioquia, Colombia. Años 2004 y 2005. Revista Colombiana de Obstetricia y ginecología. 2006;57 (3).
29. CALLE A. Diagnóstico y amnejo de hemorragia Posparto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2008.
30. SALUD SD. Normas nacionales para la atención materno - neonatal. Tegucigalpa 2010.
31. Ética médica: Juramento hipocrática, Ley 23 de 1981.
32. CASTILLO n. Documentos médicos. Revista Colombiana de Gastroenterología. 2004;19.