



## **UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

### **TÍTULO**

**“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO EN LAS MUJERES GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA LOJA, PERÍODO MARZO-AGOSTO 2015”**

Tesis previa a la obtención del título de Médico General.

**AUTORA:**

**JULIANA CAROLINA FLORES SUÁREZ**

**DIRECTORA:**

**Dra. MARITZA PAULINA CASTILLO VASQUEZ, Esp.**

**LOJA – ECUADOR**

**2016**



## **CERTIFICACIÓN**

**DRA. MARITZA PAULINA CASTILLO VASQUEZ, Esp.**

**DIRECTORA DE TESIS**

### **CERTIFICA:**

Que el presente trabajo investigativo, previo a optar el grado de Médico General, titulado **“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO EN LAS MUJERES GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA LOJA, PERÍODO MARZO-AGOSTO 2015”**, bajo la responsabilidad de la estudiante JULIANA CAROLINA FLORES SUÁREZ, ha sido revisado y analizado en su totalidad; por ello autorizo la presentación de la misma para los trámites legales pertinentes.

Loja, 28 de septiembre de 2016

A handwritten signature in purple ink, reading "Maritza Paulina Castillo Vasquez", is written over a horizontal dashed line. The signature is stylized and includes a large flourish at the end.

**Dra. MARITZA PAULINA CASTILLO VASQUEZ, Esp**

**DIRECTORA DE TESIS**

## AUTORÍA

Yo, JULIANA CAROLINA FLORES SUÁREZ, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

**Autor:** Juliana Carolina Flores Suárez

**Firma:**



**Cédula:** 110516859-3

**Fecha:** Loja, 28 de septiembre de 2016

Loja – Ecuador

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Juliana Carolina Flores Suárez, declaro ser la autora de la Tesis titulada **PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO EN LAS MUJERES GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA LOJA, PERÍODO MARZO-AGOSTO 2015**; como requisito para optar el grado de Médico General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veintiocho días del mes de septiembre de dos mil dieciséis, firma de la autora

**Firma:**  .....

**Autora:** Juliana Carolina Flores Suárez

**Cédula:** 110516859-3

**Dirección:** Loja, ciudadela Turunuma Alto / Zaragoza y Logroño

**Correo electrónico:** julicaflosu@gmail.com

**Teléfono:** 2614143      **Celular:** 0992981034

### DATOS COMPLEMENTARIOS

**Directora de tesis:** Maritza Paulina Castillo Vásquez, Esp

**Presidenta:** Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp.

**Primer Vocal:** Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

**Segundo Vocal:** Dra. Diana Soledad Jiménez Aguirre, Esp.

## **DEDICATORIA**

Primeramente quiero dedicar este trabajo a Dios y la Virgen por darme la oportunidad de vivir cada día, por no dejarme nunca sola aun cuando más lo necesite, por darme la fortaleza, guía y sabiduría para resolver los problemas, a lo largo de mi carrera, y así poder llegar al término de la misma, permitiéndome así alcanzar uno de los objetivos más grandes de mi vida.

A mis queridos padres Víctor y Lola, que son mi fuente de fortaleza y apoyo que me motivan a seguir adelante, con su amor incondicional, porque aun cuando ya no quería continuar, ellos me daban la fuerza para luchar por lo que quería, a mis hermanos Andrea, Roberto y Liliana, por estar y compartir conmigo cada momento significativo de mi vida, por el apoyo incondicional en todo este tiempo de formación profesional. A mi dulce sobrina Dayra, quien con su amor y alegría me brindo siempre el ánimo para continuar y no decaer. A si mismo mi queridos y siempre recordados abuelitos Mariano y Rosa, quienes desde el cielo me llenan de bendiciones y ruegan por mí para que sea feliz luchando por lo que quiero.

**JULIANA CAROLINA**

## **AGRADECIMIENTO**

Expreso mi sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana; a los catedráticos de la Carrera de Medicina por la formación académica, científica brindada en todo el tiempo que duró mi carrera.

De manera especial, mi gratitud y aprecio sincero a la Dra. Maritza Castillo, por haber asumido con responsabilidad la asesoría y dirección de tesis, quien con ahínco y su alto nivel de profesionalidad y de humanidad supo guiarme hacia la culminación de la misma.

Con gratitud, al Hospital General Isidro Ayora” y a sus Autoridades por su valiosa colaboración para la realización de mi proyecto de tesis.

A los miembros del tribunal de Revisión y Sustentación, por sus contribuciones en el trabajo final, por el tiempo y dedicación brindados.

¡A todos les agradezco por el apoyo incondicional!

**Juliana Carolina Flores Suárez**

## ÍNDICE

<b>CERTIFICACIÓN.....</b>	<b>II</b>
<b>AUTORÍA .....</b>	<b>III</b>
<b>CARTA DE AUTORIZACIÓN.....</b>	<b>IV</b>
<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>V</b>
<b>AGRADECIMIENTO .....</b>	<b>VI</b>
<b>A. TÍTULO .....</b>	<b>1</b>
<b>B. RESUMEN .....</b>	<b>2</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>3</b>
<b>C. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>D. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....</b>	<b>7</b>
<b>HEMORRAGIA POSTPARTO.....</b>	<b>7</b>
EPIDEMIOLOGIA .....	8
CLASIFICACIÓN .....	9
ETIOLOGÍA .....	10
✓ LAS 4 TS?: .....	10
FACTORES PREDISPONETES .....	21
DIAGNÓSTICO .....	22
PREVENCIÓN DE HEMORRAGIA POST-PARTO .....	23
✓ MANEJO ACTIVO EN LA TERCERA ETAPA DEL PARTO (MATEP).....	23
✓ MISOPROSTOL Y LA PREVENCIÓN DE HEMORRAGIA POST-PARTO .....	23
✓ MANEJO DE LA TERCERA ETAPA DEL PARTO EN LA AUSENCIA DE FÁRMACOS UTEROTÓNICOS	
24	
TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA POST-PARTO.....	25
<b>REFERENCIAS INVESTIGATIVAS .....</b>	<b>26</b>



<b>E. METODOLOGÍA.....</b>	<b>29</b>
TIPO DE ESTUDIO.....	29
AREA DE ESTUDIO .....	29
UNIVERSO .....	29
MUESTRA .....	29
DELIMITACIÓN DEL UNIVERSO:.....	30
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: .....	30
INSTRUMENTOS .....	30
PROCEDIMIENTO.....	31
PLAN DE ANÁLISIS.....	31
<b>F. RESULTADOS .....</b>	<b>33</b>
<b>G. DISCUSIÓN .....</b>	<b>36</b>
<b>H. CONCLUSIONES .....</b>	<b>39</b>
<b>I. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>40</b>
<b>J. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>41</b>
<b>K. ANEXOS.....</b>	<b>44</b>
(ANEXO 1).....	44
CERTIFICACIÓN DE HOSPITAL ISIDRO AYORA .....	44
(ANEXO 2).....	45
HISTORIA PERINATAL .....	45
(ANEXO 3).....	46
PARTOGRAMA .....	46
(ANEXO 4).....	46
FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	47
(ANEXO 4).....	49
CERTIFICACIÓN INGLÉS.....	49

**a. TÍTULO**

**“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO EN LAS MUJERES GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA LOJA, PERÍODO MARZO-AGOSTO 2015”.**

## **b. RESUMEN**

La hemorragia posparto (HPP) es una de las complicaciones obstétricas más frecuente y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo (H. Karlsson, C. Pérez Sanz, 2013) Por ello el presente trabajo de investigación se desarrolló con el propósito de Determinar la prevalencia y Factores de Riesgo Asociados a Hemorragia Postparto durante el puerperio inmediato en las mujeres gestantes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora Loja, período marzo-agosto 2015” Para el desarrollo de esta investigación se realizó un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y transversal, en el “Hospital Regional Isidro Ayora Loja” en el que se atendieron un total de 763 partos y 572 cesáreas de los cuales 27 casos presentaron hemorragia posparto que representa una prevalencia de 2%. Como principal conclusión se encontró la multiparidad, sobredistensión uterina, estados hipertensivos del embarazo entre los principales factores de riesgo preparto, y episiotomía medio-lateral, inducción del trabajo de parto, trabajo de parto prolongado como factores de riesgo de hemorragia durante el primero y segundo periodo, Se recomienda que las mujeres embarazadas lleven los controles mensuales durante toda la etapa de gestación para así llegar a prevenir y disminuir la muerte materna por hemorragia postparto a través del manejo activo en la tercera etapa del parto.

**Palabras clave:** factores de riesgo, hemorragia postparto

## ABSTRACT

The postpartum hemorrhage is one of the most feared obstetric complications and is one of the three leading causes of maternal mortality in the world (H. Karlsson, C. Pérez Sanz, 2013). Therefore, the present research was developed in order to determine the prevalence and risk factors associated to the Postpartum Hemorrhage during the immediate puerperium in pregnant women attended at the service of Gynecology and Obstetrics at Isidro Ayora Regional Hospital in Loja city, period March- August 2015. To develop this research a descriptive, prospective and transversal study was made at “Isidro Ayora Regional hospital”, in which were attended a total of 763 deliveries and 572 Cesareans, of which 27 cases presented postpartum hemorrhage which represents a prevalence of 2%. As a main conclusion was found, the multiparity, uterine overdistention, hypertensive disorders of pregnancy among the main factors of antepartum risk and medio-lateral episiotomy, induction of labor, prolonged labor as risk factors of hemorrhage during the first and second period. It is recommended that pregnant women carry monthly checks during all the gestation stage in order to reach prevent and reduce maternal death from postpartum hemorrhage through active management of the third stage of labor.

**Keywords:** risk factors, postpartum hemorrhage,

### **c. INTRODUCCIÓN**

La hemorragia postparto (HPP) se define como el sangrado que excede los 500ml, o un descenso significativo del hematocrito, que implique la necesidad de transfusión sanguínea. El compromiso hemodinámico, depende de la cantidad y velocidad de sangre extravasada, del nivel de hemoglobina y del estado de hidratación previo (Valeria et al., 2011). En todo el mundo, se estima que la hemorragia postparto severa se presenta en alrededor en el 11% mujeres por cada 100 nacidos vivos. Se cree que la incidencia es mucho mayor en los países en vías de desarrollo, donde gran parte de las mujeres no tiene acceso a un parto asistido por personal capacitado y donde la conducta activa en el alumbramiento no es una práctica de rutina (Fawcus S, 2007).

Se ha calculado que 60% de las muertes maternas se producen posterior al nacimiento y de ellas, 45% se producen en las primeras 24 horas de ocurrido este.

El riesgo de la hemorragia 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 de bajos recursos y que llevan a la hemorragia postparto a tener una mayor severidad clínica. Es más, se afirma que en dos tercios de las pacientes que presentaron hemorragias postparto se identificaron la presencia de por lo menos algún riesgo clínico: como la multiparidad, miomatosis, o sobredistensión uterina especialmente de pacientes con patologías concomitantes, como el embarazo múltiple, o polihidramnios presente durante la gestación (Calle, Guerrero;, & Barrera Milton, 2008).

Entre los factores de riesgo asociados a la incidencia de hemorragia post parto predomina: sobredistensión uterina, (polihidramnios, embarazo gemelar, macrosomía fetal= en el 70%; placenta previa conocida 12%; embarazo múltiple, episiotomía medio-lateral, placenta retenida en un 5%, estados hipertensivos del embarazo en un 4%, hemorragia post parto Previa 3%, obesidad, anemia, inducción del trabajo de parto el 2% edad mayor de 40 años, y primípara en 1% (MSP, 2013a).

La hemorragia posparto, en su mayoría causada por atonía uterina, es la causa más frecuente de mortalidad materna evitable en todo el mundo, y la segunda causa más importante de muerte materna en Ecuador. Si bien se han descrito una serie de factores de riesgo identificables para hemorragia posparto, en muchos casos puede ocurrir en mujeres sin factores de riesgo histórico o clínico. En el 60% de los casos de Hemorragia postparto no se logra identificar ningún factor de riesgo (MSP, 2013b).

Por tal razón es importante investigar esta patología en la provincia de Loja, por las alarmantes cifras de morbilidad y mortalidad por Hemorragia Post Parto, tomando como referencia a la principal Casa Asistencial de Salud como es el Hospital Regional Isidro Ayora Loja; debido a que cierto número de mujeres acuden a esta Casa de Salud con factores predisponentes: no llevan un control prenatal adecuado, no son atendidas por personal capacitado antes de su ingreso a dicha institución. Además el riesgo de la hemorragia es más grave aún si la madre tiene patologías asociadas a su condición de salud materna como la anemia y malnutrición patologías que generalmente acompañan a las pacientes de bajos recursos. Otra razón por la que se llevó esta investigación fue para

llevar un registro actualizado de la prevalencia de hemorragia post parto y los factores de riesgo asociados a ella.

En esta investigación se planteó como objetivo general: Determinar la prevalencia y Factores de Riesgo Asociados a Hemorragia Postparto durante el puerperio inmediato en las mujeres gestantes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora Loja, período marzo-agosto 2015”.

Los objetivos específicos quedaron planteados así: Conocer la prevalencia de hemorragia postparto durante el puerperio inmediato en el Hospital Regional Isidro Ayora Loja, identificar los factores de riesgo preparto más frecuentes que predisponen a una hemorragia posparto durante el puerperio inmediato, Identificar los factores de riesgo más frecuentes que predisponen a una hemorragia posparto durante el primero y segundo periodo.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo en 27 mujeres que presentaron hemorragia postparto durante el puerperio inmediato; y fueron hospitalizadas en el servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora durante el periodo marzo-agosto 2015.

## **d. REVISIÓN DE LA LITERATURA**

### **HEMORRAGIA POSTPARTO**

La hemorragia postparto ocurre en aproximadamente el 5% de los partos, la incidencia global es de 4% en el parto vaginal y 6% en la cesárea. Desde los años 80 se había descrito una meseta en la incidencia de la HPP, sin embargo, a partir del año 2000 se ha observado un incremento en la misma debido al aumento del número de cesáreas.

Se define a la hemorragia posparto como la pérdida de sangre que supera los 500 ml en un parto vaginal y los 1.000 ml en un parto por cesárea. Para fines clínicos, toda pérdida de sangre con posibilidad de producir inestabilidad hemodinámica debe considerarse una HPP. A menudo, el cálculo clínico de la pérdida de sangre no es precisa (MSP, 2013b).

También se define como HPP a la disminución del 10% en el valor del hematocrito. Sin embargo la determinación de éste suele retrasar el diagnóstico y además puede no reflejar el estado hemodinámico del paciente. Por esta razón también se ha propuesto como definición clínica de HPP, la “necesidad de transfusión”(BERIGUISTAN, 2012)

La valoración de la pérdida sanguínea es inexacta, por lo que cualquier sangrado anormal, tanto en volumen como en duración tras el parto, nos debe hacer pensar en una posible HPP(BERIGUISTAN, 2012).

El sangrado excesivo ocurre una vez finalizado el segundo periodo del parto, originado bien desde el sitio de implantación placentaria, de un traumatismo del tracto



genital y/o las estructuras adyacentes o de ambas. También pueden aparecer o agravarse por defectos de la coagulación.

Por lo tanto la hemorragia postparto es la descripción de un acontecimiento y no un diagnóstico, por lo que en todos los casos debemos encontrar la etiología específica para instaurar un tratamiento específico. La falta de dicho diagnóstico puede dar lugar a demoras y complicaciones, ocasionalmente funestas.

### **Epidemiología**

La hemorragia postparto complica el 5-15% de todos los partos y es la causa aislada más importante de mortalidad materna.

Las hemorragias postparto constituyen aún una importante causa de Mortalidad Materna (MM). Según la OMS, el 2005 las hemorragias ocuparon el primer lugar dentro de las causas de MM a nivel mundial, un 25% de las muertes maternas totales, independiente del nivel de desarrollo y/o ingreso per cápita de cada país. Si bien el 99% de estas muertes ocurrieron en países en vías de desarrollo.

La FIGO señala que aproximadamente el 30% de las muertes maternas en todo el mundo se deben a hemorragias, la mayoría en el período postparto. Las muertes maternas debidas a hemorragias postparto suceden en países en vías de desarrollo, en entornos tanto hospitalarios como en comunidades, donde no hay proveedores de parto o donde los proveedores de parto carecen de las habilidades o equipo necesarios para prevenir y manejar la HPP y el colapso cardiovascular.

Cada año ocurren 166.000 muertes maternas por hemorragia (25 % de la mortalidad materna a escala mundial). En el mundo existen alrededor de 14'000.000 de mujeres, que en el embarazo y el parto presentan hemorragia y ponen en peligro sus vidas. De estas el 70 % de las hemorragias ocurren en las primeras 4 horas postparto. La hemorragia postparto se presenta en un 4-5% de los casos; los cuales frecuentemente son fenómenos evitables, de manera que la ausencia de profilaxis y el diagnóstico tardío por subvaloración de las pérdidas constituyen las 2 causas fundamentales de este fenómeno (Mendez, 2012).

### **Clasificación**

#### **✓ *Hemorragia posparto precoz, primaria o inmediata***

La HPP precoz conocida también como primaria o inmediata, es aquella que se produce dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto. Aproximadamente, el 70% de los casos de HPP inmediata se producen debido a atonía uterina. Se define como atonía del útero a la incapacidad del éste para contraerse adecuadamente después del nacimiento del producto.

#### **✓ *Hemorragia posparto secundaria o tardía***

La HPP secundaria o tardía se produce después de las 24 horas hasta las seis semanas posparto. La mayoría de los casos de HPP tardía se deben a retención de tejidos placentarios y/o membranas ovulares, infección o ambas.

## **Etiología**

Las causas más frecuente de Hemorragia postparto son: atonía uterina (70%); retención placentaria; desgarros y/o laceraciones del canal del parto. (Perez-Herrezuelo, 2011)

La atonía uterina es la causa más común e importante de Hemorragia posparto. El mecanismo primario de hemostasia inmediata luego del parto es la contracción miometrial, que produce la oclusión de los vasos sanguíneos miometriales que pasan entre las fibras musculares del útero.

Para el abordaje sistemático de la hemorragia postparto es útil recordar la nemotecnia de las **4 T**, que describe las causas de HPP en orden de frecuencia:

### ✓ **LAS 4 TS**”:

<b>CAUSAS DE HEMORRAGIA POSTPARTO.</b>	<b>FRECUENCIA (%)</b>
<b>Tono:</b> atonía uterina	70
<b>Trauma:</b> lesión cervical, vaginal, ruptura uterina	20
<b>Tejido:</b> retención de placentaria o coágulos	10
<b>Trombo:</b> coagulo Patía preexistente o adquirida	< 1

FUENTE: Guía Práctica Clínica de HPP (MSP, 2013)

### **TONO.**

Se define como tono uterino a la contractilidad espontánea tras el alumbramiento lo que causa estrangulación de las arterias espirales del miometrio. Este es el principal mecanismo del control de la hemorragia. La falta de contracción uterina o pérdida del tono se conoce como atonía uterina sus principales causas son:

- Útero sobredistendido (polihidramnios, gestación múltiple, macrosomía fetal).

- Cansancio del músculo uterino (parto precipitado, parto prolongado, disfunción uterina hipodinámica, alta paridad).
- Corioamnionitis (por rotura prematura de membranas, infecciones del tracto genital como caginosis bacteriana, chamydia, estreptococo betahemolytico del grupo A).
- Alteración anatómica o funcional del útero (miomas, placenta previa).

### *Atonía Uterina*

Se define a la incapacidad del útero para contraerse de manera apropiada después del parto, es la causa más frecuente de hemorragia obstétrica(Cunningham, et al, 2011).

**Los factores predisponentes** de la atonía uterina incluyen:

- Sobredistensión uterina (por embarazo múltiple, polihidramnios o macrosomía fetal)
- Gran multiparidad,
- Uso prolongado de oxitocina,
- Parto prolongado,
- Manipulación uterina,
- Útero miomatoso,
- Útero de Couvelaire (extravasación de sangre al miometrio),
- Infección amniótica,
- uso de relajantes uterinos (sulfato de magnesio, agentes anestésicos halogenados) (Cto, 2010).

Para lograr el **diagnóstico** de atonía uterina es indispensable vigilar bien la marcha clínica de todo el parto, observar la forma y consistencia del útero, su involución, la cantidad o volumen de sangre que pierde y ha perdido la paciente. Aparecen signos y síntomas de anemia aguda: taquicardia, hipotensión, palidez de la piel y mucosas, opresión, tendencia al síncope, polipnea, sed de aire, angustia, desfallecimiento y puede presentar choque hipovolémico y morir(Cabrera, 2010).

El **tratamiento** de la atonía uterina consiste en: masaje uterino, fármacos uterotónicos, taponamiento uterino, embolización arterial selectivos, tratamiento quirúrgico (ligadura quirúrgica arterial o histerectomía obstétrica como última medida a realizar).

Debe pensarse en la transfusión de sangre en cualquier mujer con hemorragia postparto en quien el masaje uterino abdominal y los oxitócicos no controlen la hemorragia(Cunningham,et al, 2011).

### ***Inversión del Útero***

La inversión uterina es una patología poco frecuente, que consiste en la invaginación del útero dentro de su propia cavidad. El fondo uterino se invagina arrastrando sus paredes, puede descender atravesando el cuello hasta la vagina e incluso asomar a través de la vulva.

Existen varias **clasificaciones** para la inversión uterina:

**Inversión uterina no puerperal:** la mayoría de los casos se debe a tumores benignos o malignos del cuerpo uterino (sobre todo miomas submucosos), pólipos endometriales, sarcomas uterinos y cervicales y cáncer endometrial.

- **Inversión uterina puerperal:** se presenta como complicación del tercer periodo del parto

Se ha clasificado la inversión uterina en función del tiempo transcurrido desde el parto al diagnóstico:

- **Aguda:** cuando la inversión se diagnóstica en las primeras 24 horas postparto, existiendo o no contracción cervical.
- **Subaguda:** se diagnóstica pasadas las 24 horas postparto y antes de 4 semanas. Casi siempre existe contracción cervical
- **Crónica:** se diagnóstica después de 4 semanas postparto. Contracción cervical siempre presente.

Clasificación basada en la severidad del cuadro:

- **Inversión de primer grado:** el fondo uterino se encuentra invaginado, pero sin sobrepasar el cuello uterino.
- **Inversión de segundo grado:** el fondo uterino sobrepasa el cuello y desciende hasta la vagina sin sobrepasar la vulva.
- **Inversión de tercer grado:** se produce inversión total del útero, incluyendo cérvix y los fondos de saco.

El **cuadro clínico** se caracteriza por hemorragia, shock y dolor. La hemorragia aparece con una frecuencia de 90-95% de los casos, seguida por el shock, con frecuencia desproporcional al grado de pérdida hemática, lo cual puede ser consecuencia del efecto parasimpático producido por la tracción de los ligamentos anchos y estructuras peritoneales arrastradas por la inversión- El dolor no es constante y a veces queda enmascarado por el shock o por la analgesia epidural. En los casos más severos, sobre todo los agudos que se producen durante el alumbramiento, los signos más característicos son la visualización de una tumoración sangrante que aparece en el introito y la ausencia de un útero palpable a la exploración abdominal.

El **diagnóstico** precoz se basa en la presencia de los síntomas y signos clínicos, en el masaje uterino que se realiza al finalizar el parto para promover la contracción uterina, también ayudará a confirmar con la localización intraabdominal del fondo uterino. En casos crónicos han sido utilizados como métodos diagnósticos, la ecografía pélvica,, TAC y RMN. Las imágenes radiográficas pueden ayudar al diagnósticos si existe dudas tras el examen físico, y en casos cuando la paciente se encuentre estable clínica y hemodinámicamente (Cabero & Rodriguez, 2009)

### **TEJIDO.**

Comprende todos los residuos de la placenta o sangre que pueden estar adheridos a la pared del útero pudiendo provocar:

- Retención de restos placentarios.
- Retención de coágulos (útero atónico).

### ***Retención Placentaria y de Restos Placentarios***

**Retención placentaria:** es una complicación del alumbramiento que se produce por la retención persistente de separado la placenta después de transcurridos 15-20 minutos en el alumbramiento dirigido o transcurridos 30 minutos en el alumbramiento espontáneo. Puede ocurrir por adherencia total o parcial de la placenta por anillos de contractura (anillo de Bandl) esenciales o en relación con el uso incorrecto de oxitocina, tracción excesiva del cordón umbilical o maniobra de Credé mal realizada; puede originarse por inercia uterina (insuficiencia de la actividad contráctil del miometrio) (Cabero & Rodriguez, 2009).

Se establece el diagnóstico de retención placentaria, si después de 15 minutos del parto y habiendo efectuado una tracción moderada del cordón umbilical, no se logra el alumbramiento.

El manejo de la retención placentaria se basa en el alumbramiento manual el cual consiste, en la extracción de la placenta con la mano, es importante que se administre analgesia adecuada. Mientras con una mano se sostiene de manera suave el cordón umbilical de forma que quede paralelo al suelo, se introduce la otra mano en la vagina siguiendo el cordón umbilical hacia arriba y se entra dentro de la cavidad uterina. Se suelta el cordón umbilical y con la misma mano se coloca en el abdomen para sostener el fondo uterino de manera que se ejerza una contracción durante la extracción para prevenir la inversión uterina(Frenk, Ruelas, Tapia, & Leon, 2005).



**Retención de Restos Placentarios:** se denomina al alumbramiento incompleto que puede presentarse después de un parto y con menor frecuencia posterior a la cesárea; consiste en la ausencia parcial de placenta debido a la presencia de un cotiledón accesorio o a la falta de uno o varios cotiledones durante la revisión de la placenta (Cabero & Rodríguez, 2009).

La hemorragia durante el postparto inmediato rara vez origina por fragmentos de placenta retenidos, las causas fundamentales de esta complicación están dadas por los antecedentes de maniobras forzadas de extracción de la placenta, tracciones enérgicas ejercidas sobre el cordón umbilical, alumbramiento artificial ejecutado manualmente, placentas muy voluminosas y friables, formas atípicas con cotiledones aberrantes, así como adherencias anormales. Cualquiera de estos eventos predispone a la retención de uno o varios cotiledones (Cunningham et al., 2011).

Si se aprecia la retención de algunos fragmentos o membranas, se efectuará un legrado manual suave con gasa hasta constatar que no se dejan restos placentarios.

En caso de que la paciente presente sangrado transvaginal fresco con coágulos acompañado de olor fétido y fiebre en las primeras 48 horas posterior al parto, se podrá sospechar en la retención de restos placentarios o de infección puerperal (Frenk et al., 2005)

### **TRAUMA.**

Comprende laceraciones traumáticas de una o varias estructuras a lo largo del canal del parto por parto precipitado, feto macrosómico, cirugía uterinas previas, alteraciones

de la variedad de presentación, uso de oxitócicos, fórceps, maniobras de cristeler. Estos traumas pueden provocar:

- Rotura total o parcial de útero.
- Desgarre cervical
- Laceración o desgarres vaginales
- Desgarres vulvoperineales

### ***Desgarros de las estructuras Genitales***

Constituye la segunda causa de hemorragia postparto, suelen estar relacionados con partos instrumentales que lesionan el canal blando del parto, aunque también pueden aparecer en partos espontáneos muy rápidos o por macrosomía fetal.

**Desgarros perineales:** Todos los desgarros perineales salvo los más superficiales se acompañan de grados variables de lesión de la parte inferior de la vagina. Estos desgarros pueden alcanzar suficiente profundidad como para afectar el esfínter anal, y quizá se extiendan hasta profundidades variables a través de las paredes de la vagina. Los desgarros bilaterales hacia la vagina por lo regular son de longitud desigual y están separados por una porción de mucosa vaginal(Cunningham, et al, 2011).

La expulsión del feto ocasiona lesiones que pueden limitarse a la mucosa de la horquilla perineal, tegumentos, tejido celular subcutáneo o extenderse a estructuras musculares que intervienen en los mecanismos de defecación y continencia.

Entre los **factores de riesgo** más frecuentes se encuentra:

- Tejidos fibroso en primíparas añosas

- Cicatrices anteriores
- Hipoplasia perineal
- Pelvis estrecha con ángulo suprapúbico estrecho
- Cabeza fetal poco flexionada
- Trabajo de parto precipitado
- RN macrosómico

Los desgarros perineales se clasifican según su extensión y el grado de afectación muscular, se diferencian tres grados:

1. **Desgarro perineal de primer grado:** Interesa piel, tejido celular subcutáneo y músculos bulbocavernoso y transversos superficiales y profundo.
2. **Desgarro perineal de segundo grado:** Si se afecta el músculo elevador del ano.
3. **Desgarro perineal de tercer grado:** Si se lesiona el mecanismo esfinteriano anal. Algunos autores consideran un cuarto grado si la lesión es completa lesionando en su totalidad el esfínter interno y la mucosa rectal(Rabanal & Novo, 2007).

**Desgarros vaginales:** afectan al tercio medio superior de la vagina se detectan con menor frecuencia; éstos regularmente son longitudinales y suelen depender de lesiones sufridas durante un parto con fórceps o una extracción por vacío. Sin embargo, pueden formarse incluso con un parto espontáneo. Estos desgarrs suelen extenderse hasta planos profundos hasta planos profundos hacia los tejidos subyacentes y pueden dar lugar a una hemorragia importante, que se controla por medio de la colocación

apropiada de puntos de sutura. Los desgarros de la pared vaginal anterior en estrecha proximidad a la uretra son relativamente frecuentes. A menudo son superficiales con poca hemorragia o ninguna, por lo general no está indicado repararlos.

**Lesiones a los músculos elevadores del ano:** Depende de la distensión excesiva del canal del parto, las fibras musculares se disecan y la disminución de su tonicidad puede ser suficiente como para interferir en la función del diafragma pélvico. Si las lesiones afectan el músculo pubococcígeo, también puede aparecer incontinencia urinaria.

**Lesiones del cuello uterino:** El cuello del útero se desgarran en más de la mitad de los partos vaginales; casi todos éstos casos son de menos de 0.5 cm, aunque los desgarros profundos del cuello uterino pueden extenderse hasta el tercio superior de la vagina. En raras circunstancias puede haber avulsión completa o parcial del cuello uterino desde la vagina.

Estas lesiones aparecen después de rotaciones con fórceps difíciles o de partos efectuados a través de un cuello uterino no dilatado por completo. En casos excepcionales los desgarros cervicouterinos pueden extenderse y afectar el segmento uterino inferior y la arteria uterina y sus ramas principales, e incluso extenderse al peritoneo.

Si hay dudas respecto a la presencia de perforación peritoneal, o de hemorragia o de hemorragia retroperitoneal o intraperitoneal, debe pensarse en una laparotomía. Cuando el daño es de esta gravedad también está indicada exploración intrauterina por posible rotura.

Los desgarros del cuello uterino de hasta 2 cm deben considerarse inevitables durante el parto. Esos desgarros cicatrizan con rapidez y rara vez son fuente de complicaciones. Como consecuencia de esos desgarros, puede haber eversión con exposición del epitelio endocervical productor de moco.

El **diagnóstico** de un desgarro cervicouterino en mujeres con hemorragia profusa durante el tercer periodo del trabajo de parto y después del parto, en particular si hay contracción firme del útero, la magnitud de la lesión solo puede apreciarse por completo después de la exposición e inspección visual adecuada del cuello del útero.

El **tratamiento** de los desgarros cervicouterinos profundos exige reparación quirúrgica. Cuando el desgarro se limita al cuello del útero o incluso cuando se extiende un poco hacia el fondo de saco vaginal, se obtiene resultados satisfactorios al suturar el cuello uterino después de llevarlo hasta un plano donde sea posible verlo en la vulva(Cunningham et al., 2011).

### **TROMBINA.**

Comprende aquellas alteraciones de la coagulación que pueden ser previas o adquiridas durante la gestación:

- Previas a la gestación: Hemofilia A, enfermedad de Von Willebrand.
- Adquiridas durante la gestación: plaquetopenia, púrpura trombocitopénica idiopática, coagulación intravascular diseminada (la favorecen la preeclampsia, la muerte intraútero, infecciones severas, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, la embolia de líquido amniótico) (MSP, 2013b).

## Factores Predisponentes

Si bien se han descrito una serie de factores de riesgo en mujeres con hemorragia postparto, en muchos casos una hemorragia puede ocurrir sin estos factores.

En la siguiente tabla se describen los factores de riesgo presentes antes del parto, durante el trabajo de parto y el parto.

<b>FACTORES DE RIEGO DESCRITOS PARA HEMORRAGIA POSTPARTO</b>		
<b>Presentes antes del parto y asociados a incremento sustancial de la incidencia de HPP</b>		
A las mujeres con estos factores de riesgo se les aconseja la atención del parto en centros de mayor complejidad		
<b>FACTOR</b>	<b>OR* (IC 95%)</b>	<b>4T</b>
<b>Sospecha o confirmación de desprendimiento placentario</b>	13 (7,61-12,9)	Trombina
<b>Placenta previa conocida</b>	12 (7,17-23)	Tono
<b>Embarazo múltiple</b>	5 (3,0-6,6)	Tono
<b>Preeclampsia hipertensión gestacional</b>	4	Trombina
<b>Presentes antes del parto y asociados a incremento bajo de la incidencia de HPP</b>		
Se deben tomar en cuenta al discutir donde se atenderá el parto.		
<b>HPP Previa</b>	3	Tono
<b>Etnia asiática</b>	2 (1,48-2,12)	Tono
<b>Obesidad (IMC&gt;35)</b>	2 (1,24-2,96)	Tono
<b>Anemia (Hb &lt;9 g/dl)</b>	2 (1,63-3,15)	-
<b>Presentes durante el trabajo de parto y parto</b>		
Estas pacientes requieren vigilancia adicional por el personal que atiende el parto y puerperio		
<b>Cesárea de emergencia</b>	4 (3,28-3,95)	Trauma
<b>Cesárea electiva</b>	2(2,18-2,80)	Trauma
<b>Inducción del trabajo de parto</b>	2,16-2,96	-
<b>Placenta retenida</b>	5 (3,36-7,87)	Tejido
<b>Episiotomía medio-lateral</b>	5	Trauma
<b>Parto vaginal asistido (fórceps-vacum)</b>	2 (1,56-2,07)	Trauma
<b>Trabajo de parto prolongado (&gt;12horas)</b>	2	Tono
<b>Macrosomía fetal (&gt;4kg)</b>	2 (1,338-2,60)	Tono/trauma
<b>Pirexia durante la labor</b>	2	Trombina
<b>Edad mayor de 40 años, primípara</b>	1,4 (1,16-1,74)	Tono

\*OR=Odds Ratio/probabilidad

FUENTE: Guía Práctica Clínica de HPP (MSP, 2013)

## Diagnóstico

La presentación de la hemorragia posparto es dramática, usualmente con alteración de los signos vitales, observándose los signos típicos del *shock* hipovolémico (Fescina, B, Ei, & Jarquin, 2012).

El diagnóstico del shock es muy fácil en los casos extremos, pero puede ser difícil en sus fases iniciales. Se calcula que la cantidad de sangre perdida puede ser subestimada hasta en un 50% de los casos (Francisco et al., 2013).

Los signos y síntomas relacionados con el grado de pérdida sanguínea y aparición de shock hipovolémico se describen a en la siguiente tabla:

<b>CLASIFICACIÓN DEL SHOCK HIPOVOLÉMICO</b>						
<b>Pérdida de volumen (%) y ml para una mujer entre 50-70 kg</b>	<b>Sensorio</b>	<b>Perfusión</b>	<b>Pulso</b>	<b>Presión arterial sistólica (mm/hg)</b>	<b>Grado de shock</b>	
10-15% 500-1000 ml	Normal	Normal	60-90	>90	Compensado	
16-25% 1000-1500 ml	Normal y/o agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	Leve	
26-35% 1500-2000 ml	Agitada	Palidez, frialdad más sudoración	101-120	70-90	Moderada	
>35 >2000 ml	Letárgica o inconsciente	Palidez, frialdad más sudoración y llenado capilar > 3 segundos	>120	<70	Severo	

FUENTE: CLAP/SMR 2012

## **Prevención De Hemorragia Post-Parto**

Las mujeres embarazadas pueden sufrir una pérdida de sangre que ponga en peligro su vida a la hora del parto. Afortunadamente la mayoría de las hemorragias postparto pueden prevenirse. Se pueden emplear diferentes enfoques dependiendo del entorno y la disponibilidad de suministros y proveedores de parto calificados.

### **✓ Manejo activo en la tercera etapa del parto (MATEP)**

El uso del manejo activo en la tercera etapa del parto (MATEP) reduce la incidencia de la hemorragia postparto, la cantidad de pérdida de sangre y el uso de transfusiones, así que debería ser incluido en los programas de intervenciones orientadas a reducir las muertes por hemorragia postparto.

Los componentes usuales del MATEP incluyen:

- Administración de oxitocina u otro fármaco uterotónico antes que transcurra un minuto después del nacimiento del bebé.
- Tracción controlada del cordón.
- Masaje uterino después de la expulsión de la placenta.

### **✓ Misoprostol y la Prevención de Hemorragia Post-Parto**

En situaciones donde no hay oxitocina disponible, la rápida administración de misoprostol después del nacimiento del bebé, reduce la ocurrencia de hemorragia, en el



8% de los casos. Los efectos secundarios más comunes son escalofríos transitorios y fiebre.

Los componentes usuales de la administración de misoprostol incluyen:

- Administración de 600 microgramos (mcg) de misoprostol oral o sublingual.
- Tracción controlada del cordón.
- Masaje uterino después de la expulsión de la placenta.

✓ **Manejo de la tercera etapa del parto en la ausencia de fármacos uterotónicos**

La Corporación internacional de matronas (ICM) y la FIGO recomiendan que en ausencia de fármacos uterotónicos disponibles para proveedores de parto calificados o no calificados, el manejo de la tercera etapa del parto incluye los siguientes componentes:

- Esperar a que aparezcan señales de separación de la placenta (alargamiento del cordón, pequeña pérdida de sangre, útero firme y globular al palpar en el ombligo).
- Animar el esfuerzo materno para el manejo de las contracciones y si es necesario promover una posición vertical.
- No se recomienda una tracción controlada del cordón en ausencia de fármacos uterotónicos, o previa a las señales de separación de la placenta, ya que esto puede causar una separación parcial de la placenta, una ruptura del cordón, sangrado excesivo e inversión uterina (Hill, 2010).

## **Tratamiento De Hemorragia Post-Parto**

A pesar de los grandes avances en la prevención de la HPP, algunas mujeres todavía requerirán tratamiento por sangrado excesivo.

### **✓ Cuidado Obstétrico de Emergencia (EmOC)**

La administración IV/IM de fármacos uterotónicos y la extracción manual de la placenta y productos del parto retenidos; las facilidades de cuidado obstétrico de emergencia completa también incluyen transfusión de sangre y/o cirugía.

### **✓ Cuidado de emergencia comunitario – Habilidades para el salvamento de la vida en el hogar. (HBLSS)**

Es un programa enfocado a la familia y a la comunidad que se orienta a incrementar el acceso a medidas de salvamento de la vida y disminuir los atrasos para llegar a instalaciones de referencia. A los miembros de la familia y de la comunidad se les enseñan técnicas como masaje del fondo uterino y preparación para emergencias. Las pruebas de campo sugieren que HBLSS puede ser un auxiliar útil en la prevención completa de HPP y el programa de tratamiento. La identificación temprana de la hemorragia y el pronto inicio del tratamiento son clave para la efectividad del mismo.

### **✓ Misoprostol en el tratamiento de la Hemorragia Post-parto**

El misoprostol podría ser la única tecnología disponible para controlar la hemorragia postparto. Todavía no se ha determinado un régimen de tratamiento óptimo. Un estudio

publicado sobre el tratamiento de la PPH descubrió que 1000 mcg rectales, reducen significativamente la necesidad de intervenciones adicionales (Confederaci et al., 2015).

## **Referencias Investigativas**

En el artículo sobre Consideraciones prácticas sobre la hemorragia en el peripato señala que la hemorragia obstétrica es la primera causa de mortalidad y morbilidad materna extremadamente grave; sin embargo, solo un número de gestantes presentarán factores de riesgo para esta emergencia, aunque también se presenta, en un número de ellas, en ausencia de dichos factores. Por tanto, el obstetra debe estar preparado para una hemorragia eventual en todas las gestantes. Resulta elemental la cuantificación adecuada de las pérdidas sanguíneas y la identificación de los primeros síntomas y signos, lo cual se logra con el cuidado personalizado de las pacientes y además permite realizar un diagnóstico precoz y la intervención temprana con el tratamiento médico o quirúrgico, a fin de disminuir la morbilidad materna extremadamente grave por hemorragia y, consecuentemente, reducir la mortalidad (Mendez, 2012).

Un estudio analítico, retrospectivo, de corte transversal, de casos y controles sobre Factores de Alto Riesgo asociados a Hemorragia Postparto Inmediato en el Hospital María Auxiliadora de Lima-Perú. Se encontraron 65 casos estudiados por grupos de edad y referencia. La frecuencia de HPP fue de 1.52%, los factores de riesgo intraparto identificados son la episiotomía y el parto precipitado. La episiotomía tuvo 2,298 veces más riesgo de hacer HPP en comparación a las que no presentaron el factor. El parto

precipitado tuvo 2.706 veces más riesgo de sufrir HPP. Las principales causas de hemorragia postparto la constituyen desgarro del canal del parto, atonía uterina, retención de restos placentario(Altamirano, 2012).

Un estudio sobre hemorragia puerperal donde se determinó que las causas más frecuente de HPP es la atonía uterina, la retención placentaria y los desgarros y/o laceraciones del canal del parto. Así como también señalan que la clave del tratamiento es la detección precoz de los signos de descompensación hemodinámica, para llevar a cabo una fluidoterapia agresiva evitando el shock hipovolémico y así disminuir la mortalidad materna (Valeria et al., 2011).

El manejo del alumbramiento es muy importante, ya que ayudará a prevenir determinadas complicaciones, como la HPP, que es una de las principales causas de mortalidad materna tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo, los factores de riesgo identificados para la HPP fueron la raza asiática, trastornos hematológicos en la madre, HPP previa, historia de placenta retenida, embarazo múltiple, hemorragia anteparto, presencia de desgarros perineales o vaginales, macrosomía fetal (peso del feto >4 kg), parto de inicio inducido, corioamnionitis, hemorragia intraparto, presentación fetal, anestesia epidural, prolongación de la primera/segunda etapa de trabajo, trastorno hipertensivo y finalización del parto en fórceps después de un vacuo fracasado (Martínez-galiano, 2009).

La hemorragia postparto es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. El conocimiento de la existencia de factores de riesgo es de gran ayuda a la hora de prevenir una HPP pero hay que recordar que 2/3 de los casos se dan en mujeres sin ninguno de estos factores. Es por ello que es necesario actuar de forma sistemática y universal en la fase de alumbramiento de todos los partos mediante una conducta activa.

Cuando una paciente presenta hemorragia posparto, es importante evaluar en forma inmediata las probables causas: indican que el 70% de los casos de HPP son por atonía uterina, el 20% por desgarros y/o laceraciones cervicales y/o vaginales, el 10% por restos en la cavidad uterina o placenta retenida y en menos del 1% podría deberse a trastornos de coagulación. Es indudable que la prevención de la hemorragia postparto es la mejor alternativa de manejo para este tipo de complicaciones y para ello contribuye acciones que no solo estén ligadas al momento de la hemorragia, sino también al control prenatal y sus datos relacionados a hematología gestacional (Guerrero, Barrera, & Guerrero, 2008).

## **e. METODOLOGÍA**

### **TIPO DE ESTUDIO**

El presente estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo.

### **AREA DE ESTUDIO**

El estudio fue realizado en el servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Provincial General "Isidro Ayora", ubicado en la parte céntrica de la ciudad de Loja, sus límites son: Al Norte con la Calle Manuel Monteros Valdivieso, Sur con la calle Juan José Samaniego, Este con la avenida Manuel Agustín Aguirre; y al Oeste con el Túnel de los Ahorcados.

### **UNIVERSO**

Lo constituyeron 1335 mujeres gestantes ingresadas en el Servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora, que se atendieron de parto o cesárea durante el periodo marzo agosto 2015.

### **MUESTRA**

Formada por 27 mujeres que presentaron hemorragia postparto ingresadas en el servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora Loja durante el periodo marzo - agosto 2015.

## **DELIMITACIÓN DEL UNIVERSO:**

### **Criterios de inclusión:**

Todas las mujeres de puerperio atendidas, en el servicio de Ginecología-Obstetricia en el Hospital Isidro Ayora Loja durante el periodo marzo-agosto 2015, especialmente las pacientes que presentaron hemorragia postparto durante el puerperio inmediato. Tomando en cuenta que la pérdida sanguínea supera 500ml en un parto vaginal y 1000 ml en un parto con cesárea.

### **Criterios de exclusión:**

- Mujeres con hemorragia postparto mediano y tardío atendidas en el servicio de Ginecología-Obstetricia en el Hospital Regional Isidro Ayora Loja durante este periodo.
- Mujeres con hemorragia postparto inmediata atendidas en el servicio de Ginecología-Obstetricia en el Hospital Regional Isidro Ayora Loja antes y después del periodo marzo-agosto 2015.

## **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

### **INSTRUMENTOS**

El instrumento que se utilizó en esta investigación fue un formulario de recolección de datos, donde se registraron los factores de riesgo preparto y durante las 24 horas postparto, datos que se obtuvieron de la visualización de las Historias Clínicas, historia perinatal e informes postoperatorios.

## **PROCEDIMIENTO**

1. Se solicitó mediante un oficio al Director del Hospital Regional Isidro Ayora; la autorización para la recolección de datos.
2. Se dio a conocer al Líder del Servicio de Ginecología-Obstetricia sobre el estudio que se realizó para tener el acceso a la información.
3. La información se obtuvo de las historias clínicas e informes postoperatorios de las pacientes gestantes del Hospital Isidro Ayora Loja y datos de la historia perinatal.
4. Se procedió al procesamiento de la información la cual fue representada a través de tablas y gráficos estadísticos.

## **PLAN DE ANÁLISIS**

Los datos fueron analizados y reportados en base a frecuencias, porcentajes, para cumplir con los objetivos propuestos

Una vez que se realizó la recolección de datos se procedió a realizar el procesamiento de resultados, el cual se dividió en 3 Etapas:

### **1. Etapa de tabulación:**

La información fue procesada y resumida en tablas estadísticas, de frecuencia y porcentaje (%) para su ulterior análisis, se elaboró representaciones gráficas para cada una de las variables.



## **2. Etapa de Sistematización de Datos:**

Se elaboró tablas y gráficos a través del programa Excel.

## **3. Etapa análisis de datos:**

Se realizó el análisis e interpretación de los resultados obtenidos.

## f. RESULTADOS

**TABLA N° 1**

### PREVALENCIA DE HEMORRAGIA EN EL POSTPARTO INMEDIATO

PREVALENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	27	2%
NO	1308	98%
<b>TOTAL</b>	<b>1335</b>	<b>100%</b>

Fuente: formulario de recolección de datos  
Elaborado: Juliana Flores

**GRAFICO N° 1**



Fuente: formulario de recolección de datos  
Elaborado: Juliana Flores

La prevalencia de hemorragia postparto inmediata es del 2% que corresponde a 27 casos.

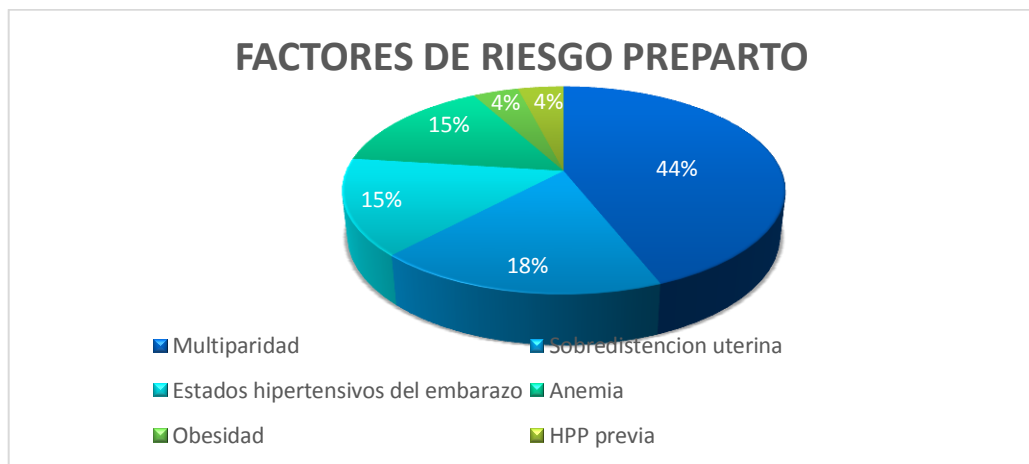
**TABLA N° 2**

**FACTORES DE RIESGO PRESENTES ANTES DEL PARTO PARA HEMORRAGIA POSTPARTO**

<b>FACTORES DE RIESGO</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Multiparidad	12	44%
Sobredistensión uterina (polihidramnios, embarazo múltiple, macrosomía fetal)	5	18%
Trastornos hipertensivos del embarazo	4	15%
Anemia	4	15%
Obesidad	1	4%
HPP previa	1	4%
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

Fuente: formulario de recolección de datos  
Elaborado: Juliana Flores

**GRAFICO N° 2**



Fuente: formulario de recolección de datos  
Elaborado: Juliana Flores

El 44% de las gestantes tuvo como principal factor de riesgo la multiparidad, seguida de sobredistensión uterina (embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal) en un 18%, estados hipertensivos del embarazo, al igual que anemia en un 15%, y finalmente obesidad y hemorragia postparto previa en un 4%

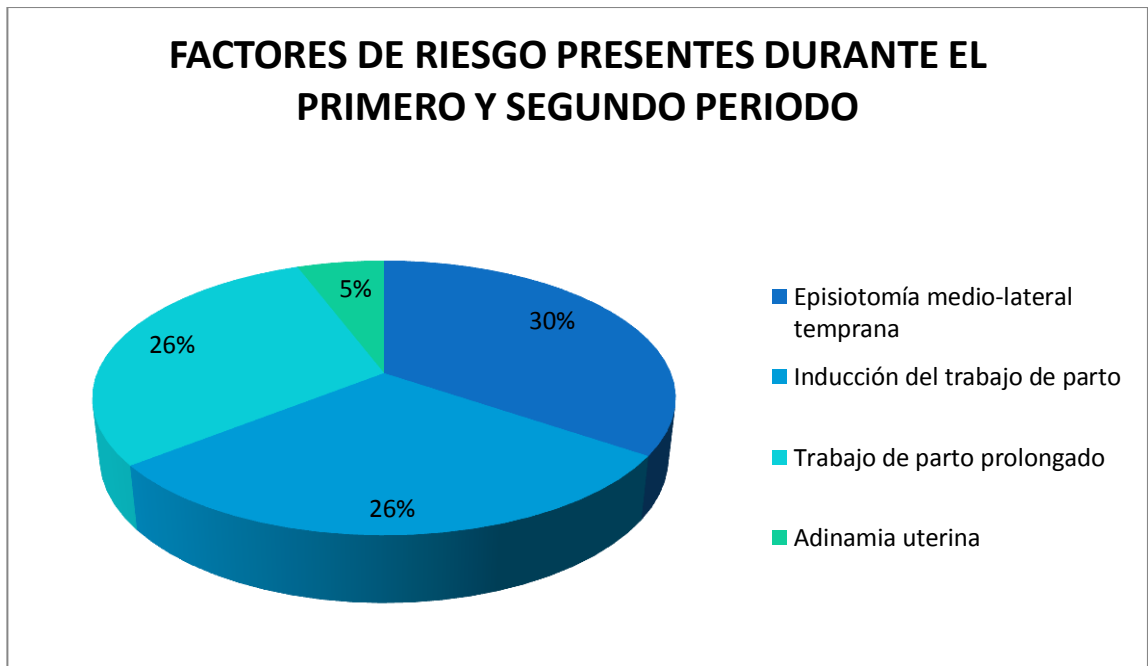
**TABLA N° 3**

**FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIA POSTPARTO PRESENTES DURANTE EL PRIMERO Y SEGUNDO PERIODO**

<b>FACTOR DE RIESGO</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Episiotomía medio-lateral temprana	8	30%
Inducción del trabajo de parto	7	26%
Trabajo de parto prolongado	7	26%
Adinamia uterina	5	18%
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

Fuente: formulario de recolección de datos  
Elaborado: Juliana Flores

**GRAFICO N° 3**



Fuente: formulario de recolección de datos  
Elaborado: Juliana Flores

El 30% de las pacientes tuvo como factor de riesgo episiotomía medio-lateral, seguida de un 26% con inducción del trabajo de parto, al igual que trabajo de parto prolongado, y finalmente con un 5% adinamia uterina.

## **g. Discusión**

Se estudiaron 27 mujeres puérperas que acudieron al Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, durante el periodo marzo-agosto 2015, con diagnóstico de hemorragia postparto durante el puerperio inmediato, lo que corresponde a una prevalencia de 2% de hemorragia postparto.

En relación con un estudio sobre los Factores de Alto Riesgo asociados a Hemorragia Postparto Inmediato en el Hospital María Auxiliadora de Lima-Perú (Altamirano, 2012) la prevalencia de Hemorragia postparto fue de 1.52%, lo que concuerda con el presente estudio donde hay una prevalencia del 2% al igual que otro estudio realizado en el Hospital “ Dr. Rafael Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta (Chica, 2013) en el cual se encontró una prevalencia 2, 61%, sin embargo en otros estudios revelan una mayor prevalencia de hemorragia postparto, como es el caso del estudio realizado en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba (Guerero, 2010), donde la prevalencia fue mayor con un 9% de casos, así como también un estudio realizado en el “Hospital Básico de Machachi” (Castellano Geoconda & Maria, 2011), en el que la prevalencia de hemorragia postparto fue del 10%, siendo mayor en comparación con el presente estudio.

En cuanto a los factores de riesgo presentes antes del parto en el presente estudio se encontró la multiparidad como principal factor de riesgo en un 44%, dato que guarda relación con el estudio realizado en Hospital María Auxiliadora de Lima-Perú donde la mayoría de las pacientes atendidas fueron múltiparas en el 53,8%, de igual manera en el

estudio realizado en Hospital Básico de Machachi”, donde el principal factor de riesgo fue la multiparidad en un 57%; a diferencia del estudio realizado en la Ciudad de Manta en el Hospital “Dr. Rafael Rodríguez Zambrano” el 60% de las pacientes fueron nulíparas, así mismo el estudio realizado en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba, donde prevalece como factor principal de riesgo la anemia en un 27% y tan solo un 18% de las pacientes fueron multíparas.

Los trastornos hipertensivos del embarazo y la anemia se encontró en el 15% de los casos mientras que en el estudio realizado en Ciudad de Manta en el Hospital “Dr. Rafael Rodríguez Zambrano” se encontró los trastornos hipertensivos del embarazo en un 20% de los casos cifra ligeramente superior comparada con los datos obtenidos en esta investigación; de la misma manera en el estudio realizado Hospital Provincial General Docente de Riobamba, prevalece como factor principal de riesgo la anemia en un 27%.

Entre los principales factores de riesgo durante el primero y segundo periodo del parto estudiados en el presente estudio se encontró la episiotomía medio-lateral en un 30% como principal factor de riesgo, datos que coinciden con el estudio realizado del estudio realizado en el Hospital María Auxiliadora de Lima-Perú donde se encontró que la episiotomía constituyó el principal factor de riesgo en estas pacientes con un 40.3 % de casos, mientras que el estudio realizado en el Hospital General Docente de Riobamba la episiotomía es el segundo factor de riesgo con un 41%, siendo un porcentaje mayor en comparación con los datos obtenidos en la presente investigación.

La inducción del trabajo de parto al igual que trabajo de parto prolongado se encontró en un 37% de los casos; a diferencia del estudio realizado en el Hospital “Dr. Rafael Rodríguez Zambrano” de Manta donde la inducción del trabajo de parto se encuentra en un 13 % de los casos siendo estos datos inferiores a los obtenidos en el presente estudio.

## **h. Conclusiones**

- La prevalencia de hemorragia post parto en la presente investigación fue del 2% que correspondió a 27 casos.
- La multiparidad estuvo presente en un 44% de los casos como principal factor de riesgo preparto de hemorragia postparto durante el puerperio inmediato, seguida de sobredistensión uterina en un 18%, estados hipertensivos del embarazo y anemia en un 15% de los casos y la obesidad al igual que hemorragia postparto previa en un 4%.
- La episiotomía medio-lateral se encontró en un 30% de los casos siendo el principal factor de riesgo de hemorragia durante el primero y segundo periodo, seguida de inducción del trabajo de parto y trabajo de parto prolongado en un 26%, y adinamia uterina en un 5%.



## **i. Recomendaciones**

- La prevención a nivel primaria siempre será la clave para disminuir la morbi-mortalidad materna causada por la hemorragia postparto, por ello creo conveniente que se debe capacitar permanentemente a los médicos para que realicen un manejo adecuado de la tercera etapa del parto.
- Se recomienda al personal médico dar orientación a las gestantes sobre esta complicación postparto y los factores de riesgo asociados a ella, para así prevenir la hemorragia postparto durante el puerperio inmediato.
- Es recomendable sistematizar un control prenatal adecuado en todas las gestantes ya que así se podría identificar muchos factores de riesgo.

## **j. BIBLIOGRAFÍA**

- Altamirano, P. (2012). *Factores De Alto Riesgo Asociados A Hemorragia Postparto Inmediato En El Hospital María Auxiliadora.*
- Beriguistan, D. (2012). *Manejo Multidisciplinario De La Hemorragia Obstetrica.*
- Cabero, L., & Rodriguez, D. (2009). *Operatoria Obstétrica. Una Visión Actual.* (C. Luis & D. Rodriguez, Eds.). Mexico Df.
- Cabrera, J. V. (2010). *Embarazo, Parto Y Puerperio (Principales Complicaciones)* (Primera Ed). La Habana.
- Calle, A., Guerrero, A., & Barrera Milton. (2008). Diagnóstico Y Manejo De La Hemorragia Posparto, 233–243.
- Castellano Geoconda, & Maria, Q. (2011). *Prevalencia De Hemorragia Posparto En Pacientes De 14 A 45 Años Atendidas En El Área De Gineco– Obstetricia Del Hospital Básico De Machachi, En El Período De 01 De Enero Al 31 De Diciembre Del 2011.*
- Chica, K. (2013). *Frecuencia De La Hemorragia Postparto Y Post Cesárea En Pacientes Del Hospital “Dr. Rafael Rodríguez Zambrano” De La Ciudad De Manta Durante El Periodo De Septiembre Del 2012 A Febrero Del 2013.*
- Confederaci, L., Figo, L., Figo, C., Meta, L., Segura, M., & Icm, L. (2015). Prevención Y Tratamiento De Hemorragia Post-Parto : Nuevos Avances Para Un Entorno De Bajos Recursos Declaración Conjunta Llamado A La Acción Prevención De Hemorragia Post-Parto. *International Conference Of Midwives*, (Icm), 1–4.

- Cto, G. (2010). *Manual Cto Ginecología Y Obstetricia*. (Cto Editorial, Ed.) (8 Va Edici).
- Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, & Spong. (2011). *Williams Obstetricia*. In M. Jodi S. Dashe, B. L. Hoffman, M. S. Mahendroo, J. M. Alexander, J. S. Sheffield, & Brian M. Casey (Eds.), *Williams Obstetricia* (23 Edicion, P. 734). Mexico, Bogota, Buenos Aires, Caracas, Guatemala, Madrid, New York, San Juan, Santiago, Sao Paulo, Londres, Milan, Montereal, Nueva Delhi, San Francisco, Siney, Toronto.
- Fawcus S. (2007). Oms Tratamiento Para La Hemorragia Postparto Primaria.
- Fescina, R., B, D. M., Ei, O., & Jarquin, D. (2012). *Guías Para La Atención De Las Principales Emergencias Obstétricas Guías Para La Atención De Las Principales Emergencias Obstétricas*.
- Francisco, G., Urrego, P., Bogotá, A. M. De, Alberto, M., García, B., Eduardo, J., ... Augusto, H. (2013). *Guía De Hemorragia Posparto Código Rojo*. Bogota.
- Frenk, J., Ruelas, E., Tapia, R., & Leon, M. E. (2005). Urgencias Obstétricas En Unidades De Primer Nivel. *Secretaria De Salud*, (970-721-019-2).
- Guerero, J. J. B. (2010). *Hemorragia Post-Parto En El Servicio De Gineco-Obstetricia Del Hospital Provincial General Docente De Riobamaba*.
- Guerrero, A., Barrera, M., & Guerrero, A. (2008). Diagnóstico Y Manejo De La Hemorragia Posparto. *Revista Peruana De Ginecología Y Obstetricia*, 54(54-233-243), 233–243.
- Hill, K. J. H. M. B. (2010). *Prevención De La Hemorragia Post-Parto: La Importancia Del Mejoramiento De La Calidad*. Eeuu.

- Martínez-Galiano, J. M. (2009). Prevención De Las Hemorragias Posparto Con El Manejo Activo Del Alumbramiento During Delivery. *Matronas*, 10(4), 20–26.
- Mendez, D. D. N. (2012). Consideraciones Practicas Sobre Hemorragia En El Periparto. *Medisan*, 16(7), 1024–1046.
- Msp. (2013a). *Guia De Practica Clínica Para Prevención Y Tratamiento De Hpp*. Retrieved From [Http://Www.Salud.Gob.Ec/Wp-Content/Uploads/2014/05/Guía-De-Hemorragia-Postparto.Pdf](http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/Guía-De-Hemorragia-Postparto.pdf)
- Msp. (2013b). *Prevencion, Diagnostico Y Tratamiento De La Hemorragia Postparto (Guia Practica Clinica)*. (D. W. L. D. S. V. D. S. V. D. F. D. R. H. González;, Ed.) (2013th Ed.). Quito: Diario El Telegrafo 2013.
- Perez-Herrezuelo, T. A. R. M. V. P. I. (2011). Hemorragia Postparto. *Actualización Obstetricia Y Ginecología 2001*, 1–5.
- Rabanal, A., & Novo, A. (2007). Tercer Grado . Fístulas Recto-Vaginales : Tratamiento, (Figura 1), 317–322.
- Valeria, A., Gavilán, O., Miño, L. C., Ojeda, P. M., Esther, S., Pinto, M., ... Rotatorio, I. (2011). Hemorragia Puerperal. *Revista De Postgrado De La Vía Catedra De Medicina*, 206, 16–20.

**k. ANEXOS**

**(ANEXO 1)**

**CERTIFICACIÓN DE HOSPITAL ISIDRO AYORA**



Ministerio  
de Salud Pública

HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA  
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

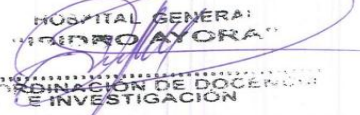
Loja, 20 de septiembre de 2016

DR. DANIEL PACHECO MONTOYA  
Subdirector de Docencia e Investigación HIAL

CERTIFICA:

Que la Srta. JULIANA CAROLINA FLORES SUÁREZ; con CI. 1105168593; realizó la entrega de un CD con el contenido de su Tesis titulada "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO EN LAS MUJERES GESTANTES ATENIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA LOJA, PERIODO MARZO-AGOSTO 2015", previa a la obtención de su Título como Médico General.

Atentamente,

  
HOSPITAL GENERAL  
ISIDRO AYORA  
COMBINACIÓN DE DOCENCIA  
E INVESTIGACIÓN  
Doctor DANIEL PACHECO MONTOYA  
Subdirector de Docencia e Investigación HIAL  
Dr. DPM/belc.

c.c. Archivo

Av. Manuel Agustín Aguirre y Juan José Samaniego  
Teléfono: 2570540 ext. 7210  
[isidro.ayora@hial.gob.ec](mailto:isidro.ayora@hial.gob.ec)

(ANEXO 2)

HISTORIA PERINATAL

**HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **APELLIDO:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** día mes año

**ETNIA:** blanca  indígena  mestiza  negra  otra

**ALFA BETA:**  no  si

**ESTUDIOS:** ninguno  primaria  secundaria  univers.  años en el mayor nivel

**ESTADO CIVIL:** casado  unión estable  soltera  otro  vive sola  no  si

**Lugar del centro prenatal:** \_\_\_\_\_

**Lugar del parto/aborto:** \_\_\_\_\_

**Nº de hijos:** \_\_\_\_\_

**Antecedentes:**  
 FAMILIARES: TBC  diabetes  hipertensión  preeclampsia  eclampsia  otra cond. médica grave   
 PERSONALES: gento  gordo  infertilidad  cardiopat.  nefropatía  violencia   
 OBSTETRICOS: gestas previas  abortos  vaginales  nacidos vivos  vivien  muertos 1º sem.  después 1º sem.   
 ULTIMO PREVIO: n/c <2500g  normal >4000g  Antecedente de gemelarios  no  si

**GESTACION ACTUAL:** día mes año **EG CONFiable** por FUM  Eco <20 s  1º trim  2º trim  3º trim

**GRUPO:** \_\_\_\_\_ **Rh:** \_\_\_\_\_ **Imuniz.** \_\_\_\_\_

**TOXOPLASMOSIS:** <20sem IgG  >20sem IgG  1ª consulta IgM

**VIH:** <20 sem  solicitado  realizado

**Hb <20 sem:** \_\_\_\_\_ g

**ESTREPTOCOCCO B:** 35-37 semanas  solicitado  realizado

**PREPARACION PARA EL PARTO:**  no  si

**CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA:**  no  si

**ANTITETANICA:** vigente  no  si  Dosis 1ª  2ª

**EX NORMAL:** ODONT  MAMAS

**OBSTETRICOS:** FUM ACT.  FUM PRS.  DROGAS  ALCOHOL  VIOLENCIA  ANTITUBERCUL  ANTITETANICA

**CONSULTAS ANTERIORES:** día mes año, edad gest., peso, PA, altura uterina, presentación, FCF (lpm), movim. fetales, prota hura, signos de alarma, exámenes, tratamientos, Iniciales Técnico, próxima cita

**PARTO ABORTO:** fecha de ingreso, consultas pre-natales, hospitaliz. en embarazo, corticoides antenatales, inicio parto, rotura de membranas anteparto, edad gest. al parto, presentación, tamaño fetal acorde, acompañante

**ENFERMEDADES:** HTA previa, HTA inducida, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes, infección ovular, infección urinaria, amenaza parto preterm, RCIU, rotura prem. de membranas, anemia, infección puerperal, otras cond. graves

**NACIMIENTO:** vivo  muerto  anteparto  parto  ignora  momento  hora min día mes año

**RECIBEN NACIDO:** sexo, peso al nacer, longitud, edad gestacional, peso E.G., APGAR, Apgar 1, Apgar 5, TAMIZAJE NEONATAL, VDR, TSH, Hbpatia, Bilrub, Tm IgM, Meconio 1º día

**EGRESO:** madre: día mes año, lugar, responsable; recién nacido: día mes año, hora min, lugar, responsable

(ANEXO 3)

PARTOGRAMA

(ANEXO 4)

Partograma (anverso)

POSICION PARTIDA	VERT. TOCAs	HORIZONTAL MULTIPARAS	INTE. GRAS	INTE. GRAS	INTE. ROTAS	INTE. ROTAS	IN DE HISTORIA CLINICA
PARTOGRAMA - CLAP/SMIR - OPS/OMS							NOMBRE Y APELLIDO
MEMBRANAS							DIA
VALORES PARA LA CONSTRUCCION DE LAS CURVAS DE ALERTA * (en horas) p10							MES
0:15   0:15   0:05   0:30   0:20							AÑO
0:25   0:25   0:10   0:35   0:35							
0:35   0:40   0:25   0:40   0:50							
1:00   0:55   0:35   1:00   1:05							
1:15   1:25   1:00   1:30   1:25							
2:10   2:30   2:30   3:15   2:50							
LINEA DE BASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA							

DILATACION CERVICAL (cm)

PLANOS  
I - -4  
Hodge  
DeLee  
II - -2  
III - 0  
IV - +4

HORAS DE REGISTRO

HORA REAL

a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p
POSICION MATERNA															
TENSION ARTERIAL															
PULSO MATERNO															
FRECUENCIA CARDIACA FETAL															
DURACION CONTRACCIONES															
FREC. CONTRACCIONES															
DOLOR / Localiz. Intens.															

**PLANOS DE REGISTRO:**

PLANOS DE REGISTRO: I - -4, II - -2, III - 0, IV - +4

PLANOS DE REGISTRO: I - -4, II - -2, III - 0, IV - +4

**PLANOS DE REGISTRO:**

PLANOS DE REGISTRO: I - -4, II - -2, III - 0, IV - +4

PLANOS DE REGISTRO: I - -4, II - -2, III - 0, IV - +4

**PLANOS DE REGISTRO:**

PLANOS DE REGISTRO: I - -4, II - -2, III - 0, IV - +4

PLANOS DE REGISTRO: I - -4, II - -2, III - 0, IV - +4

## FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



### UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA

### GUÍA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**“Prevalencia y Factores de Riesgo Asociados a la Hemorragia Postparto Durante el Puerperio Inmediato en las Mujeres Gestantes Atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora Loja, Período Marzo-Agosto 2015”**

**OBJETIVO:** Determinar la Pprevalencia y Factores de Riesgo Asociados a Hemorragia Postparto durante el puerperio inmediato en las mujeres gestantes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora Loja, período marzo-agosto 2015”

#### 1. DATOS GENERALES

1.1.EDAD: .....

#### 2. HEMORRAGIA POSTPARTO

SI ( ) NO ( )

- 500-1000 ml ( )
- 1001-1500ml ( )
- 1501-2000ml ( )
- >2000ml ( )



### 3. FACTORES PRESENTES ANTES DEL PARTO

Multiparidad	SI ( )	NO ( )
Sobredistensión uterina (polihidramnios, embarazo múltiple, macrosomia fetal)	SI ( )	NO ( )
Trastornos hipertensivos del embarazo	SI ( )	NO ( )
Anemia	SI ( )	NO ( )
Obesidad	SI ( )	NO ( )
HPP previa	SI ( )	NO ( )

### 4. FACTORES DE RIESGO PRESENTES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

Episiotomía medio-lateral temprana	SI ( )	NO ( )
Inducción del trabajo de parto	SI ( )	NO ( )
Trabajo de parto prolongado	SI ( )	NO ( )
Adinamia uterina	SI ( )	NO ( )

(ANEXO 4)

**CERTIFICACIÓN INGLÉS**

Loja, 27 de septiembre de 2016

LILIANA KATHERINE FLORES SUÁREZ

LINCENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN MENCIÓN IDIOMA INGLÉS

**CERTIFICO:**

A petición del interesado; Que el resume del trabajo investigativo previo a optar el grado de Médico General, Titulado **“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO EN LAS MUJERES GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA LOJA, PERIÓDO MARZO-AGOSTO 2015”**, de autoría de la Srta. JULIANA CAROLINA FLORES SUÁREZ fue revisado y traducido al idioma Inglés correctamente.

Atentamente:



Lcda. Liliana Katherine Flores Suárez

CI: 1105021578