



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE SALUD PÚBLICA**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIA POSTPARTO EN PACIENTES  
CON PUERPERIO INMEDIATO. SERVICIO DE GINECOLOGIA. HOSPITAL  
PROVINCIAL PUYO. 2010**

# **TESIS DE GRADO**

**Previo a la obtención del Título de:**

**Médico General**

**JENNY PATRICIA OROZCO YANZA**

**RIOBAMBA – ECUADOR**

**2010**

## **CERTIFICACIÓN**

La presente investigación fue revisada y se autoriza su presentación.

---

Dr. Juan Carlos Yambay.

**DIRECTOR DE TESIS**

## **CERTIFICADO**

El tribunal de tesis certifica que: El trabajo de investigación titulado “FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIA POSTPARTO EN PACIENTES CON PUERPERIO INMEDIATO. SERVICIO DE GINECOLOGIA. HOSPITAL PROVINCIAL PUYO. 2010”; de responsabilidad de Jenny Patricia Orozco Yanza, fue presentado y defendido ante el tribunal designado por el Consejo Directivo de la Facultad de Salud Pública de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, el mismo que autoriza su publicación.

Dr. Juan Carlos Yambay L.

-----

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Ramiro Estévez.

-----

MIEMBRO DE TESIS

## RESUMEN

Se realizó un estudio transversal de Hemorragia Postparto en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Provincial Puyo, durante el periodo Enero – Agosto 2010, utilizando 725 Historias Clínicas, valiéndonos del programa Microsoft Excel se tabularon del universo, 43 casos, de los cuales, se evaluaron las siguientes variables; incidencia, características generales, causa principal, antecedentes gineco - obstétricos y factores de riesgo.

De los resultados, se encontraron 43 casos, el mayor número de casos corresponde al grupo de edad comprendido entre 28 – 34 años con el 37%; el 51% se encuentra en unión libre; el 65% pertenece al nivel socioeconómico bajo; dentro del grado de escolaridad en un 60%, tenían nivel de instrucción baja entre analfabeta e instrucción primaria con una diferencia del 40% en quienes tenían cierto grado de alfabetización. El 63% de pacientes fueron multigestas. El 42% tuvieron mal control prenatal entre 1 a 3.

Dentro las principales causas de Hemorragia postparto destaca la Atonia Uterina (42%).

Los factores de riesgo durante el embarazo que presentaron las pacientes con Hemorragia Postparto fue en mayor porcentaje las pacientes primigestas con 37% de los casos, seguido de grandes multíparas con un porcentaje del 33 %.

Dentro de los principales factores de riesgo intraparto se pudo determinar que en un 28% se debe a desgarros cervical vaginal-perineal.

Es necesario que las Historias Clínicas se llenen de manera completa y correcta para mejorar la apreciación de los factores de riesgo de las pacientes y no dudar en efectuar el 'manejo activo' del alumbramiento para disminuir la hemorragia post parto y mortalidad en el H.P.P.

## SUMMARI

This is a transversal type of study related to the immediate postpartum hemorrhage in patients who were attended at Puyo Provincial hospital. Forty three medical records were analyzed and the Microsoft excel program was useful to tabulate date and evaluate the following aspects: postpartum hemorrhage rate, general characteristics, main cause, obstetrics and gynecology background and risk factors.

The results obtained were the following: age ranged between 28 to 34 years old corresponded to a 37%, 51% free union, low income level 65%, primary level and illiterate 60%, 63% of the patients had more than one pregnancy and the 42% of the them had had one to three medical controls during their pregnancy.

The most important causes that explain the postpartum hemorrhage are uterine atony 42%, the risk factors during pregnancy that the patients had with postpartum hemorrhage the highest percentage belonged to those women who were going to have their first baby 37% followed by the ones with more than on child 33% intrapatrum risk factors 28% and cervical laceration vaginal and perineal.

It is necessary that the clinical records must be completely and appropriately filled out to improve the appreciation of the patients different risk factors so that doctors do not have any doubt to carry out an active management of delivery to decrease the postpartum hemorraghe and the women's mortality rate at the puyo provincial hospital.

## **AGRADECIMIENTO**

*A Dios y a la Virgen María Inmaculada por ser mi fortaleza y escudo, pues con su apoyo espiritual he llegado a la culminación de esta tesis y de mi carrera profesional.*

*A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Facultad de Salud Pública. Escuela de Medicina por brindarme la oportunidad de formarme profesionalmente.*

*A los Doctores; Juan Carlos Yambay y Ramiro Estévez, tutores de la presente, quienes con sus conocimientos, tiempo, experiencias y calidad humana supieron guiarme en la elaboración de la presente investigación.*

## DEDICATORIA

*A Dios por brindarme uno de los tesoros más grandes la vida.*

*A mis padres por ser promotores ejemplares de mi vida, por su apoyo constante, confianza y consejos acertados ya que de ellos aprendí los valores de respeto, responsabilidad, dedicación y amor, hasta llegar a cumplir uno de mis grandes sueños hoy hecho realidad.*

*A mis hermanos por su apoyo incondicional y comprensión en todo momento de mi vida.*

## INDICE

|   |        |
|---|--------|
| <b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>                             | 14     |
| <b>II. OBJETIVOS.....</b>                               | 17     |
| A. General.....   | 17     |
| B. Específicos.....                                     | 17     |
| <b>III.MARCO TEÓRICO.....</b>                           | 18     |
| HISTORIA.....   | 18     |
| PUERPERIO.....  | 18     |
| Etapas  | Del 19 |
| Puerperio.....  | 19     |
| DEFINICION DE HEMORRAGIA POSTPARTO.....                 | 20     |
| FISIOPATOGENIA.....                                     |        |
| FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES DE LA HEMORRAGIA      | 23     |
| POSTPARTO .....   | 24     |
| CAUSAS DE LA HPP.....                                   | 28     |
| CUADRO CLÍNICO DE LA HPP.....                           | 30     |
| TRATAMIENTO DE LA HPP.....                              | 30     |
| FÁRMACOS ADMINISTRADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA HPP..... | 31     |
| Uso   | de 32  |
| Oxitocina.....  | 33     |
| Uso de Ergonovina.....                                  | 33     |
| Uso de Prostaglandinas.....                             | 35     |
| PREVENCIÓN DE LA HPP.....                               | 35     |
| <b>IV.METODOLOGÍA.....</b>                              | 35     |
| A. LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN.....                  | 35     |
| B. VARIABLES.....                                       | 36     |
| 1. Identificación.....                                  | 37     |
| 2. Definición.....                                      | 39     |
| 3. Operacionalización.....                              | 39     |
| C. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....               | 40     |



|  |    |
|--|----|
| <i>D. POBLACIÓN MUESTRA O GRUPOS DE ESTUDIO.....</i> | 41 |
| <i>E. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS.....</i>         | 70 |
| <b>V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>                | 71 |
| <b>VI. CONCLUSIONES.....</b>                         | 72 |
| <b>VII. RECOMENDACIONES.....</b>                     | 77 |
| <b>VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>         |    |
| <b>IX. ANEXOS.....</b>                               |    |

## ÍNDICE DE TABLAS

|  |           |
|--|-----------|
| <i>Tabla 1. Incidencia de Hemorragia Postparto. HPP. Puyo 2010.....</i>  | <i>41</i> |
| <i>Tabla 2. Pacientes con diagnóstico de Hemorragia Postparto, según grupo de edad. HPP. Puyo2010.....</i>                     | <i>43</i> |
| <i>Tabla 3. Estado Civil de pacientes que presentaron Hemorragia Postparto. HPP. Puyo2010.....</i>                             | <i>43</i> |
| <i>Tabla 4. Nivel Socioeconómico de pacientes que presentaron Hemorragia Postparto. HPP. Puyo2010.....</i>                     | <i>43</i> |
| <i>Tabla 5. Instrucción de pacientes que presentaron Hemorragia Postparto. HPP. Puyo2010.....</i>                              | <i>43</i> |
| <i>Tabla 6. Pacientes con diagnóstico de Hemorragia Postparto. Causa principal. HPP. Puyo2010.....</i>                         | <i>43</i> |
| <i>Tabla 7. Pacientes con diagnóstico de Hemorragia Postparto. Gestas. HPP. Puyo2010.....</i>                                  | <i>43</i> |
| <i>Tabla 8. Controles Prenatales de pacientes con diagnóstico de Hemorragia Postparto. HPP. Puyo2010.....</i>                  | <i>56</i> |
| <i>Tabla 9. Pacientes con diagnóstico de Hemorragia Postparto. Factores de Riesgo durante el embarazo. HPP. Puyo 2010.....</i> | <i>58</i> |

**Tabla 10.** *Pacientes con diagnóstico de Hemorragia Postparto. Factores de Riesgo intraparto. HPP. Puyo 2010.....61*

**Tabla 11.** *Instrucción Vs Control Prenatal en Pacientes con diagnóstico de Hemorragia Postparto. HPP. Puyo 2010.....64*

**Tabla 12.** *Control Prenatal Vs Nivel Socioeconómico en Pacientes con diagnóstico de Hemorragia Postparto. HPP. Puyo 2010.....66*

**Tabla 13.** *Edad Vs Causa Principal de Hemorragia Postparto en Pacientes con diagnóstico de Hemorragia Postparto. HPP. Puyo 2010.....68*

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|  |           |
|--|-----------|
| <i>Gráfico 1. Incidencia de Hemorragia Postparto. HPP. Puyo 2010.....</i>  | <i>41</i> |
| <i>Gráfico 2. Pacientes con diagnóstico de Hemorragia Postparto, según grupo de edad. HPP. Puyo2010.....</i>                     | <i>43</i> |
| <i>Gráfico 3. Estado Civil de pacientes que presentaron Hemorragia Postparto. HPP. Puyo2010.....</i>                             | <i>43</i> |
| <i>Gráfico 4. Nivel Socioeconómico de pacientes que presentaron Hemorragia Postparto. HPP. Puyo2010.....</i>                     | <i>43</i> |
| <i>Gráfico 5. Instrucción de pacientes que presentaron Hemorragia Postparto. HPP. Puyo2010.....</i>                              | <i>43</i> |
| <i>Gráfico 6. Pacientes con diagnóstico de Hemorragia Postparto. Causa principal. HPP. Puyo2010.....</i>                         | <i>43</i> |
| <i>Gráfico 7. Pacientes con diagnóstico de Hemorragia Postparto. Gestas. HPP. Puyo2010.....</i>                                  | <i>43</i> |
| <i>Gráfico 8. Controles Prenatales de pacientes con diagnóstico de Hemorragia Postparto. HPP. Puyo2010.....</i>                  | <i>56</i> |
| <i>Gráfico 9. Pacientes con diagnóstico de Hemorragia Postparto. Factores de Riesgo durante el embarazo. HPP. Puyo 2010.....</i> | <i>58</i> |
| <i>Gráfico 10. Pacientes con diagnóstico de Hemorragia Postparto. Factores de Riesgo intraparto. HPP. Puyo 2010.....</i>         | <i>61</i> |

**Gráfico 11.** Instrucción Vs Control Prenatal en Pacientes con diagnóstico de Hemorragia Postparto. HPP. Puyo 2010.....64

**Gráfico 12.** Control Prenatal Vs Nivel Socioeconómico en Pacientes con diagnóstico de Hemorragia Postparto. HPP. Puyo 2010.....66

**Gráfico 13.** Edad Vs Causa Principal de Hemorragia Postparto en Pacientes con diagnóstico de Hemorragia Postparto. HPP. Puyo 2010.....68

## I. INTRODUCCION

La mortalidad materna debida a complicaciones del embarazo, parto y puerperio, continúan siendo alta y aún constituyen una tragedia en varios países de América Latina.<sup>1</sup>

Cada 20 minutos fallece una mujer embarazada en América Latina.

Entre las causas principales de muerte materna se destacan: hemorragia (especialmente hemorragia postparto, 25%), sepsis (15%), alteraciones hipertensivas del embarazo (particularmente eclampsia, 12 %), y labor prolongada o detenida (8 %).

La Organización Mundial de la Salud estima aproximadamente 500.000 muertes maternas anuales, 50% debidas a hemorragias postparto y de complicaciones secundarias en más de 20 millones de mujeres anualmente.<sup>5</sup>

La hemorragia postparto es por consiguiente, una de las causas más comunes de mortalidad materna en el mundo. El 99% de ellas se presenta en países en vías de desarrollo.<sup>26</sup>

En estos países, la hemorragia postparto contribuye a la mortalidad materna principalmente por la falta de instalaciones para la atención del parto y también, a un pobre estado de salud de las madres.<sup>13</sup>

La hemorragia postparto es una de las complicaciones más temidas que pueden surgir en el puerperio. Actualmente, la mejor atención obstétrica y la mayor disponibilidad y mejor uso de fármacos oxitócicos, han hecho que su incidencia no supere el 5%, si bien hay que tener en cuenta que estas cifras corresponden a estadísticas realizadas en países desarrollados. De todos modos sigue siendo una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo, siendo en la mayoría de los casos potencialmente evitable.<sup>32</sup>

De esta manera el riesgo de muerte materna durante el parto constituye una de las mayores desigualdades en la salud mundial. Las mujeres en los países en desarrollo tienen más de 40 veces más probabilidades que las mujeres en los países desarrollados a morir en el parto (1 de cada 61 mujeres en los países en desarrollo frente a 1 en 2.800 mujeres en los países desarrollados). Dentro de un país, a medida que aumenta la pobreza también lo hace la proporción de mujeres que mueren por causas maternas.<sup>12-13</sup>

Según las evidencias científicas disponibles se puede reducir hasta en un 45% la mortalidad materna asociada a hemorragia postparto si se realiza un manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto; siendo esta una tecnología de aplicación simple que promueve la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgos.<sup>12</sup>

Las limitaciones estructurales son importantes, pero las evidencias reflejan que aun en las condiciones actuales se puede mejorar el control y la vigilancia del embarazo, parto y puerperio.

La calidad y eficiencia en la atención del parto, así como en el puerperio son importantes y conlleva la necesidad de medirlas, pero es siempre un desafío debido en parte a que los indicadores deben separar la parte de ellos que se debe a las características de los pacientes de la que se relaciona con la atención prestada.<sup>36</sup>

La OMS opina que las complicaciones puerperales inmediatas, son las principales causas de morbi – mortalidad materna mas fácilmente prevenible y tratable, reduciendo la incidencia de mortalidad, en aquellas mujeres que se han sometido a un parto institucional y además considera urgente que los servicios sanitarios proporcione la asistencia con alta eficiencia, calidad adecuada y de fácil acceso a todos los niveles de prestación de los servicios.<sup>5</sup>

Al momento, el Ecuador ocupa, el cuarto lugar entre los países de América que mayor índice de mortalidad materna registran, según el Instituto Nacional de estadística y Censos (INEC), en el 2005, el 38% de las muertes se relacionan a causas obstétricas directas, el 28% se produce por la toxemia del embarazo, el 20% por hemorragias y el 7% por complicaciones en el postparto.

El INEC en 2008 indica como principal causa de muerte materna en el Ecuador a la Hemorragia Postparto con un 15.2%, seguido de Hipertensión Gestacional con proteinuria significativa en el 13.9%, eclampsia con el 13.3%.<sup>27</sup>

Evaluar adecuadamente a la embarazada desde el inicio de su gestación, conociendo a tiempo los posibles factores de riesgo para sangrar, así como detectar durante el trabajo de parto y parto las posibles causas de sangramiento, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la solución del problema básico, constituyen pilares en el tratamiento de esta entidad.<sup>32</sup>

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 debemos actuar de forma sistemática y universal en la fase de alumbramiento de todos los partos mediante una conducta Activa.<sup>18</sup>

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbi-mortalidad materna y perinatal. En este sentido se hace necesario establecer los parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto, con el propósito de dar respuesta a los derechos en salud de las mujeres y sus hijos.

Mientras que los factores de riesgo para la hemorragia posparto son bien descritos, muchas pacientes que desarrollan esta complicación no tienen factores de riesgo conocidos antes del parto. Por lo tanto, en cada parto atendido por el médico, debe vigilar los signos de hemorragia.<sup>5</sup>

La importancia de la presente investigación surge dentro del marco de la problemática que genera, las complicaciones durante el puerperio, como es la hemorragia postparto, la misma que puede provocar secuelas a corto y largo plazo tanto a la madre como para el recién nacido, incluyendo factores importantes como lo son el económico y el emocional para la familia de las personas involucradas y la sociedad en si, además crea grandes demandas sobre el sistema de salud.

Es sumamente importante que el personal sanitario que atiende la urgencia obstétrica esté capacitado para prevenir, hacer un diagnóstico precoz y llevar a cabo un rápido manejo de la hemorragia puerperal.<sup>14</sup>

Es por esto que con el presente trabajo de investigación se pretende conocer y establecer a ciencia cierta factores de riesgo que influyen o que conllevan a una Hemorragia Postparto, durante el puerperio inmediato, en mujeres que han sido atendidas en el Hospital Provincial Puyo durante el año 2010.

#### **PREGUNTA INVESTIGATIVA.**

¿Cuáles son los factores de riesgo de hemorragia postparto en pacientes con puerperio inmediato en el servicio de Ginecología del Hospital Provincial Puyo. 2010 ?



## **II. OBJETIVOS**

### **A. General:**

- Determinar los factores de riesgo de hemorragia postparto en pacientes con puerperio inmediato en el servicio de Ginecología del Hospital Provincial Puyo 2010.

### **B. Específicos**

- Identificar las características generales de la muestra en estudio
- Determinar la incidencia de Hemorragia Postparto según grupos etarios.
- Determinar la causa más frecuente de hemorragia postparto.
- Determinar los antecedentes gineco-obstétricos en las pacientes que presentaron Hemorragia Postparto.
- Analizar los factores de riesgo durante el embarazo e intraparto que presentaron las pacientes con Hemorragia Postparto en el puerperio inmediato.

### **III.MARCO TEÓRICO**

#### **HISTORIA DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO**

En India, la esposa preferida del Shah Jahan, (emperador de principios del siglo XVII), la emperatriz Mumtaz Mahal, falleció en su décimo cuarto parto debido a una hemorragia obstétrica, en 1631. El emperador dedicó el resto de su vida a la construcción de la tumba de su esposa, el Taj Mahal, el cual requirió más de 20.000 obreros y 20 años para su terminación.

Por contrapartida en Suecia, en la misma década de la muerte de Mumtaz, se creó el colegio médico que en 1749 estableció el primer registro vital europeo. La infraestructura resultante, la educación, el entrenamiento de médicos y enfermeras, y un sistema de registro, fueron responsables de la disminución de la mortalidad materna, de 900 a 230 por 100.000, entre 1751 y 1900.

Dos factores importantes emergieron para la reducción de la muerte materna, después de 1930: la introducción de la ergometrina y las transfusiones de sangre facilitadas por los equipos de urgencia obstétrica.

Históricamente, Credé fue el primero en introducir el manejo activo del tercer periodo del parto: conducta vigilante y si era necesario tracción delicada de la placenta.

En 1997, con motivo de la inauguración del congreso del FIGO en Copenhague, y haciendo referencia a ese aspecto del problema, el presidente de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia dijo: “Las mujeres no están muriendo por enfermedades que no podamos tratar; están muriendo porque las sociedades no han tomado aun la decisión si esas vidas valen la pena ser salvadas.”

#### **4.1 PUERPERIO**

Periodo que se extiende desde el alumbramiento hasta la recuperación de los cambios fisiológicos y anatómicos inducido por el embarazo excepto las mamas.

## 4.2 ETAPAS DEL PUERPERIO

**Puerperio Inmediato:** comprende las primeras 24 horas y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos.

**Puerperio Mediato:** abarca del segundo al décimo día, actuando los mecanismos involutivos, y comienza la lactancia.

**Puerperio Tardío:** desde el décimo primer día a las 6 semanas postparto y se acompaña de una lactancia prolongada y activa.<sup>4</sup>

## 5. DEFINICIÓN DE HEMORRAGIA POSTPARTO

La Hemorragia Post-Parto (HPP) es la causa principal de muerte materna en el mundo, y la segunda en América Latina.<sup>8-16-21</sup>

La frecuencia de la hemorragia posparto es de 3% – 4% en las pacientes que han tenido un parto vaginal, hasta 9% en quienes han tenido cesárea. Todo esto aumenta si está asociado a factores de riesgo.

En promedio, en parto vaginal espontáneo suele tener una pérdida de 500 mL de sangre.

En los partos por cesárea la pérdida de sangre promedio se eleva a 800-1000 ml<sup>18-16</sup>

La Hemorragia Postparto se define como el sangrado posparto que excede los 500 ml.

Hemorragia Postparto severa (o grave) es el sangrado vaginal que excede los 1.000 ml.

McCormick et al. Afirman que "Una precisa definición más de la HPP es cualquier pérdida de sangre que causa un cambio fisiológico o compromiso hemodinámico (sensación de mareo, taquicardia, síncope, fatiga y oliguria), que amenaza la mujer la vida."<sup>8-21</sup>

En la práctica, sin embargo, es difícil estimar con exactitud la cantidad de sangre perdida. La estimación visual de la pérdida de sangre es notoriamente imprecisa, a menudo la mitad de la pérdida real.<sup>19</sup>

La hemorragia posparto se puede dividir en 2 tipos:

- **Hemorragia postparto temprano**, que ocurre dentro de las 24 horas siguientes al parto la mayoría ocurre en las primeras 2 horas. Ésta es la hemorragia más frecuente y la más importante.<sup>6</sup>

- **Hemorragia postparto tardía**, que se produce 24 horas a 6 semanas después del parto. La frecuencia oscila entre 5 a 15 %. <sup>18-6</sup>

### **5.1 FISIOPATOGENIA:**

El miometrio es el componente muscular del útero y está compuesto por fibras musculares oblicuas que rodean a los vasos sanguíneos. Durante el alumbramiento, estas fibras musculares se contraen y se retraen; el miometrio progresivamente se engrosa y el volumen intrauterino disminuye. La placenta no tiene la propiedad de contraerse y comienza a separarse a medida que la superficie del útero disminuye. Conforme se va separando la placenta, el útero se hace firme y globuloso llegando al abdomen y a veces atraviesa la línea media abdominal. <sup>19</sup>

Al final de un embarazo a término, 500 a 800 ml de sangre fluyen a través del torrente sanguíneo al sitio placentario cada minuto. A medida que la placenta se separa del útero estos vasos se rompen y ocurre el sangrado. Las contracciones continuas y coordinadas del miometrio comprimen los vasos locales para controlar el sangrado en el lecho placentario y permiten la formación de un coágulo retroplacentario. Cuando el útero falla en contraerse coordinadamente se dice que existe atonía uterina, los vasos sanguíneos en el se produce la hemorragia. <sup>9</sup>

El grado de pérdida de sangre asociado con la separación de la placenta y su expulsión depende de la rapidez con que la placenta se separe de la pared y de la efectividad de la acción de las contracciones sobre el lecho placentario durante y después de la separación. <sup>9-19</sup>

### **Alumbramiento:**

Se le conoce así al momento del parto en el cual se eliminan al exterior la placenta y las membranas ovulares.

El mecanismo fisiológico del alumbramiento consta de 4 tiempos: Desprendimiento de la placenta, desprendimiento de las membranas ovulares, descenso y expulsión de la placenta.

### **Desprendimiento de la placenta:**

De inmediato al parto el útero se retrae para adaptarse a su menor contenido. No obstante todavía la placenta permanece un tiempo (unos minutos) adherida a él; pero a continuación del nacimiento se agregan fuertes contracciones rítmicas las cuales son motivo fundamental de desprendimiento de la placenta.<sup>9-18</sup>

### **El desprendimiento de la placenta puede realizarse a través de 2 mecanismos:**

- Baudelocque Shultze: el desprendimiento se localiza en el centro de la placenta, formando así un hematoma retroplacentario que a medida que progresa el desprendimiento se hace mayor, ocasionando la inversión de la placenta y su expulsión por la cara fetal. Este mecanismo representa el 80% de los casos siendo el más frecuente; y está en relación con la localización placentaria predominante en las regiones altas del cuerpo uterino.
- Baudelocque Duncan: el desprendimiento se efectúa por el borde inferior de la placenta. La presión uterina completa la acción hasta permitir la expulsión por el mismo borde o sea por la cara materna de la placenta. Representa el 20% de los casos y depende de la inserción placentaria en el segmento inferior la cual es menos frecuente.<sup>9</sup>

### **Signos de desprendimiento (signos corporales).**

La paciente experimenta después del nacimiento del niño un estado de bienestar, las contracciones uterinas que son indoloras permiten la adaptación del útero de la placenta, y como consecuencia de esto el fondo uterino llega a nivel del ombligo o a 2 a 3 centímetros por debajo de él.

La consistencia uterina varía según el momento de la palpación; ya que es dura durante las contracciones y elástica en las pausas. A medida que la placenta se desprende el útero se torna más globuloso y asciende a nivel del ombligo, lateralizándose levemente hacia el flanco derecho: Signo de Schroeder.

Según el mecanismo de desprendimiento habrá o no pérdida de sangre durante el alumbramiento. En el mecanismo de Baudelocque Duncan se exterioriza una cantidad variable de sangre lo que constituye el llamado **signo de la pérdida**

Se denomina **tiempo corporal** al período durante el cual toda la placenta está dentro del cuerpo uterino, durante el cual las contracciones se registran perfectamente. A medida que la placenta atraviesa el canal del parto, la acción de las contracciones sobre la presión placentaria es menor.

Se considera *tiempo corporal normal* cuando es menor de 10 minutos y *tiempo corporal prolongado* cuando la expulsión placentaria se realiza entre 10 y 30 minutos. Se considera retención placentaria cuando el alumbramiento se produce después de 30 minutos desde el nacimiento.<sup>9-18</sup>

**Desprendimiento de las membranas ovulares:**

Las membranas se desprenden por el mismo proceso que el de la placenta. Las contracciones del útero lo hacen de tal manera que pliegan primero las membranas y las desprenden después; finalmente el mismo peso de la placenta en su descenso terminará por desprender por simple tironeamiento.

**Descenso de la placenta:** Desprendida la placenta ésta desciende del cuerpo al segmento, y de aquí a la vagina lo que ocurre por actividad contráctil del útero y mayormente por el peso de la misma.

**Signos de descenso (signos segmentarios):** Al llegar la placenta al segmento inferior, lo distiende, y motiva con ello el ascenso y lateralización máxima del fondo uterino.

**Signo de Ahlfeld:** se coloca a nivel vulvar una pinza de Kocher sobre el cordón umbilical y a medida que se produce el descenso placentario, la misma se aleja del lugar inicial.<sup>9-18</sup>

**Signo de Kustner:** al sostener con una mano el cordón umbilical y desplazar hacia arriba con la otra, colocada en la región hipogástrica, si el cordón umbilical permanece inmóvil indicará que la placenta está desprendida constituyendo el signo de kustner positivo; mientras que si el cordón umbilical asciende la placenta no ha descendido aún, siendo este signo negativo.

**Signo de Strassman:** si la mano que sostiene el cordón umbilical recibe la propagación ha descendido siendo el signo negativo. La no propagación de ondas indicará el descenso placentario lo cual indica un signo positivo.

**Signo de Fabre o signo del pescador:** se cumple el mismo principio del signo de strassman con la excepción de que el movimiento lo realiza la mano que sostiene el cordón umbilical y la mano colocada en el fondo uterino recibe o no las propagaciones de onda.

**Signos de expulsión (signos vaginales):**

Al llegar la placenta a la vagina el útero experimenta su mayor descenso. El fondo uterino se sitúa a 5 a 6 centímetros por debajo del ombligo, constituyendo el signo de

mayor descenso del fondo uterino siendo éste el **signo del globo de seguridad de Pinard**, que confiere al útero una consistencia leñosa.<sup>9,18</sup>

### **Expulsión de la placenta:**

Pueden presentarse dos situaciones:

- a. La absolutamente normal: Se repiten algunos pujos y éstos con el agregado del peso de la placenta y el hematoma retroplacentario permiten la expulsión placentaria hasta el exterior (espontánea).
- b. La placenta desprendida y descendida continúa alojada en la vagina, por lo que es necesario extraerla con ayuda manual (alumbramiento manual).<sup>9 - 18</sup>

## **5.2 FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO**

Hay ciertos factores de riesgo que hacen que una hemorragia posparto más probable que suceda:

- La gestación múltiple
- el cordón umbilical
- Polihidramnios
- Multiparidad (sobre todo gran multiparidad, más de 5 embarazos a término) las fibras musculares se han estirado hasta un punto en que no son capaces de retraerse con la rapidez y contraerse con la firmeza suficiente para ocluir los vasos abiertos en forma rápida después del parto.<sup>10 -18</sup>
- Trabajo de parto prolongado (inercia uterina): Por contracciones ineficaces de la tercera etapa del trabajo de parto.<sup>10-18</sup>
- Trabajo aumentado con oxitocina
- Anestesia general
- Placenta previa
- DPPNI<sup>10</sup>
- La infusión de sulfato de magnesio
- Óbito fetal.
- Síndrome hipertensivo gestacional (Preeclampsia, eclampsia).

- Parto prolongado o precipitado.
- Trastornos de la coagulación.
- Inversión uterina.
- Edad Adolescentes y mayores de 35 años.
- Lesiones: Puede haber una hemorragia importante a partir de laceraciones vaginales, rotura uterina, desgarros de cuello, o incluso de episiotomía. Algunos autores afirman que la hemorragia promedio por episiotomía mediolateral es de casi 250 ml.
- Existen factores que influyen en que la HPP sea fatal o no. La alta incidencia de anemia entre las mujeres de los países en desarrollo contribuye a la mortalidad: una mujer que ya esta anémica no puede tolerar una pérdida de sangre que una mujer saludable podría hacerlo.
- Otro factor importante es que una proporción significativa de partos en los países en desarrollos ocurre en el domicilio debido a preferencias culturales, motivos económicos, servicios de salud de baja calidad, o servicios con difícil acceso. Por ello que en la actualidad se habla una y otra vez que si bien es cierto que la HPP NO SE PUEDE PREVENIR NI PREDECIR, existen medidas económicas y sencillas que se deben de considerar al momento de atender un parto y una de ellas es la implementación del manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto.<sup>10-18</sup>

### **5.3 CAUSAS DE HEMORRAGIA POSTPARTO.**

En general la hipervolemia, junto con la expansión de la masa de los glóbulos rojos en el embarazo, permite a la parturienta adaptarse a pérdidas de sangre normal e incluso excesiva, sin disminuir el hematocrito postparto. Si la hemorragia continúa sin embargo, estos mecanismos pueden ser anulados, y se genera hipotensión, disminución de la perfusión tisular, hipoxia celular y muerte. De hecho la hemorragia es la causa mas frecuente de shock en obstetricia y ginecología.

Las causas de hemorragia postparto son atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de restos placentarios, y alteraciones de la coagulación. Una buena forma de recordar las causas fácilmente, es la nemotecnia de las “4T”, que corresponden a Tono (Atonía), Trauma (laceraciones en el canal de parto), Tejido (Restos placentarios), Trombina (Alteraciones de la coagulación)<sup>6</sup>



Existen dos fuentes de HPP primaria: <sup>10-18</sup>

1. El sitio placentario.
2. Trauma del aparato genital.

### **Sitio placentario:**

Contracción y retracción uterina ineficaz: Las contracciones uterinas débiles en la tercera etapa, quizás no desprendan de manera total la placenta, así permanece en el segmento superior del útero y evita la retracción efectiva del sitio placentario.

La actividad uterina puede ser ineficaz luego de un parto prolongado, útero atónico (paciente multigesta) o cuando existe hemorragia prenatal como en el caso de placenta previa.

Ejemplo de lo antes mencionado tenemos las siguientes causas:

### **Trastornos del alumbramiento:**

#### **Atonía uterina:**

Es responsable del 50% de las hemorragias del alumbramiento y del 4% de las muertes maternas. <sup>14</sup>

El útero luego de haber expulsado la placenta no se retrae ni se contrae, alterándose de esta forma la hemostasia. Es la causa más frecuente de hemorragia postparto. Clínicamente se observa que el útero desocupado por completo sigue teniendo un tamaño mayor que lo normal, ya que el fondo se encuentra por encima del ombligo. La consistencia es muy blanda y no se ha formado el Globo de seguridad de Pinard. <sup>10-27 - 29</sup>

Al estimularlo manualmente se contrae y disminuye su tamaño y aumenta su consistencia pero rápidamente vuelve a su estado normal. El tratamiento comprende el masaje del útero a través de la pared del abdomen, que deberá prolongarse mientras el órgano no se mantenga permanentemente retraído; y la administración de oxitócicos.

**Placenta retenida:** Definida como la no expulsión de la placenta dentro de los 30 minutos que suceden a la expulsión del producto. La cavidad uterina ocupada por la placenta no logra contraerse eficazmente por lo que el sangrado continúa. <sup>10- 27</sup>

En el tratamiento se plantean tres situaciones:

- Placenta totalmente adherida: La hemorragia está ausente, y por ello debe procederse en primer término a una expectación suficiente de media hora. Al término de este período debe recurrirse sucesivamente a masajes uterinos y el uso de oxitócicos, ambos procedimientos para reactivar la contractilidad; y ante el fracaso de las medidas anteriores, el alumbramiento manual.

- Placenta parcialmente desprendida: La hemorragia es habitual y se procede de acuerdo a la gravedad de la misma.
- Placenta desprendida y retenida en el útero: Se realiza presión continua y sostenida del útero y suaves extracciones del cordón umbilical.

**Cotiledón retenido:** Retención de una parte de la placenta (unidad funcional). Con cierta frecuencia no es toda la placenta la que se retiene si no uno o varios cotiledones.

En la mayoría de los casos esto obedece a la realización de maniobras intempestivas durante el alumbramiento tales como tironeamiento del cordón umbilical.

El diagnóstico se realiza por el examen minucioso de la placenta que deberá ser efectuado después de todo alumbramiento, se observa así la ausencia de uno o más cotiledones.<sup>10 - 27</sup>

El tratamiento consiste en la extracción del cotiledón retenido por legrado instrumental y el uso de uterotónicos.

**Manejo Inadecuado de la tercera etapa:** Después de un parto normal, si no se administra útero tónicos, el útero permanece silencioso durante pocos minutos; la placenta esta por completo adherida y no hay hemorragia, pero si se manipula el útero durante este intervalo, se puede separar la placenta de manera parcial y se reiniciará hasta que las contracciones uterinas completen la separación de la placenta.

**Placenta adherida de manera anormal:** Algunas veces partes de la placenta se adhiere de forma anormal:

- Placenta ácreta: Casi todas las vellosidades coriónicas penetran a través de la decidua (invaden miometrio).
- Placenta íncrета: Penetración a través del miometrio.
- Placenta pércreta: Puede incluir todos los cotiledones (placenta pércreta total), algunos cotiledones (placenta pércreta parcial), un solo cotiledón (placenta pércreta focal).

**Coagulación intravascular diseminado (CID) y otros trastornos de la coagulación:**

La CID se relaciona en particular con el desprendimiento prematuro de la placenta, pero también puede suceder en caso de embolia amniótica y luego de retención uterina de un feto muerto durante algunas semanas. Cuando se trata de desprendimiento de placenta la

liberación de tromboplastina del tejido placentario al torrente sanguíneo consume el fibrinógeno.

En los otros casos el mecanismo es menos seguro, pero hay depleción rápida de factores de coagulación y plaquetas que resultan en una hemorragia catastrófica.

### **Defectos de la coagulación:**

Los defectos de coagulación a pesar de que exhiben alta tasa de letalidad, son poco frecuentes. La coagulopatía obstétrica más frecuente es la hipofibrinogenemia.

Se denomina hemorragia por hipofibrinogenemia a la causada por la disminución del fibrinógeno por debajo de sus niveles críticos (200 a 400 mg/dl).

El accidente hemorrágico por esta causa se presenta como culminación de una serie de procesos obstétricos sumamente variados, que tienen en común un período final de sangre que no coagula y que al no ser tratada de forma conveniente, la mayoría de las veces tiene evolución fatal.

### **Traumas del aparato genital:**

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

El cuadro se instala con útero clínicamente normal, bien retraído y contraído, con correcta coagulación sanguínea y expulsión completa de la placenta.

El examen directo de la lesión permite confirmar el diagnóstico; y se recurre al tacto intrauterino cuando la lesión radica en el cuerpo del mismo.<sup>10-18</sup>

## **5.4 CUADRO CLÍNICO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO:**

Signos y síntomas:

- Sangrado transvaginal de moderado a grave, rojo rutilante.
- Sangrado transvaginal a chorro, masivo, abundante.
- Signos y síntomas de alteraciones hemodinámicas: mareo, sudoración, náusea, taquicardia, hipotensión arterial.<sup>10-18</sup>

El signo más característico de la HPP, es la hemorragia vaginal: Sangrado vaginal que varía de moderado (500 ml) a grave (1000 ml); acompañado o no de alteraciones hemodinámicas.

Los signos clínicos más comunes son:

1. Hemorragia mayor a 500 ml.
2. Sangre roja rutilante y brillante.
3. Palidez generalizada.
4. Hipotensión arterial.
5. Frecuencia del pulso acelerada (mayor de 100 Lat. /min.).
6. Sudoración.
7. Piel húmeda, mareos, náuseas y lipotimia.
8. Shock. <sup>10-18</sup>

**Al considerar la hemorragia postparto, hay que distinguir dos situaciones:**

La **prevención (profilaxis)** para minimizar la probabilidad de que se presente hemorragia.

El manejo (**tratamiento**) cuando se diagnostica una hemorragia tras el parto, bien porque no se ha llevado a cabo una profilaxis adecuada, o porque, a pesar de ella, se produce la hemorragia <sup>10-18</sup>

### **5.5 TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA:**

La hemorragia postparto debe considerarse una emergencia grave. El éxito terapéutico depende de:

1. Su diagnóstico rápido.
2. Identificar la causa.
3. Aplicar las medidas terapéuticas generales.

En la paciente obstétrica la hemorragia o la caída de la presión arterial pueden retrasarse (especialmente si han recibido oxitocina). Por tanto, hay que tomar en cuenta algunos signos que requieren un tratamiento con la misma urgencia que una hemorragia manifiesta:

- Incremento de la frecuencia cardiaca mayor de 100 por min.
- Frecuencia respiratoria superior a 15 por min.
- Reducción del volumen urinario. <sup>10-18</sup>

El tratamiento de HPP y la urgencia de la actuación dependen del estado general de la paciente:

- Si la paciente se encuentra en estado de shock, se realizará manejo hemodinámico.
- Si se encuentra estable desde el punto de vista hemodinámico.

**Manejo hemodinámico (paciente con shock):**

Tras el diagnóstico de la HPP se recomienda iniciar el manejo de la paciente con el objetivo de lograr una restauración hemodinámica.

1. Canalizar dos venas con bránula número 18.
2. Lactato de ringer (Hartmann), de acuerdo al compromiso hemodinámico de la paciente; administrar la infusión a 40 gotas por minuto o rápidamente, hasta lograr la restauración hemodinámica.
3. Si la paciente no mejora, administrar coloides (plasma fresco, etc).
4. Considerar la posibilidad de administrar un paquete globular, y si es necesario, administrar dopamina, una vez que la paciente esté hidratada.

En el caso que la paciente se encuentre estable hemodinámicamente se procederá a:

**Identificar la causa**

La causa más frecuente de HPP es la hipotonía o atonía del útero. Para conocer la causa, primero debemos palpar el útero; si este se encuentra contraído, se procederá a la revisión del canal del parto.

*a) Atonía refractaria:* puede ocurrir a pesar de haber administrado previamente oxitocina por vía iv o im. Se debe realizar ajustes de dosis –respuesta de la infusión de oxitocina, sin exceder las 20 miliunidades/min.

*b) Sangrado uterino:* verificar la expulsión de la placenta completa.

En caso de que el alumbramiento haya sido completo, la causa más frecuente es la falta de contracción uterina (atonía). En este caso se recomienda iniciar masaje del fondo del útero a través de la pared abdominal; si no responde iniciar perfusión de oxitocina, si ya esta siendo perfundida con oxitocina, llevar a cabo un ajuste de dosis–respuesta de la infusión sin exceder las 20 miliunidades/min. <sup>10-18-14-31</sup>

Si el alumbramiento es incompleto (restos postparto):

1. Se debe realizar una exploración suave del canal del parto y la cavidad uterina a fin de extraer los restos.

2. Realizar un legrado instrumental con precaución y, de ser posible se llevará a cabo bajo sedación o anestesia general.

3. Iniciar perfusión de oxitocina.

*c). Sangrado del tracto genital inferior:* ya sea por episiotomía, desgarro del cuello uterino o de la vagina. En este caso se deben reparar las lesiones correspondientes.

*d). Lesión uterina:* puede causar hemorragia masiva, a pesar de una buena contracción uterina. Si existen laceraciones del cuello que se extienda hasta el ligamento ancho o de ruptura uterina (que generalmente se presenta con colapso), se requiere laparotomía urgente. Puede ser necesaria la ligadura de las arterias ilíacas o histerectomía para salvar la vida de la paciente.

*e). Alteraciones de la coagulación:* sangrado profuso, sangrado en los lugares de venopunción o tiempo de coagulación prolongado, son sugestivos de coagulación intravascular diseminada (CID); la CID se asocia comúnmente a algunas complicaciones obstétricas como la eclampsia o embolismo de líquido amniótico.

## **FÁRMACOS ADMINISTRADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA HPP.**

En el tratamiento de la HPP, se utilizan fármacos como: oxitocina, ergonovina y, oxitocina más ergonovina (sintometrina) y prostaglandinas.

Tradicionalmente, los preparados de oxitocina y ergonovina han sido usados como agentes uterotónicos para profilaxis de HPP. Estos agentes, aunque efectivos en la disminución de la pérdida sanguínea, tienen la desventaja de inestabilidad en climas tropicales y también requiere jeringas y personal adiestrado para su administración.

### **USO DE OXITOCINA:**

La oxitocina es una hormona peptídica que favorece la contracción uterina, sufre destrucción enzimática en el tracto gastrointestinal, pero ésta es rápidamente absorbida a través de las membranas mucosas, luego de ser administrada oral o intranasalmente. Es metabolizada por el hígado y riñones, con una vida media plasmática de sólo unos pocos minutos (de 2 a 10 min.). Solamente pequeñas cantidades son excretadas en la orina.<sup>10-14-18-31</sup>

La oxitocina esta compuesta por 9 aminoácidos secretada por el hipotálamo y almacenada en el lóbulo posterior de la hipófisis. Posee un efecto estimulante sobre el

miometrio. La sensibilidad del útero a esta hormona peptídica depende de la densidad de receptores oxitócicos en el órgano blanco.

En el curso del embarazo el número de receptores en el miometrio, decidua y especialmente en el cuerpo del útero incrementan; entre más avanzado el embarazo se necesitan menos dosis para la estimulación uterina.

Se puede utilizar por vía intramuscular (im) o intravenosa (iv), en bolo o en perfusión continua, para inducir labor o aumentar las contracciones en mujeres con inercia uterina secundaria.

Por vía im el tiempo preciso para que aparezca la acción es de 3 a 5 minutos; el efecto dura de 2 a 3 horas. Con uso iv, la acción aparece de inmediato y su duración es de 1 hora en el caso de administrarse en bolo. También puede administrarse en forma de perfusión.

El uso de oxitocina se asocia a algunos efectos indeseables como:

1. Retención acuosa que puede conducir a hiponatremia, edema pulmonar, convulsiones y coma (especialmente tras la perfusión prolongada).
2. Hipertensión arterial grave o complicaciones de la misma.
3. Arritmias cardíacas.
4. Náuseas, vómitos.
5. Más raramente reacciones anafilácticas.

Se recomienda la administración lenta del bolo para evitar la hipotensión (en no menos de 2 minutos).

#### **USO DE ERGONOVINA:**

Es un derivado ergótico, y es una amina derivada del ácido lisérgico, el cual principalmente excita la musculatura lisa y vasos. A las dosis usadas para un efecto en el útero (0.2 a 0.5 mg), las acciones vasoconstrictoras son bajas. A concentraciones bajas todos los derivados ergóticos causan incremento de la frecuencia y ritmo de las contracciones uterinas; a concentraciones altas tienen como efecto una contracción continua de la musculatura uterina.

La ergometrina es rápidamente absorbida después de la administración oral o parenteral (im), aumenta las contracciones uterinas en aproximadamente 5 a 15min. después de una dosis oral, y 2 a 3 min. después de una dosis im. La eliminación parece ser principalmente por metabolismo hepático.

La ergometrina posee una acción más poderosa en el útero que la mayoría de los alcaloides ergóticos, especialmente en el útero puerperal.

El maleato de ergometrina puede ser usado en la prevención y tratamiento de HPP causada por atonía uterina al provocar una contracción y tono uterino sostenido; comprime los vasos sanguíneos en la pared uterina y disminuye el flujo sanguíneo. Hay estudios que evidencian que la ergometrina (ergonovina) tiene muy baja estabilidad en climas tropicales y con la exposición a la luz; además produce aumento de reacciones adversas como náuseas, vómitos, cefalea e hipertensión.<sup>10-27-6-31</sup>

La combinación de oxitocina 5UI más ergometrina 500 microgramos ( $\mu$ gs): (sintometrina), es tan efectiva como la administración de oxitocina sola, pero se asocia con mayor frecuencia a reacciones adversas, principalmente hipertensión.

#### **USO DE PROSTAGLANDINAS:**

Las prostaglandinas tienen potentes propiedades útero tónicas y son usadas ampliamente en la práctica obstétrica. Las preparaciones de prostaglandinas se comercializan como inyectables, tabletas o gel; de acuerdo a su intento de uso.

Estos agentes no causan hipertensión lo cual los hace aplicables en pacientes hipertensos.

En el manejo de la tercera etapa de labor, las prostaglandinas han sido usadas para la HPP intratables, cuando las otras medidas fallan. Hasta la fecha, las principales desventajas las prostaglandinas han sido su costo.

Recientemente, el misoprostol, una prostaglandina E1 análoga usado oralmente en las enfermedades ulcero pépticas ha sido también reportadas para el manejo de la tercera etapa de labor. El misoprostol es barato, administrado oralmente y estable a temperatura ambiente. Hay considerable experiencia con el uso de misoprostol, tanto para enfermedad ulcero péptica como un uterotónico en obstetricia y ginecología, y la droga ha sido generalmente segura.<sup>10-14-18-31</sup>

Una revisión basada en evidencia por U.S. Pharmacopea (USP) concluyó que el misoprostol es efectivo y seguro en la prevención de HPP, siendo recomendado como un agente alternativo en su prevención, especialmente en situaciones donde la oxitocina y otras drogas uterotónicas no son aplicables.<sup>43</sup>



En dicha revisión se recomienda en dosis unida de 400 a 600 microgramos (mcg) inmediatamente después de la salida del recién nacido.

Los principales efectos de las prostaglandinas son náuseas, vómitos, dolor abdominal y diarrea, siendo una notable excepción el misoprostol<sup>10-14-28</sup>

## **6. PREVENCIÓN DE LA HPP:**

En la prevención tenemos que considerar que existen 2 formas de aplicarlas: Manejo expectante y manejo activo del tercer período del trabajo de parto.

### **Manejo expectante (en mujeres sin factores de riesgo):**

En la mujer que no presenta factores de riesgo y en aquella en la que el primero y segundo período del trabajo de parto se ha desarrollado con normalidad, se aconseja el manejo expectante (fisiológico). Se define como una conducta de no intervención donde se aguarda a la aparición de los signos de separación y se permite que la placenta salga de manera espontánea o con la ayuda de la gravedad o la estimulación de los pezones.

Cuando se expulsa el feto el cordón está agrandado y es de color azul. Unos minutos después el cordón se adelgaza y deja de latir. Cuando el cordón umbilical deja de latir es el momento de pinzarlo y cortarlo.

Tras un período variable (habitualmente entre 10 y 30 minutos), la placenta se separa del útero. En este momento hay un sangrado vaginal pequeño y la placenta se expulsa (menor de 400 ml).<sup>10-14-29</sup>

Entre el nacimiento y el alumbramiento se recomienda:

1. Observación atenta de la mujer (cantidad de sangre pérdida, altura y contracción del útero, presión arterial y pulso).
2. Recomendar a la mujer que orine para vaciar la vejiga.
3. Pedir que amamante al neonato (ayuda a la liberación de oxitocina natural).

No se recomienda:

1. Tirar del cordón.
2. Presionar con el puño el abdomen de la mujer
3. Realizar una “revisión uterina”, conlleva un riesgo notable de infección y de traumatismo mecánico.

Tras el alumbramiento hay que revisar la placenta cuidadosamente para verificar que la expulsión haya sido completa y continuar la observación materna durante un tiempo prudente (pérdidas hemáticas, presión arterial, pulso, temperatura).

Si no se produce el alumbramiento en el tiempo prudencial:

Realizar un masaje uterino poniendo la mano en el abdomen de la mujer, a la altura del cuerpo del útero y realizar movimientos circulares.

Si continúa sin haber respuesta, considerarlo una complicación del tercer período del trabajo de parto.

Si el alumbramiento es incompleto (restos postparto): realizar una exploración suave del canal del parto y la cavidad uterina a fin de extraer los restos.

Realizar un legrado instrumental con precaución.

Iniciar perfusión de oxitocina; si ya la recibía, considerar un incremento de la dosis. <sup>10-</sup>  
27-6-31

Signos de alerta durante y después del tercer periodo:

**Hemorragia anormal antes de la expulsión de la placenta.** La hemorragia no se detendrá hasta el alumbramiento. Se recomienda administrar oxitocina y realizar una tracción controlada del cordón umbilical.

**Hemorragia anormal tras el alumbramiento:**

Se recomienda:

1. Poner al neonato sobre el pecho de la madre.
2. Vaciar la vejiga urinaria.
3. Iniciar un masaje uterino.

Se debe notar como el útero se endurece y la hemorragia se detiene. En caso contrario se debe administrar oxitocina.

***PREVENCIÓN EN MUJERES CON FACTORES DE RIESGO:***

**Al ingreso se debe:**

Canalizar una vía en prevención de posibles complicaciones.

Practicar como mínimo los siguientes exámenes:(hematocrito, tipo sanguíneo y factor Rh) y signos vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca materna y fetal).

Ser atendida por el médico especialista y, en caso de no encontrarse por el médico de mayor jerarquía que se encuentre en la unidad. <sup>10-27-6-31</sup>

**Durante el parto:**

**Primero y segundo período:** manejarlo como un parto normal. Se debe propiciar el rápido contacto entre el neonato y el pecho de la madre.

**Tercer período:** Se recomienda realizar *manejo activo* el cual, es un proceso en el que los clínicos eligen intervenir en la expulsión de la placenta mediante el uso de los siguientes procedimientos:

- Administración profiláctica de un oxitócico (Oxitocina 10 UI IM), inmediatamente después del nacimiento del bebe (antes que pasen dos minutos).
- La administración de oxitocina a la mujer inmediatamente después del parto es por sí sola la intervención más importante utilizada para prevenir la hemorragia posparto.
- Pinzamiento y sección precoz del cordón umbilical.
- Alumbramiento activo mediante esfuerzo materno o tracción controlada del cordón umbilical.
- Control periódico de signos vitales (presión arterial y frecuencia cardiaca) y observación atenta del estado general de la mujer. <sup>10-14-29</sup>

#### IV. METODOLOGÍA


##### A. LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN

**Localización:** Servicio de Hospitalización de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial Puyo ubicado en el Oriente Ecuatoriano.

**Temporalización:** Período comprendido entre los meses, Enero – Agosto 2010.

##### B. VARIABLES

###### 1. Identificación

| <b>Covariante Secundaria<br/>(Determinante)</b>   | <b>Relación</b>   | <b>Covariante Principal<br/>(Fenómeno)</b>                 |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Estado Civil</li> <li>• Nivel Socioeconómico</li> <li>• Instrucción</li> <li>• Control Prenatal</li> <li>• Gestas</li> <li>• Causa Principal</li> <li>• Factores de Riesgo durante el embarazo</li> <li>• Factores de Riesgo Intraparto</li> </ul> |  | <b>FACTORES DE RIESGO<br/>DE HEMORRAGIA<br/>POST-PARTO</b> |

## 2. Definición

- *Característica*.- Relativo de carácter. Cualidad que da carácter o sirve para distinguir una persona o cosa de sus semejantes.
- *General*.- común a todos los individuos que constituyen un todo, o muchos objetos.
- *Pacientes con diagnóstico de Hemorragia postparto*.- pacientes que han presentado cuadro clínico de hemorragia postparto.
- *Causa*: Motivo, fundamento u origen.
- *Principal*: Primero en rango, importancia o jerarquía dentro de un conjunto.
- *Gestas*: Cantidad total de embarazos.
- *Primigesta*: mujer en su primera gestación.
- *Múltipara*: Mujer que ha tenido varios partos.
- *Control Prenatal*: Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y

tratamiento de los factores que pueden condicionar morbimortalidad materna y perinatal, mediante el mismo podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y crianza de su hijo.

- *Atonía Uterina:* es la incapacidad del músculo del miometrio de contraerse y permanecer así para que los vasos abiertos del sitio placentario sanen.
- *Desgarro Vaginal:* Desgarro del conducto vaginal que ocurre habitualmente después de un parto
- *Desgarro Perineal:* Desgarro que se produce en las partes blandas del canal del parto, afectando periné.
- *Retención de restos placentarios:* cuando algunas porciones de la placenta se quedan adheridas a la pared del útero se produce hemorragia, porque éste no se contrae para prevenirla.
- *Rotura uterina:* Patología obstétrica del músculo uterino que se caracteriza por una solución de continuidad localizada con mayor frecuencia en el segmento inferior del útero grávido.
- *Placentas adherentes:* Placentas que han creado adherencias íntimas entre su porción basal y la decidua y que no se desprenden espontáneamente

### 3. Operacionalización

| VARIABLE  | ESCALA   | INDICADOR  |
|---|----------|--|
| <i>Incidencia de pacientes con diagnóstico de Hemorragia postparto</i><br>Casos Obstétricos | Nominal  | 0. % Total de partos<br>1. % de pacientes con hemorragia postparto       |
| Edad de la paciente   | Continua | 0. 14 – 20 años<br>1. 21 – 27 años<br>2. 28 – 34 años<br>3. 35 – 41 años |

|  |          |  |
|--|----------|--|
| <b>Características Generales</b><br>Estado Civil   | Nominal  | 0. Soltera<br>1. Casada<br>2. Divorciada<br>3. Unión Libre   |
|  | Ordinal  | 0. Nivel Socio – Económico Alto<br>1. Nivel Socio – Económico Medio<br>2. Nivel Socio – Económico Bajo |
|  | Nominal  | 0. Analfabeto<br>1. Primaria<br>2. Secundaria<br>3. Superior   |
| <b>Causa Principal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• atonía uterina.</li> <li>• retención de restos placentarios.</li> <li>• desgarros del canal blando del parto.</li> <li>• rotura uterina.</li> <li>• placentas adherentes.</li> <li>• coagulopatías maternas</li> </ul> | Nominal  | Si – No<br>Si – No<br>Si – No<br>Si – No<br>Si – No<br>Si – No   |
| <b>Antecedentes Gineco Obstétricos</b><br>Gestas   | Nominal  | 0. Primigesta<br>1. Multigesta   |
|  | Continua | 0. Ninguno.<br>1. 1 - 3.<br>2. 4 - 6.<br>3. Mayor a 6.   |
| Control Prenatal   | Continua | 0. Ninguno.<br>1. 1 - 3.<br>2. 4 - 6.<br>3. Mayor a 6.   |

|  |         |         |
|--|---------|---------|
| <b><i>Factores de riesgo durante el embarazo</i></b> |         |         |
| Gran Multípara                                       |         | Si – No |
| Primigesta   |         | Si - No |
| Anemia   | Nominal | Si – No |
| Cesárea anterior                                     |         | Si – No |
| Síndrome hipertensivo Gestacional                    |         | Si – No |
| Ninguno  |         | Si – No |
| <b><i>Factores de riesgo intraparto</i></b>          |         |         |
| Parto Prolongado                                     |         | Si – No |
| Parto Precipitado                                    |         | Si – No |
| RPM prolongado                                       | Nominal | Si – No |
| Macrosomía Fetal                                     |         | Si – No |
| Desgarros cerv-vag-perineal                          |         | Si – No |
| Ninguno  |         | Si – No |

### ***C. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN***

El presente es un estudio Transversal, descriptivo.

### ***D. POBLACIÓN, MUESTRA O GRUPOS DE ESTUDIO***

***Universo:*** Pacientes que ingresaron al servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Provincial Puyo.

***Muestra:*** Pacientes con cuadro clínico de Hemorragias Postparto en el servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Provincial Puyo.

***Criterio de Inclusión:*** Pacientes con embarazo a término que fueron atendidas en el Hospital Provincial Puyo con diagnóstico de hemorragia postparto

***Criterio de Exclusión:*** Pacientes que presentan hemorragias postparto en domicilio o transferidas de otra casa de salud, pacientes que presentan hemorragia transvaginal de etiología desconocida. Y aquellas historias clínicas con datos incompletos.

### ***E. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS***

Con el objeto de dar respuesta a los objetivos de la presente investigación, teniendo en cuenta la operacionalización de variables planteada, se diseñó una ficha para la recolección pertinente de datos necesarios de las historias clínicas del grupo en estudio durante el tiempo en cuestión.

Previa autorización del Director del Hospital Provincial Puyo, se realizó en el departamento de estadística, la recopilación de datos, sobre las pacientes ingresadas en el servicio de Ginecología durante el período de estudio.

Especial revisión tendrá el formulario 04 (Hoja de Historia Clínica), junto a la nota de ingreso y hoja de partograma donde encontraremos datos para identificar si existieron factores de riesgo de Hemorragia Postparto.

Así también; nos es de mucha ayuda revisar las notas de evolución posteriores para conocer el manejo y las posibles complicaciones que presentaron las pacientes con esta patología.

Para el procesamiento de resultados será utilizado Microsoft Excel, mediante la elaboración de cuadros y gráficos.

El texto del trabajo será realizado en Microsoft Word.



## V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

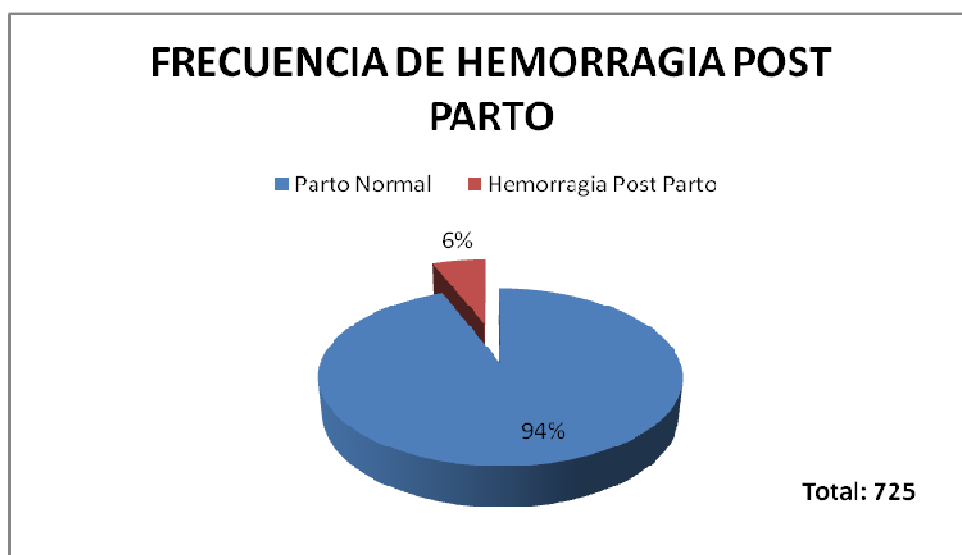
**TABLA 1.** INCIDENCIA DE HEMORRAGIA POSTPARTO. HPP. PUYO 2010.

| CASOS OBSTETRICOS    | NUMERO     | PORCENTAJE |
|----------------------|------------|------------|
| Total de partos      | <b>682</b> | <b>94</b>  |
| Hemorragia Postparto | <b>43</b>  | <b>6</b>   |
| <b>TOTAL</b>         | <b>725</b> | <b>100</b> |

*FUENTE: Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HPP.*

*ELABORADO POR: Jenny Orozco Y.*

**GRAFICO 1.** INCIDENCIA DE HEMORRAGIA POSTPARTO. HPP. PUYO 2010.



*FUENTE: Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HPP.*

*ELABORADO POR: Jenny Orozco Y.*

## **Análisis e Interpretación.**

La Frecuencia de Hemorragia Post Parto en las Pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Provincial Puyo en el periodo enero – agosto 2010 fue del 6% de un total 725 partos atendidas.

Al comparar a nivel nacional en el Ecuador según los datos publicados por el INEC en el año de 2009 la presencia de Hemorragia postparto en pacientes ginecológicas es del 14.9%. (27)

Estudios relacionado con el tema realizado en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el primer semestre del año 2009, demostró que la Hemorragia Postparto se presenta con una frecuencia del 3.40%.

Un estudio realizado en Lima-Perú indicó que esta patología se presenta con una frecuencia del 3.03%. (35)

Otro estudio realizado en Colombia reporta que el 14,6% presentaron hemorragia Postparto y es atribuible a los factores de riesgo los cuales no son controlados o modificados. (6)

En nuestro país la incidencia de hemorragia postparto sigue siendo estadísticamente importante pues constituye un factor significativo de muerte materna lo que se puede atribuir a que somos países en proceso de desarrollo sumado a la deficiencia en los servicios de salud, nivel socioeconómico bajo, inadecuados controles prenatales y mal manejo del tercer periodo de parto que son factores que influye que la HPP siga siendo causa importante de muertes maternas.

**TABLA 2. PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POSTPARTO, SEGÚN EL GRUPO DE EDAD. HPP. PUYO 2010.**

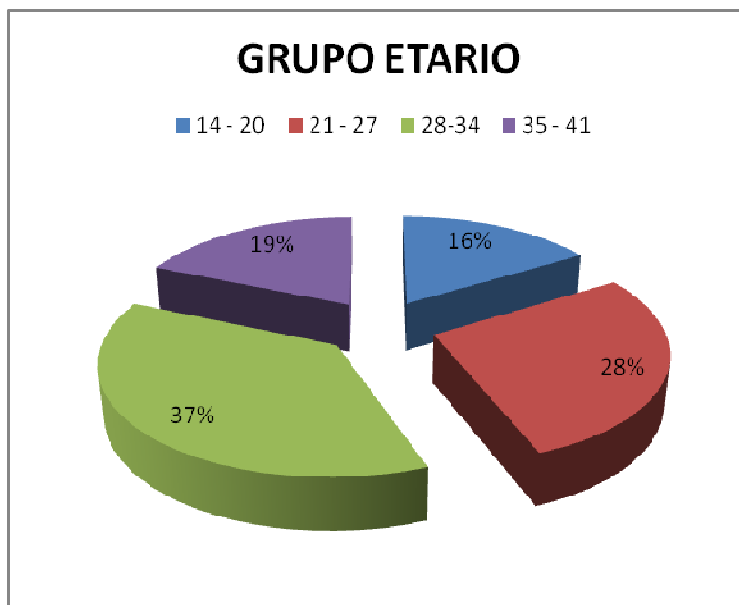
| EDAD         | NUMERO    | PORCENTAJE |
|--------------|-----------|------------|
| 14 – 20      | 7         | 16         |
| 21 – 27      | 12        | 28         |
| 28 – 34      | 16        | 37         |
| 35 – 41      | 8         | 19         |
| <b>TOTAL</b> | <b>43</b> | <b>100</b> |

*FUENTE: Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HPP.*

*ELABORADO POR: Jenny Orozco Y.*

|                            |        |
|----------------------------|--------|
| <b>Observación</b>         | 43     |
| <b>Total</b>               | 1156   |
| <b>Media</b>               | 26.88  |
| <b>Desviación Estándar</b> | 6.5939 |
| <b>Mínimo</b>              | 15     |
| <b>Mediana</b>             | 28     |
| <b>Moda</b>                | 28     |

**GRAFICO 2. PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POSTPARTO, SEGÚN EL GRUPO DE EDAD. HPP. PUYO 2010.**



**FUENTE:** Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HPP.

**ELABORADO POR:** Jenny Orozco Y.

### **Análisis e Interpretación.**

De las 43 pacientes sometidas a estudio podemos observar que el grupo etáreo que predominó con un 37% fueron mujeres entre 28-34 años; seguido en frecuencia las mujeres de 21-27 con 28%, 35 – 41 años con el 19%, el 16% fueron pacientes entre 14 y 20 años de edad.

Así lo demuestran las medidas de tendencia central, en donde el promedio de edad (media) se estableció en 28 años, la desviación estándar 6.5, mediana 28 años, y la moda estuvo en 28 años.

En nuestro país en el estudio realizado en el Hospital General Docente de Riobamba durante el primer semestre del 2009, predominó mujeres en edad comprendida entre 17 -35 años con el 83.30%.

Coincide con el estudio realizado en la Maternidad Isidro Ayora de Quito en el que se reporta con un 42% en mujeres menores de 30 años. (37)

Estudios similares se observó en el Hospital Nacional Bernaldes, Lima. 2003, con predominio del 69% en pacientes entre 20 – 34 años. (35)

Estos resultados se relacionan con hemorragias postparto del tracto genital inferior de tipo no uterinas, como consecuencias de partos precipitados o por maniobras incorrectas en la atención del mismo provocando de esta manera traumas a nivel genital como lesiones o desgarros vaginal y cervical; por el contrario en grupos de edades mayores se espera pacientes que puedan presentar patología obstétrica en el momento del parto como la atonía uterina que es el responsable del 80% de HPP.

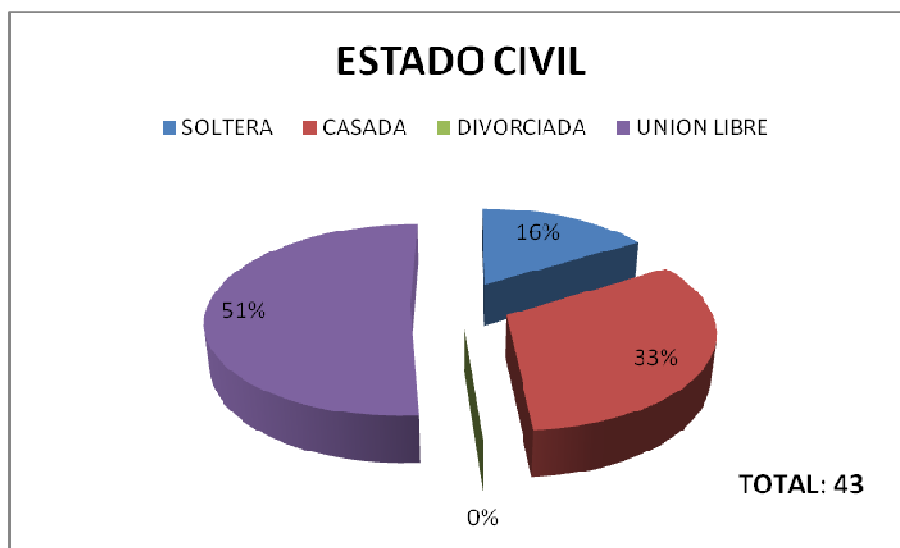
**TABLA 3. ESTADO CIVIL DE PACIENTES QUE PRESENTARON HEMORRAGIA POSTPARTO. HPP. PUYO 2010.**

| ESTADO CIVIL | NUMERO    | PORCENTAJE |
|--------------|-----------|------------|
| Soltera      | 7         | 16         |
| Casada       | 14        | 33         |
| Divorciada   | 0         | 0          |
| Unión libre  | 22        | 51         |
| <b>TOTAL</b> | <b>43</b> | <b>100</b> |

*FUENTE: Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HPP.*

*ELABORADO POR: Jenny Orozco Y.*

**GRAFICO 3. ESTADO CIVIL DE PACIENTES QUE PRESENTARON HEMORRAGIA POSTPARTO. HPP. PUYO 2010.**



*FUENTE: Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HPP.*

*ELABORADO POR: Jenny Orozco Y.*

### **Análisis e Interpretación.**

En relación al estado civil el presente estudio demuestra que el 51% de pacientes que presentaron Hemorragia Postparto se encuentran en unión libre, el 33% son casadas y el 16% solteras.

Lo que coincide con el estudio realizado en el Hospital Nacional Bernales, Lima. 2003 donde el 72% de pacientes eran convivientes.(35)

Difiere en parte con varios estudios en la Maternidad Isidro Ayora de Quito en el que se reporta un estado civil casada en un 45%. (37)

En nuestra institución la alta incidencia de unión libre se debió al ambiente donde se desarrollan, a que las pacientes no quieren asumir sus responsabilidades dentro del hogar, constituyéndose una situación de inestabilidad que en cualquier momento puede disolverse, conllevando a repercusiones tanto en la salud, sociales y económicas de las mismas, por ende en un embarazo el inadecuado control durante el mismo.

**TABLA 4. NIVEL SOCIOECONÓMICO DE PACIENTES QUE PRESENTARON HEMORRAGIA POSTPARTO. HPP. PUYO 2010.**

| NIVEL SOCIOECONOMICO | NUMERO    | PORCENTAJE |
|----------------------|-----------|------------|
| Alto                 | 0         | 0          |
| Medio                | 18        | 35         |
| Bajo                 | 25        | 65         |
| <b>TOTAL</b>         | <b>43</b> | <b>100</b> |

*FUENTE: Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HPP.*

*ELABORADO POR: Jenny Orozco Y.*

**GRAFICO 4. NIVEL SOCIOECONÓMICO DE PACIENTES QUE PRESENTARON HEMORRAGIA POSTPARTO. HPP. PUYO 2010.**



*FUENTE: Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HPP.*

*ELABORADO POR: Jenny Orozco Y.*



### **Análisis e Interpretación.**

Según el nivel socioeconómico el presente estudio demuestra que el mayor porcentaje de pacientes que presentaron Hemorragia Postparto en un 65% (28 pacientes) fueron con nivel socioeconómico bajo, el 35% pertenecían al nivel socioeconómico medio.

En nuestro país en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil se reporta que el 58% de las pacientes son de nivel socio – económico bajo. (37)

Al comparar con nuestro vecino país Perú encontramos un 71,6% presenta un nivel socio – económico bajo. (35)

Según el estudio realizado en el Hospital Provincial Puyo se determinó que las Hemorragias postparto coincide con el nivel socioeconómico bajo, lo que en parte puede influir o ser la razón por la que las pacientes no acuden a los servicios de salud para recibir orientación adecuada durante sus controles prenatales del cuidado y manejo del embarazo además de una orientación breve de los factores de riesgo con su posterior complicación que pueden presentar durante y después del parto.

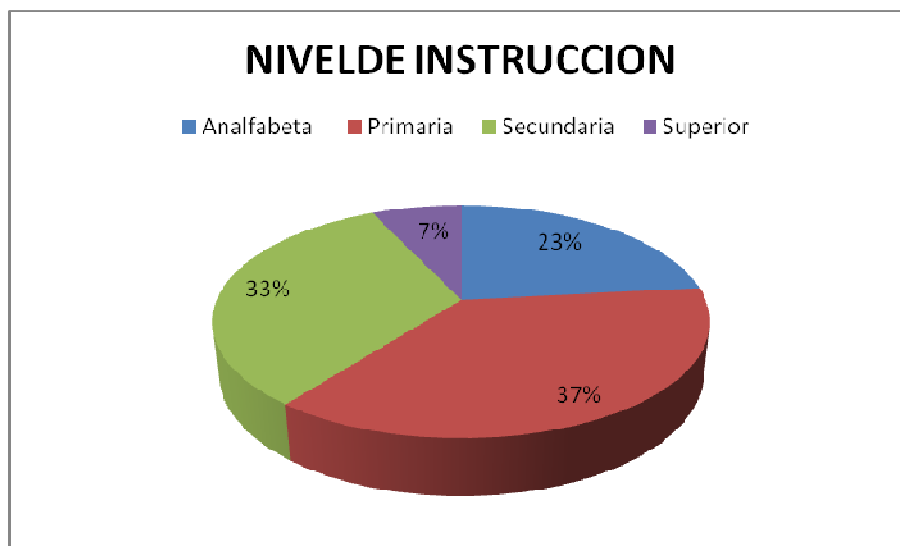
**TABLA 5. INSTRUCCIÓN DE PACIENTES QUE PRESENTARON HEMORRAGIA POSTPARTO. HPP. PUYO 2010.**

| INSTRUCCIÓN  | NUMERO    | PORCENTAJE |
|--------------|-----------|------------|
| Analfabeta   | 10        | 23         |
| Primaria     | 16        | 37         |
| Secundaria   | 14        | 33         |
| Superior     | 3         | 7          |
| <b>TOTAL</b> | <b>43</b> | <b>100</b> |

*FUENTE: Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HPP.*

*ELABORADO POR: Jenny Orozco Y.*

**GRAFICO 5. INSTRUCCIÓN DE PACIENTES QUE PRESENTARON HEMORRAGIA POSTPARTO. HPP. PUYO 2010.**



*FUENTE: Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HPP.*

*ELABORADO POR: Jenny Orozco Y.*

### **Análisis e Interpretación.**

En relación a la escolaridad el presente estudio demuestra que el mayor porcentaje de pacientes que presentaron Hemorragia Postparto en un 60% fueron pacientes con nivel de instrucción baja entre analfabeta e instrucción primaria con una diferencia de alrededor del 40% en quienes tenían cierto grado de alfabetización.

En nuestro país un estudio realizado en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil determinó que un 39% de las pacientes que sufrieron hemorragia post parto pertenecía a pacientes analfabetas. (37)

Datos similares se observó en el Hospital Berta Calderón Roque, de Nicaragua en el año 2003 en el que el 50% tenían nivel académico de primaria. (36)

Estos datos encontrados en el Hospital Provincial Puyo se deben a que la mayor parte de las pacientes no cuentan con los recursos económicos adecuados para culminar la misma, constituyéndose de esta manera un obstáculo ya que a menor grado de educación, menor racionalización en cuanto al cuidado, manejo del embarazo.

Además también se visualiza, un grado alarmante de deserción escolar por parte de las mujeres embarazadas, deserción que dificulta de manera considerable el retorno al sistema de educación, puesto que las madres, deben asumir responsabilidades, afectivas, económicas, tanto para sus hijos como para la sociedad.

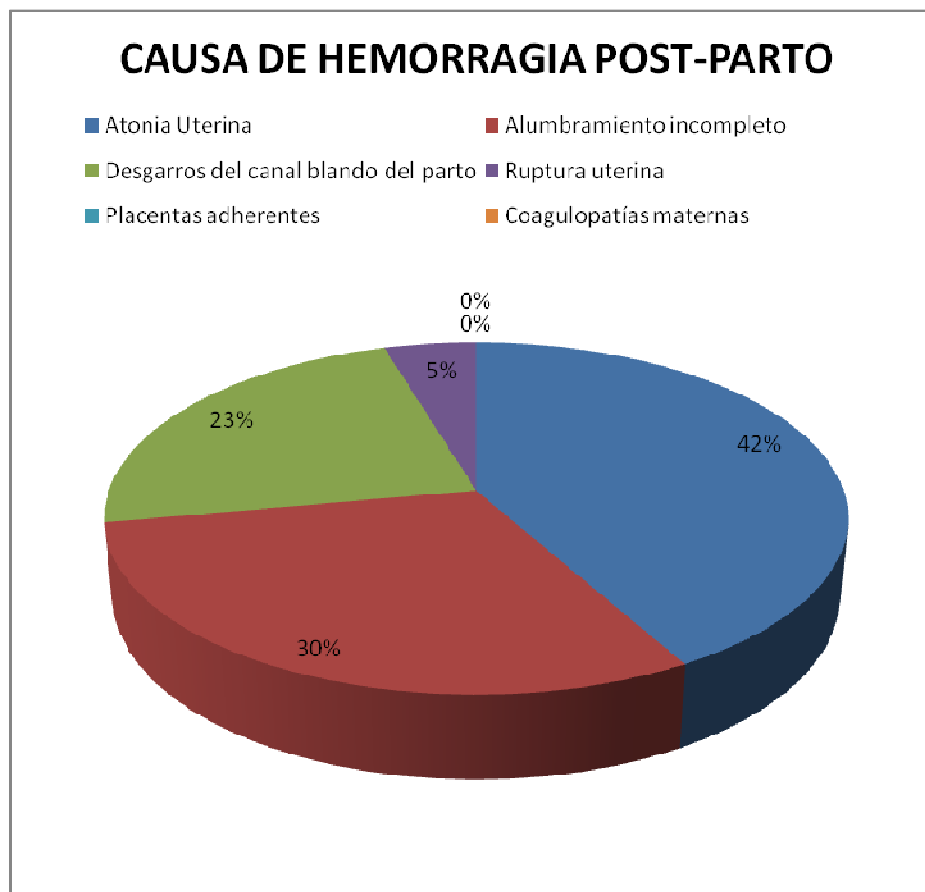
**TABLA 6. PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POSTPARTO. CAUSA PRINCIPAL. HPP. 2010.**

| CAUSA PRINCIPAL                      | NUMERO    | PORCENTAJE |
|--------------------------------------|-----------|------------|
| Atonía Uterina                       | 18        | 42         |
| Alumbramiento Incompleto             | 13        | 30         |
| Desgarros del canal blando del parto | 10        | 23         |
| Rotura Uterina                       | 2         | 5          |
| Placentas Adherentes                 | 0         | 0          |
| Coagulopatías maternas               | 0         | 0          |
| <b>TOTAL</b>                         | <b>43</b> | <b>100</b> |

*FUENTE: Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HPP.*

*ELABORADO POR: Jenny Orozco Y.*

**GRAFICO 6. PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POSTPARTO. CAUSA PRINCIPAL HPP. 2010.**



**FUENTE:** Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HPP.

**ELABORADO POR:** Jenny Orozco Y.

### **Análisis e Interpretación.**

De las 43 pacientes en estudio, la principal causa de Hemorragia postparto que se encontró es la atonía uterina en el 42%, seguido de alumbramiento incompleto en un 30% y desgarros del canal blando del parto.

Lo que coincide con el estudio realizado en el Hospital Vélez Paiz. Perú. 2004. donde las causas de hemorragias postparto se identificaron en orden de frecuencia: hipotonía uterina 41.7%, desgarro de tejidos blandos 23.3%. (36)

De manera similar en el estudio realizado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el año 2007 refiere que las principales complicaciones que presentan el

puerperio inmediato en las ciudades donde se realizó el estudio (Quito, Guayaquil, Cuenca) las complicaciones que se presentaron son: atonía uterina, seguida por desgarros vaginales y alumbramiento incompleto.

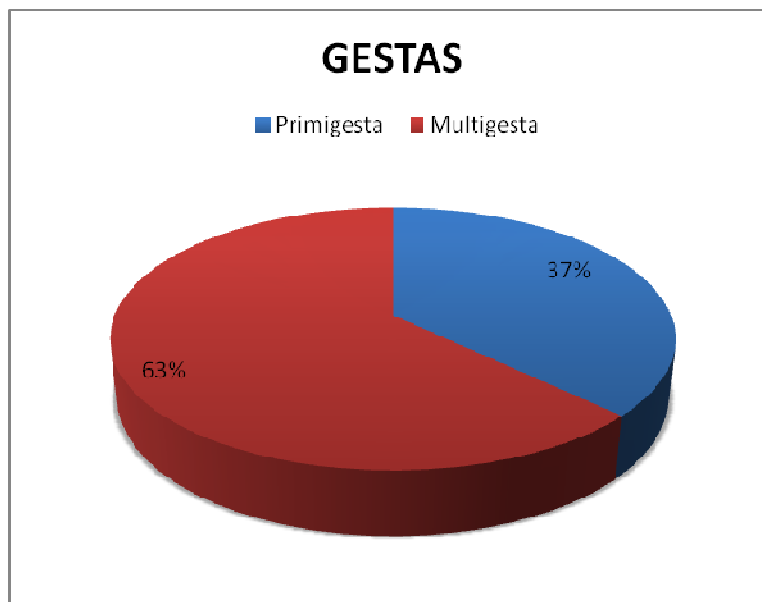
En base a los resultados la bibliografía indica que la atonía uterina es la causa principal de HPP. Se presenta en uno de cada 20 partos, representa el 80% de las HPP y es responsable de 50% de las muertes maternas en los países en vías de desarrollo, el mismo que en parte se debe a factores mecánicos que es retención de restos placentarios /o coágulos como constituye en nuestro estudio la segunda causa de HPP, ya que el aumento del diámetro uterino necesita de mayor fuerza contráctil para cohibir el sangrado, constituyendo así la ligadura fisiológica. También la atonía uterina puede ser causa de una sobre distensión uterina que se acompaña de un tono postparto disminuido pues se cree que la sobre distensión provoque una disrupción de las fibras de actina, miosina debilitando su posterior fuerza contráctil.

Los desgarros del canal blando del parto en nuestro estudio constituye causa importante de hemorragia postparto se sospecha cuando el útero se encuentra bien contraído después de la expulsión de la placenta y el sangrado por vía vaginal es significativo.

**TABLA 7. PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POSTPARTO. GESTAS. HPP. 2010.**

| CAUSA PRINCIPAL | NUMERO    | PORCENTAJE |
|-----------------|-----------|------------|
| Primigesta      | 16        | 37         |
| Multigesta      | 27        | 63         |
| <b>TOTAL</b>    | <b>43</b> | <b>100</b> |

**GRAFICO 7. PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POSTPARTO. GESTAS. HPP. 2010.**



**FUENTE:** Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HPP.

**ELABORADO POR:** Jenny Orozco Y.

### **Análisis e Interpretación.**

De los 43 pacientes en estudio, el 63% fueron multigestas.

Estudios relacionado con el tema en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba durante el primer semestre del 2009, demostró que, el 55.90% de las pacientes fueron multigestas.

Coincide con el estudio realizado en el Hospital Rosales Argüello, Nicaragua 2005-2007, donde la mayoría de pacientes que presentaron Hemorragia Postparto en un 71.6% fueron multigestas. (36)

En relación a nuestro estudio la literatura indica que las pacientes multíparas y sobre todo grandes multíparas tienen un riesgo mayor de presentar episodios de hemorragia posparto en comparación con las pacientes de paridad menor pues las fibras musculares se han estirado hasta un punto en el que no son capaces de retraerse con la rapidez y contraerse con la firmeza suficiente para ocluir los vasos abiertos en forma rápida después del parto.



**TABLA 8. CONTROLES PRENATALES DE PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO. HPP. PUYO 2010.**

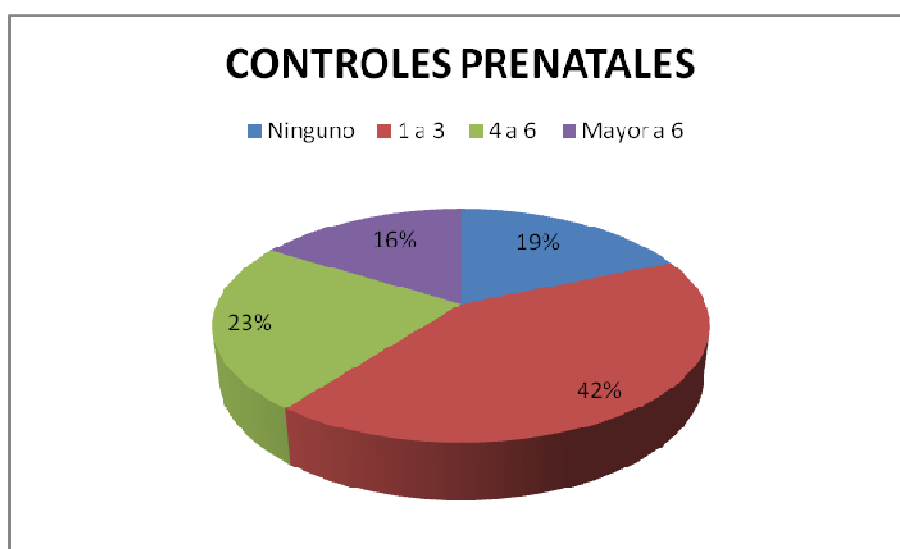
| CONTROLES PRENATALES | NUMERO | PORCENTAJE |
|----------------------|--------|------------|
| Ninguno              | 8      | 19         |
| 1 a 3                | 18     | 42         |
| 4 a 6                | 10     | 23         |
| Mayor a 6            | 7      | 16         |
| TOTAL                | 43     | 100        |

*FUENTE: Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HJMVI.*

*ELABORADO POR: Jenny Orozco Y.*

|                     |        |
|---------------------|--------|
| Observación         | 43     |
| Media               | 3.2093 |
| Desviación Estándar | 2.5029 |
| Mínimo              | 0      |
| Mediana             | 3      |
| Máximo              | 8      |
| Moda                | 0      |

**GRAFICO 8. CONTROLES PRENATALES DE PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO. HPP. PUYO 2010.**



*FUENTE: Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HJMVI.*

*ELABORADO POR: Jenny Orozco Y.*

### **Análisis e Interpretación.**

El promedio en cuanto al número de controles estuvo en 3.20, con una desviación estándar de 2.50, la mediana fue de 3 controles, mientras que la moda estuvo en 0.

En nuestro estudio luego del análisis estadístico se observa que el 61% de pacientes atendidas tuvieron un mal control prenatal, entre un mínimo deficiente (42%), y ningún tipo de control (19%), el 16% presentaron un control prenatal adecuado, demostrándose así, lo necesario e indispensable que es llevar un adecuado manejo del embarazo para identificar patologías y factores de riesgo que se presentan durante el embarazo y parto, que hasta cierto grado son prevenibles, si se cumpliera con el mínimo de controles prenatales recomendados que es de 5.

Lo que difiere con el estudio realizado en el Hospital Fernando Vélaz Paiz. Perú 2004. En el se encontró que el 51,4% tuvieron adecuados controles prenatales. (36)

En el Ecuador en el año 2007, el departamento a cargo del programa denominado Objetivos del Desarrollo del Milenio, en un estudio en relación con los controles prenatales y su importancia indica que en nuestro país el 15.8% de pacientes atendidas en diferentes casas de salud no tuvo ningún control prenatal, el 64.6% tuvo su primer control durante el primer trimestre de gestación. En varias provincias de la sierra, menos del 50% de gestantes cumplen con la norma, mientras que en la costa, algo más del 70% de mujeres gravídicas se realiza el primer control prenatal durante el primer trimestre. (34)

Todo esto indica que las madres que llevan un inadecuado control de su embarazo, o no llevan control sobre si, presentan mayor número de complicaciones, tanto en relación con problemas maternos y fetales, los mismos que podrían ser identificados oportunamente si se llevara un número adecuado de controles prenatales. (mínimo 5).

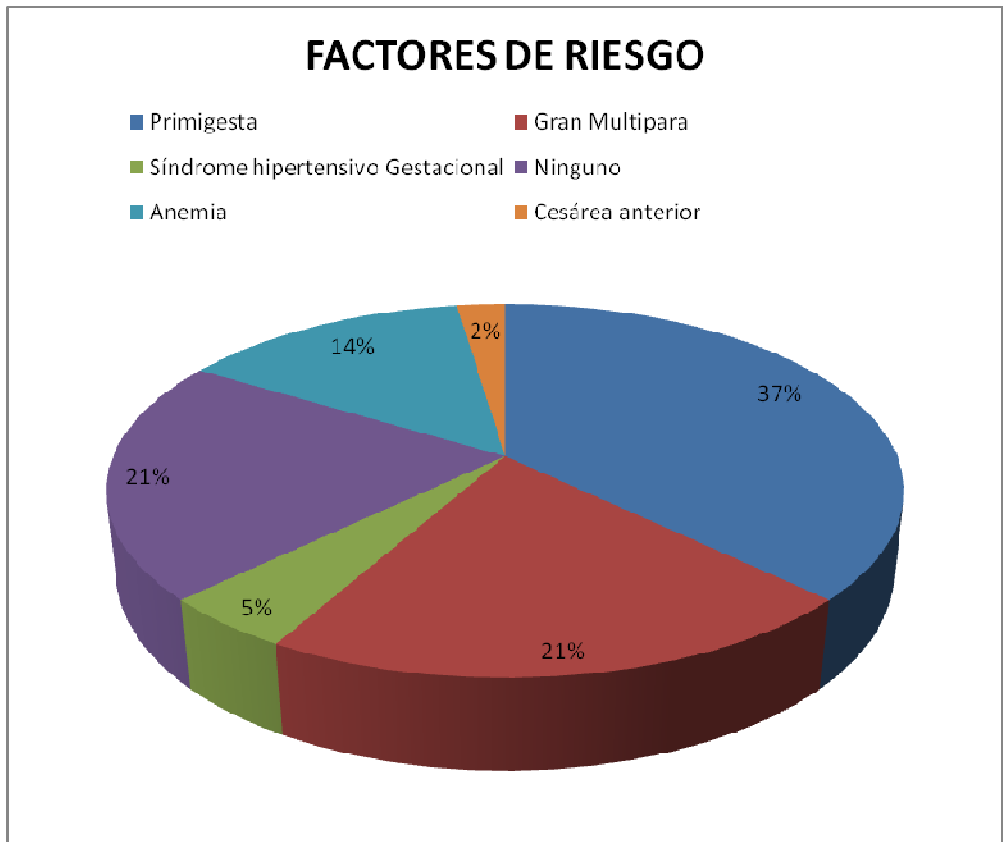
**TABLA 9. PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA  
POSTPARTO. FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO. HPP.  
PUYO 2010.**

| <b>FACTORES DE RIESGO</b>         | <b>NUMERO</b> | <b>PORCENTAJE</b> |
|-----------------------------------|---------------|-------------------|
| Gran Multípara                    | 9             | 21                |
| Primigesta                        | 16            | 37                |
| Anemia                            | 6             | 14                |
| Cesárea Anterior                  | 1             | 2                 |
| Síndrome hipertensivo Gestacional | 2             | 5                 |
| Ninguno                           | 9             | 21                |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>43</b>     | <b>100</b>        |

*FUENTE: Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HPP.*

*ELABORADO POR: Jenny Orozco Y.*

**GRAFICO 9. FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POSTPARTO. HPP. PUYO 2010.**



**FUENTE:** Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HPP.

**ELABORADO POR:** Jenny Orozco Y.

**Análisis e Interpretación.**

Dentro de los factores predisponentes durante el embarazo para hemorragia postparto encontramos una mayor incidencia en mujeres primigestas con 37%, seguido de grandes múltiparas con el 21 %, anemia, síndrome hipertensivo gestacional, cesárea anterior. En el 21% no presentaron factores de riesgo.

Lo que coincide con el estudio realizado en el Hospital Rosales Argüello, Nicaragua 2005-2007, donde los principales factores de riesgo durante el embarazo fueron primigesta (44.3%). (36)

Difiere con el estudio realizado en la Maternidad Isidro Ayora, este presenta a la anemia como principal factor de riesgo con un 10,4%, siendo este el valor más alto en estos estudios.

Tomando en cuenta que los estudios y la literatura refieren que las primigestas, multíparas añosas y grandes multíparas (mayor a 5 hijos) sufren alguna complicación durante el puerperio.

Estos datos se pueden presentar debido a que las pacientes primigestas presentan tejidos rígidos a nivel de cérvix, conducto vaginal y perineo además si se asocia al tamaño exagerado del feto son factores para que se produzca hemorragia post parto, de manera similar en las pacientes grandes multíparas en donde se puede presentar agotamiento muscular uterino siendo causa de Hemorragia Postparto.

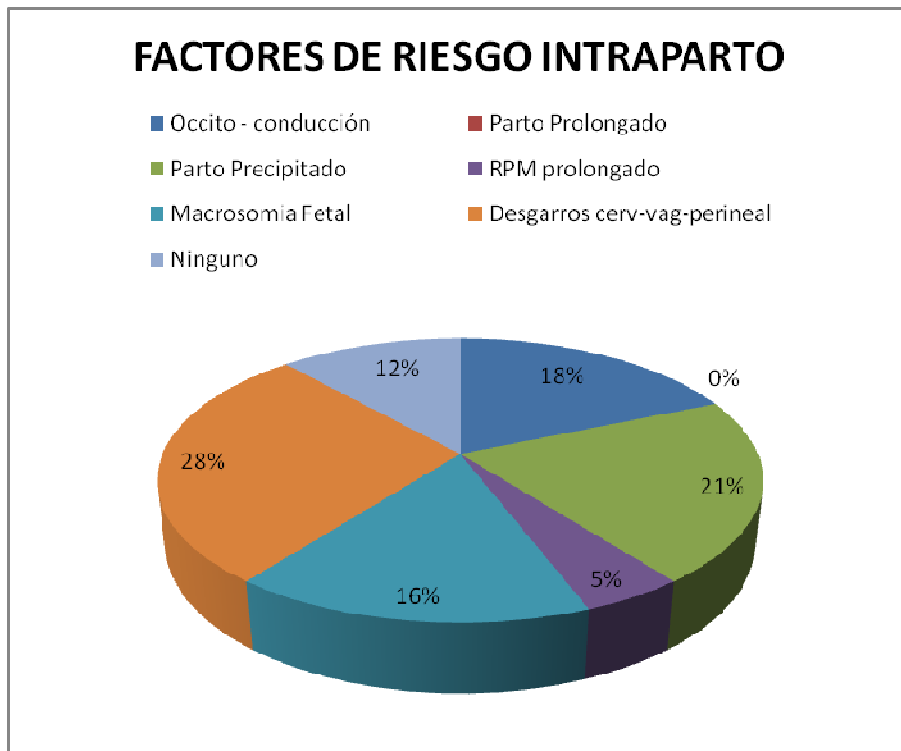
**TABLA 10. PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POSTPARTO. FACTORES DE RIESGO INTRAPARTO. HPP. PUYO 2010.**

| <b>FACTORES DE RIESGO</b>       | <b>NUMERO</b> | <b>PORCENTAJE</b> |
|---------------------------------|---------------|-------------------|
| Occito – conducción             | 8             | 18                |
| Parto Prolongado                | 0             | 0                 |
| Parto Precipitado               | 9             | 21                |
| RPM prolongado                  | 2             | 5                 |
| Macrosomia Fetal                | 7             | 16                |
| Desgarros cerv-vag-<br>perineal | 12            | 28                |
| Ninguno                         | 5             | 12                |
| <b>TOTAL</b>                    | <b>43</b>     | <b>100</b>        |

*FUENTE: Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HPP.*

*ELABORADO POR: Jenny Orozco Y.*

**GRAFICO 10. FACTORES DE RIESGO INTRAPARTO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POSTPARTO. HPP. PUYO 2010.**



**FUENTE:** Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HPP.

**ELABORADO POR:** Jenny Orozco Y.

### **Análisis e Interpretación.**

En nuestro estudio los principales factores de riesgo intraparto que se presentó se puede determinar que en un 28% se debe a desgarros cervical, vaginal-perineal, 21% por parto precipitado, seguido en orden de frecuencia occito – conducción y macrosomia fetal, RPM prolongado.

No coincide con el estudio realizado en el Hospital Rosales Argüello, 2005-2007. Donde los principales factores de riesgo de Hemorragia Postparto fueron la occito-conducción 32.8%. (36)

En nuestro estudio los desgarros cervical, vaginal, perineal es uno de los principales factores de riesgo de hemorragia postparto. Pueden ocurrir como consecuencia de un parto precipitado, expulsivo mal conducido, tamaño exagerado del feto, tejidos rígidos.

El cuadro se instala con útero clínicamente normal, bien retraído y contraído, con correcta coagulación sanguínea y expulsión completa de la placenta. Normalmente se manifiestan como un sangrado vaginal activo propio de partos instrumentados o con episiotomía que hay que proceder a reparar mediante sutura.

El examen directo de la lesión permite confirmar el diagnóstico; y se recurre al tacto intrauterino cuando la lesión radica en el cuerpo del mismo.



## CRUCE DE VARIABLES

Se encontró asociación entre determinadas variables, los valores de las filas corresponden a la variable de riesgo, mientras que los valores de las columnas corresponden a la variable exposición.

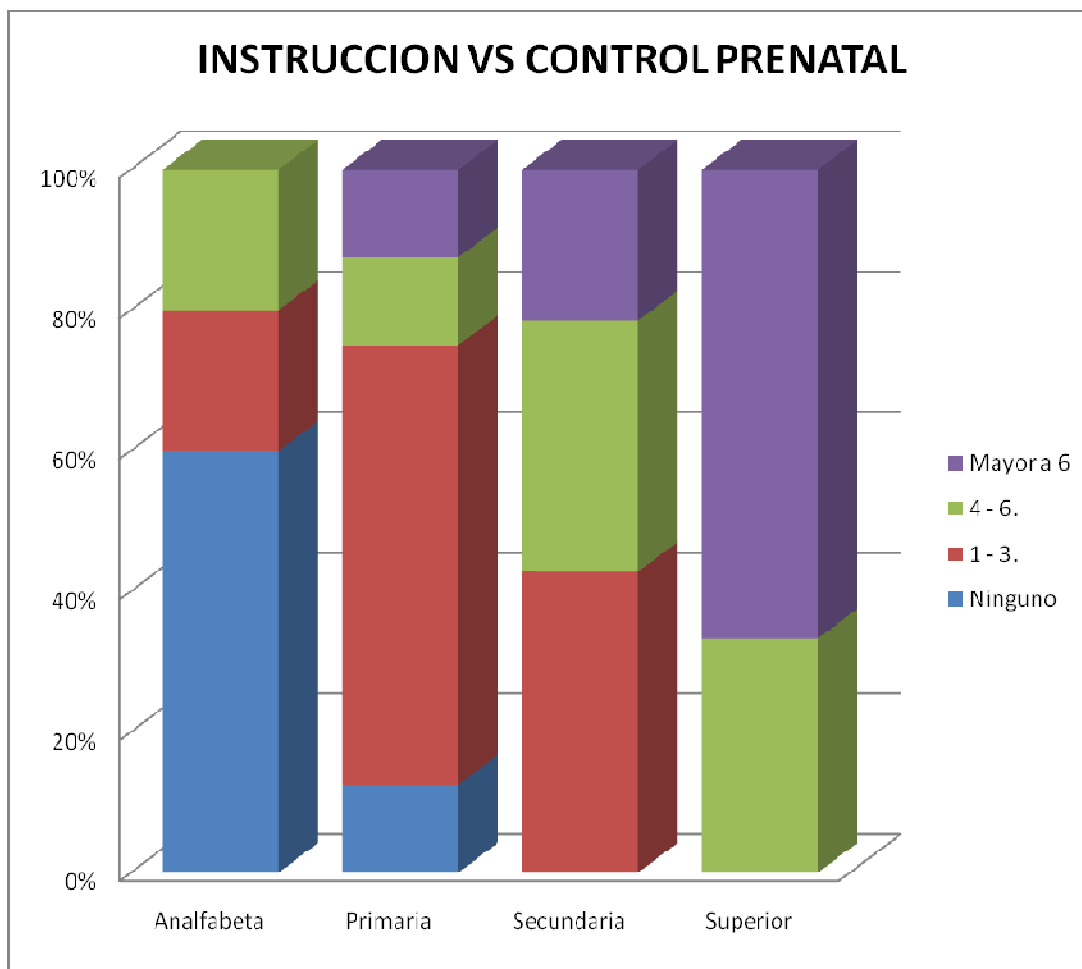
**TABLA 11. INSTRUCCION VS. CONTROL PRENATAL EN PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO. HPP. PUYO 2010.**

| CONTROL PRENATAL  |         |       |       |          |       |
|-------------------|---------|-------|-------|----------|-------|
| INSTRUCCION       | NINGUNO | 1 – 3 | 4 – 6 | MAS DE 6 | TOTAL |
| <b>ANALFABETA</b> | 6       | 2     | 2     | 0        | 10    |
| • Row%            | 60%     | 20%   | 20%   | 0        | 100%  |
| • Col%            | 75%     | 11.1% | 20%   | 0        | 23%   |
| <b>PRIMARIA</b>   | 2       | 10    | 2     | 2        | 16    |
| • Row%            | 12.5%   | 62.5% | 12.5% | 12.5%    | 100%  |
| • Col%            | 25%     | 55.5% | 20%   | 28.5%    | 37%   |
| <b>SECUNDARIA</b> | 0       | 6     | 5     | 3        | 14    |
| • Row%            | 0       | 42.8% | 35.7% | 21.5%    | 100%  |
| • Col%            | 0       | 33.3% | 50%   | 42.8%    | 33%   |
| <b>SUPERIOR</b>   | 0       | 0     | 1     | 2        | 3     |
| • Row%            | 0       | 0     | 33.3% | 66.7%    | 100%  |
| • Col%            | 0       | 0     | 10%   | 12.5%    | 7%    |
| <b>TOTAL</b>      | 8       | 18    | 10    | 7        | 43    |
| • Row%            | 19%     | 42%   | 23%   | 16%      | 100%  |
| • Col%            | 100%    | 100%  | 100%  | 100%     | 100%  |

**FUENTE:** Tabla 5 y 8.

**ELABORADO POR:** Jenny Orozco Y.

**GRAFICO 11. INSTRUCCION VS. CONTROL PRENATAL EN PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO. HPP. PUYO 2010.**



**FUENTE:** *Tabla 5 y 8.*

**ELABORADO POR:** *Jenny Orozco Y.*

Se puede mencionar como hallazgos importantes que el bajo y el nulo nivel de escolaridad (analfabeta 60%, primaria 62.5%), se asocia directamente, con un mal control prenatal, no existiendo control, o siendo el mismo deficiente.

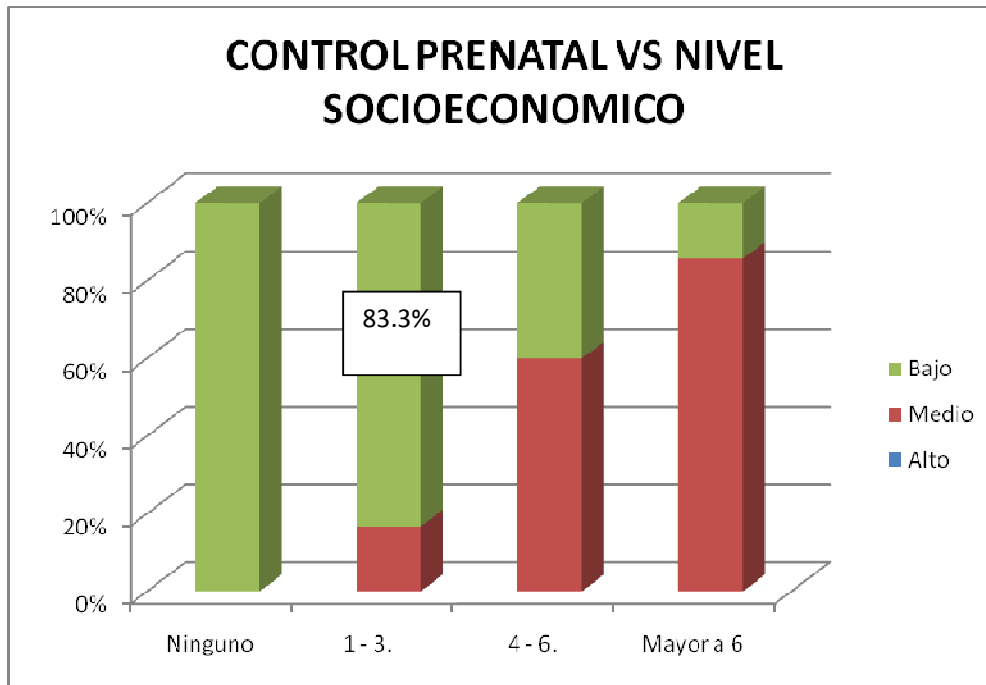
**Tabla 12. CONTROL PRENATAL VS. NIVEL SOCIOECONOMICO EN  
PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO.HPP. PUYO 2010**

| <b>NIVEL SOCIOECONOMICO</b> |             |              |             |              |
|-----------------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| <b>CONTROL<br/>PRENATAL</b> | <b>ALTO</b> | <b>MEDIO</b> | <b>BAJO</b> | <b>TOTAL</b> |
| <b>NINGUNO</b>              | 0           | 0            | 8           | 8            |
| • <b>Row%</b>               | 0           | 0            | 100%        | 100%         |
| • <b>Col%</b>               | 0           | 0            | 100%        | 19%          |
| <b>1 - 3</b>                | 0           | 3            | 15          | 18           |
| • <b>Row%</b>               | 0           | 16.7%        | 83.3%       | 100%         |
| • <b>Col%</b>               | 0           | 20%          | 53.6%       | 42%          |
| <b>4 - 6</b>                | 0           | 6            | 4           | 10           |
| • <b>Row%</b>               | 0           | 60%          | 40%         | 100%         |
| • <b>Col%</b>               | 0           | 40%          | 14.2%       | 23%          |
| <b>MAYOR a 6</b>            | 0           | 6            | 1           | 7            |
| • <b>Row%</b>               | 0           | 85.7%        | 14.3%       | 100%         |
| • <b>Col%</b>               | 0           | 40%          | 3.5%        | 16%          |
| <b>TOTAL</b>                | 0           | 15           | 28          | 43           |
| • <b>Row%</b>               | 0           | 35%          | 65%         | 100%         |
| • <b>Col%</b>               | 0           | 100%         | 100%        | 100%         |

*FUENTE: tabla 8 y 4.*

*ELABORADO POR: Jenny Orozco Y.*

**GRAFICO 12. CONTROL PRENATAL VS. NIVEL SOCIOECONOMICO EN  
PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO.HPP. PUYO 2010**



**FUENTE:** tabla 8 y 4.

**ELABORADO POR:** Jenny Orozco Y.

Se puede evidenciar una mayor proporción de pacientes sin un adecuado control prenatal en pacientes con nivel socioeconómico bajo en el 83.3%

**TABLA 13. EDAD VS CAUSA PRINCIPAL DE HEMORRAGIA POSTPARTO EN  
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POSTPARTO.HPP. PUYO  
2010**

| <b>EDAD</b>                                 |                |                |                |                |              |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| <b>CAUSA PRINCIPAL</b>                      | <b>14 – 20</b> | <b>21 – 27</b> | <b>28 - 34</b> | <b>35 – 41</b> | <b>TOTAL</b> |
| <b>ATONIA UTERINA</b>                       | 2              | 4              | 8              | 4              | 18           |
| • <b>Row%</b>                               | 11.1%          | 22.2%          | 44.4%          | 22.2%          | 100%         |
| • <b>Col%</b>                               | 28.6%          | 33.3%          | 50%            | 50%            | 42%          |
| <b>ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO</b>             | 2              | 6              | 3              | 2              | 13           |
| • <b>Row%</b>                               | 15.4%          | 46.2%          | 23%            | 15.4%          | 100%         |
| • <b>Col%</b>                               | 28.6%          | 50%            | 18.8%          | 25%            | 30%          |
| <b>DESGARROS DEL CANAL BLANDO DEL PARTO</b> | 3              | 2              | 4              | 1              | 7            |
| • <b>Row%</b>                               |                |                |                |                |              |
| • <b>Col%</b>                               | 30%            | 20%            | 40%            | 10%            | 100%         |
|   | 42.8%          | 16.7%          | 25%            | 12.5%          | 23%          |
| <b>ROTURA UTERINA</b>                       | 0              | 0              | 1              | 1              | 2            |
| • <b>Row%</b>                               | 0              | 0              | 50%            | 50%            | 100%         |
| • <b>Col%</b>                               | 0              | 0              | 12.5%          | 12.5%          | 5%           |
| <b>PLACENTA ADHERENTE</b>                   | 0              | 0              | 0              | 0              | 0            |
| • <b>Row%</b>                               | 0              | 0              | 0              | 0              | 0            |
| • <b>Col%</b>                               | 0              | 0              | 0              | 0              | 0            |
| <b>COAGULOPATIA MATERNA</b>                 | 0              | 0              | 0              | 0              | 0            |
| • <b>Row%</b>                               | 0              | 0              | 0              | 0              | 0            |
| • <b>Col%</b>                               | 0              | 0              | 0              | 0              | 0            |

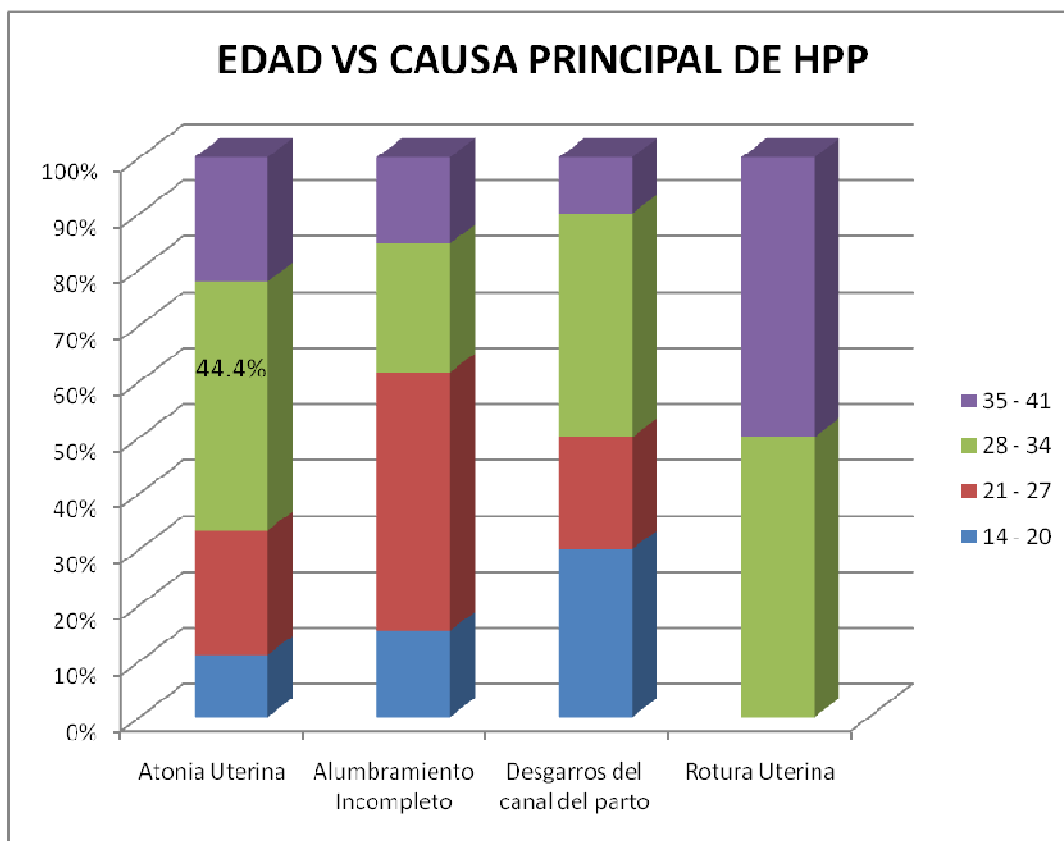
|               |      |      |      |      |      |
|---------------|------|------|------|------|------|
| <b>TOTAL</b>  | 7    | 12   | 16   | 8    | 43   |
| • <b>Row%</b> | 16%  | 28%  | 37%  | 19%  | 100% |
| • <b>Col%</b> | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

**FUENTE:** tabla 2 y 6.

**ELABORADO POR:** Jenny Orozco Y.

**GRAFICO 13. EDAD VS CAUSA PRINCIPAL DE HEMORRAGIA POSTPARTO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POSTPARTO.HPP.**

PUYO 2010



**FUENTE:** tabla 2 y 6.

**ELABORADO POR:** Jenny Orozco Y.

Se puede mencionar dentro de los hallazgos importantes a la atonía uterina como causa principal de hemorragia postparto la misma que se presenta con mayor frecuencia entre 28 y 34 años de edad.

## **VI. CONCLUSIONES**

- La frecuencia de Hemorragia Post Parto en el Hospital Provincial Puyo en el período Enero – Agosto 2010 es del 6% ya que se han reportado 43 pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto, de un total de 725 pacientes embarazadas las mismas que fueron atendidas en el Servicio de Gineco-obstetricia del H.P.P.
- En nuestra muestra de estudio el 51% de pacientes se encuentran en unión libre, del nivel socio – económico bajo con un 65%, con tipo de instrucción primario y dentro del grupo etario de 28 – 34 años (37%).
- El 61% de pacientes atendidas tuvieron un mal control prenatal, el 63% fueron multigestas.
- La principal causa de Hemorragia postparto destaca la Atonia Uterina (42%), seguido de alumbramiento incompleto (35%), y desgarros del canal del parto (23%).
- Los factores de riesgo durante el embarazo que presentaron las pacientes con Hemorragia Postparto fueron múltiples destacando en mayor porcentaje las pacientes primigestas con 37% de los casos, seguido de grandes multíparas con un porcentaje del 21 %, pacientes con anemia en un 14%.

- Dentro de los principales factores de riesgo intraparto que se presentó en pacientes con hemorragias postparto se pudo determinar que en un 28% se debe a desgarros cervical vaginal-perineal, seguido del 21% por parto precipitado, el 18% occiso – conducción, 16% macrosomía fetal y el 5% por RPM prolongado.

## **VII. RECOMENDACIONES**

Las autoridades pertinentes, deberán ser los encargados de fomentar e incentivar a todo el personal que labora en las casas de salud, sobre el uso adecuado de guías y normas de asistencia existentes, a fin de establecer mecanismos que mejoren las técnicas de atención durante el embarazo, específicamente en la atención del parto, para de esta manera controlar y disminuir la frecuencia de hemorragia postparto inmediato.

Se recomienda una nueva divulgación y promoción del Protocolo para que todo el personal recuerde la importancia del manejo activo del alumbramiento, de esta manera reducir la hemorragia postparto con medidas sencillas y de bajo costo, ya que la HPP sigue siendo la principal causa de morbi-mortalidad materna.

Del mismo modo se recomienda realizar revisiones del canal del parto en pacientes que hayan presentado factores asociados a un desgarro de cérvix, vagina o periné, y efectuar la episiotomía solo en los casos necesarios y no en forma rutinaria.

Para prevenir oportunamente un caso de Hemorragia Postparto, se debe introducir prácticas basadas en evidencias, de bajo costo, que prevenga una HPP como es el caso del manejo activo del alumbramiento.



## ***F. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

### **1. HEMORRAGIA POSTPARTO**

<http://www.icmer.org/RHO/>

2010-07-2010

### **2. MORTALIDAD MATERNA**

[www.childinfo.org/maternal\\_mortality\\_in\\_2000.pdf](http://www.childinfo.org/maternal_mortality_in_2000.pdf).

2010-06-15

### **3. SALUD REPRODUCTIVA**

[www.childinfo.org/maternal\\_mortality\\_in\\_2000.pdf](http://www.childinfo.org/maternal_mortality_in_2000.pdf).

2010-06-16

### **4. MATTHEWS, M. y otros. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth**

manejo de las complicaciones del embarazo y el parto; guía para obstetrices y médicos. OMS. 2002. 250p.

### **5. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Manejo de las**

complicaciones en el embarazo y el parto: Una guía para obstetrices y

médicos. *WHO/RHR/00.7. Ginebra, OMS, 2000. 150p.*

6. **COLOMBIA. UNIVERSIDAD DE CARTAGENA.** *Prevención de la hemorragia postparto., Facultad de Medicina Departamento de Ginecología y Obstetricia. ( Colombia), Noviembre de 2009.*
7. **MATTHEWS, M.y otros.** Integrated Management of Pregnancy and Childbirth / manejo de las complicaciones del embarazo y el parto; guía para obstetricas y médicos. OMS2002
- 8. INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNAECOLOGY AND OBSTETRICS.** Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage: New Advances for Low Resource Settings. Joint tatement. IC M, 2008. 120p.
9. **SCHWARCZ, R.L. y otros.** Obstetricia 5ª. ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1999. 621p.
10. **WILLIAM O. y otros.** Obstetricia 21ª.ed.La Habana, ed. La Habana, 2007, 1422p.
- 11. MORTALIDAD- NIÑEZ Y LA MUJER**
- [www.childinfo.org / areas / childmortality / infantdata.php.](http://www.childinfo.org/areas/childmortality/infantdata.php)
- 2010-07-15
- 12. HEMORRAGIA POSPARTO- MISOPROSTOL**
- [http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/full\\_text/gineco\\_obstetricia/](http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/full_text/gineco_obstetricia/)
- 2010-06-20
- 13. HEMORRAGIA POSPARTO- OXITOCINA**
- [http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/full\\_text/gineco\\_obstetricia/](http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/full_text/gineco_obstetricia/)
- 2010-06-20
- 14. TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO- POSTPARTO**

[http://www.nexusediciones.com/pdf/gine2003\\_2/gi-4-2-003.pdf](http://www.nexusediciones.com/pdf/gine2003_2/gi-4-2-003.pdf)  
2010-05-07

**15. OBSTETRICIA CLÍNICA**

[http://www.nexusediciones.com/pdf/gine2003\\_2/gi-4-2-003.pdf](http://www.nexusediciones.com/pdf/gine2003_2/gi-4-2-003.pdf)  
2010-05-14

**16. OCCITOCINA PROFILÁCTICA- MANEJO DEL ALUMBRAMIENTO**

<http://www.iecs.org.ar/iecs-visor->  
2010-05-12

**17. HEMORRAGIA POSTPARTO**

<http://translate.google.com.ec/translate?hl>  
2010-06-17

**18. HEMORRAGIA POSPARTO**

<http://translate.google.com.ec/translate/postpartumrecover>  
2010-04-16

**19. GUÍA CLÍNICA BASADA EN EVIDENCIA**

<http://www.paho.org/Spanish/CLAP>  
2010-02-20

**20. COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS**

<http://www.medicosgeneralescolombianos.com>  
2010-05-23

**21. HEMORRAGIA POSTPARTO – INCIDENCIA**

<http://www.minsa.gob.ni/bns/cimed/pdf/>  
2010-07-16

**22. FACTORES DE RIESGO - HEMORRAGIA.**

[Web/cyt/com2005/3-Medicina/M 106.pdf](Web/cyt/com2005/3-Medicina/M%20106.pdf)  
2010-07-16

**23. MORTALIDAD MATERNA**

<http://www.scielo.cl/scielo.php?pid>

2010-07-08

**24. HEMORRAGIA POSTPARTO – DESAFÍO – MATERNIDAD**

[http://gynuity.org/downloads/PPH\\_ChallengeSM\\_SP.pdf](http://gynuity.org/downloads/PPH_ChallengeSM_SP.pdf)

2010-07-18

**25. MATERNIDAD SEGURA**

[http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/Pnacy260.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacy260.pdf)

2010-07-19

**26. MANEJO ACTIVO – ALUMBRAMIENTO**

[http://bibmed.ucla.edu.ve/edocs\\_bm UCLA](http://bibmed.ucla.edu.ve/edocs_bm UCLA)

2010-04-25

**27. MORTALIDAD MATERNA – ECUADOR**

[www.inec.gov.ec/c/document\\_library/get\\_file?folderId](http://www.inec.gov.ec/c/document_library/get_file?folderId)

2010-07-19

**28. CUIDADOS PUERPERALES**

<http://www.llevadores.cat/html/publicacions>

2010-07-20

**29. PREVENCIÓN – DIAGNÓSTICO - HPP**

<http://www.monografias.com/trabajos/prevencion-hemorragia-postparto>

2010-07-19

**30. PARTO Y PUERPERIO - HEMORRAGIAS**

<http://www.monografias.com/trabajos>

2010-07-19

**31. HEMORRAGIA POSTPARTO - GUÍA**

<http://www.msal.gov.ar/hm/Site/promin/UCMISALUD>

2010-07-22

**32. HEMORRAGIA POSTPARTO – ARTICULO 2009**

<http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewFile/>

2010-07-20

**33. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - *ADVANCING SAFE MOTHERHOOD***

<http://www.who.int/reproductivehealth>

2010-06-27

**34. MORTALIDAD MATERNA – REDUCIR 1990-2015**

[http://www.policyproject.com/pubs/MNPI/Ecuador\\_MNPI.pdf](http://www.policyproject.com/pubs/MNPI/Ecuador_MNPI.pdf)

2010-06-28

**35. HEMORRAGIA POSTPARTO**

[www.cadperu.com/.../HEMORRAGIA\\_POSTPARTO.pdf](http://www.cadperu.com/.../HEMORRAGIA_POSTPARTO.pdf) - Perú

2010-06-28

**36. NICARAGUA, MINISTERIO DE SALUD.** Guía para la prevención y Manejo de la Hemorragia post parto. Hospital Fernando Vález Paíz, Junio 2007.

**37. MODELO PREDICTOR DE MORTALIDAD MATERNA**

<http://www.jbg.org.ec/es/salud/hes>

2010-06-29

## I. ANEXOS

*Anexo 1. Ficha de recolección de datos para pacientes con diagnóstico de Hemorragia Postparto. HPP 2010.*

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>DATOS GENERALES.</b>     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Fecha:</li></ul>  |
| <b>DATOS PERSONALES.</b>    |   |
| <b>Edad de la Paciente.</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• 14 ( ) 20 ( )</li><li>• 21 ( ) 27 ( )</li><li>• 28 ( ) 34 ( )</li><li>• 35 ( ) 41 ( )</li></ul> |
| <b>Estado Civil</b>         | <ul style="list-style-type: none"><li>• Soltera</li><li>• Casada</li><li>• Divorciada</li><li>• Unión Libre</li></ul>                   |
| <b>Nivel Socioeconómico</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Alto</li><li>• Medio</li></ul>  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Instrucción</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo</li> <br/> <li>• Analfabeta</li> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Superior</li> </ul>   |
| <b>CAUSA PRINCIPAL</b>   |  |
| <b>Atonía Uterina</b><br><b>Alumbramiento Incompleto</b><br><b>Desgarros del canal blando del parto</b><br><b>Rotura Uterina</b><br><b>Placentas Adherentes</b><br><b>Coagulopatías Maternas</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si ( ) No ( )</li> <li>• Si ( ) No ( )</li> <li>• Si ( ) No ( )</li> <li>• Si ( ) No ( )</li> <li>• Si ( ) No ( )</li> <li>• Si ( ) No ( )</li> </ul> |
| <b>ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.</b>  |  |
| <b>Gestas</b><br><br><br><b>Controles Prenatales</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primigesta ( )</li> <li>• Multigesta ( )</li> <br/> <li>• Ninguno ( )</li> <li>• 1 - 3 ( )</li> <li>• 4 – 6 ( )</li> <li>• Más de 6 ( )</li> </ul>    |
| <b>FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO</b>  |  |

|  |                 |
|--|-----------------|
| <b>Gran Multípara</b>                    | • Si ( ) No ( ) |
| <b>Primigesta</b>                        | • Si ( ) No ( ) |
| <b>Anemia</b>                            | • Si ( ) No ( ) |
| <b>Cesárea Anterior</b>                  | • Si ( ) No ( ) |
| <b>Síndrome Hipertensivo Gestacional</b> | • Si ( ) No ( ) |
| <b>Ninguno</b>                           | • Si ( ) No ( ) |

|                                   |                 |
|-----------------------------------|-----------------|
| <b>FACTORES DE RIESGO</b>         |                 |
| <b>INTRAPARTO</b>                 |                 |
| <b>Parto Prolongado</b>           | • Si ( ) No ( ) |
| <b>Parto Precipitado</b>          | • Si ( ) No ( ) |
| <b>RPM Prolongado</b>             | • Si ( ) No ( ) |
| <b>Macrosomía Fetal</b>           | • Si ( ) No ( ) |
| <b>Desgarro cerv-vag-perineal</b> | • Si ( ) No ( ) |
| <b>Ninguno</b>                    | • Si ( ) No ( ) |



## **ANEXO 2**

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE MATERNA, ECUADOR 2008  
LISTA DETALLADA DE LA CIE-10

| ORDEN | CÓDIGO CIE-10 | CAUSAS DE MUERTE MATERNA  | NÚMERO         | %     | TASA 1/ |
|-------|---------------|---|----------------|-------|---------|
|       | 000-099       | TOTAL DE MUERTES MATERNAS   | 165            | 100,0 | 80,0    |
| 1     | 072           | HEMORRAGIA POSTPARTO  | 25             | 15,2  | 12,1    |
| 2     | 014           | HIPERTENSIÓN GESTACIONAL (INDUCIDA POR EL EMBARAZO) CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA   | 23             | 13,9  | 11,2    |
| 3     | 015           | ECLAMPSIA   | 22             | 13,3  | 10,7    |
| 4     | 090           | OTRAS ENFERMEDADES MATERNAS CLASIFICABLES EN OTRA PARTE, PERO QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO                      | 17             | 10,3  | 8,2     |
| 5     | 062           | ANORMALIDADES DE LA DINÁMICA DEL TRABAJO DE PARTO   | 9              | 5,5   | 4,4     |
| 6     | 085           | SEPSIS PUERPERAL  | 8              | 4,9   | 3,9     |
| 7     | 000           | EMBARAZO ECTÓPICO   | 8              | 3,8   | 2,9     |
| 8     | 008           | ABORTO NO ESPECIFICADO  | 8              | 3,8   | 2,9     |
| 9     | 045           | DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA (ABRUPTIO PLACENTAE)   | 5              | 3,0   | 2,4     |
| 10    | 085           | MUERTE OBSTÉTRICA DE CAUSA NO ESPECIFICADA  | 5              | 3,0   | 2,4     |
| 11    | 010           | HIPERTENSIÓN PREEXISTENTE QUE COMPLICAN EL EMBARAZO Y EL PARTO Y PUERPERIO  | 4              | 2,4   | 1,9     |
| 12    | 071           | OTRO TRAUMA OBSTÉTRICO  | 4              | 2,4   | 1,9     |
| 13    | 088           | ENFERMEDADES MATERNAS INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICABLES EN OTRA PARTE, PERO QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO | 4              | 2,4   | 1,9     |
| 14    | 008           | COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABORTO, AL EMBARAZO ECTÓPICO Y AL EMBARAZO MOLAR   | 3              | 1,8   | 1,5     |
| 15    | 026           | ATENCIÓN A LA MADRE POR OTRAS COMPLICACIONES PRINCIPALMENTE RELACIONADAS CON EL EMBARAZO  | 3              | 1,8   | 1,5     |
| 16    | 038           | ATENCIÓN MATERNA POR OTROS PROBLEMAS FETALES CONOCIDOS O PRESUNTOS  | 3              | 1,8   | 1,5     |
| 17    | 044           | PLACENTA PREVIA   | 3              | 1,8   | 1,5     |
| 18    | 080           | COMPLICACIONES DEL PUERPERIO, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE   | 3              | 1,8   | 1,5     |
|       |               | RESTO DE CAUSA MATERNAS   | 12             | 7,3   | 5,8     |
|       |               | <b>TOTAL DE NACIDOS VIVOS 2/</b>  | <b>206.215</b> |       |         |

Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones. Año 2008

1/ Tasa por 1.000 nacidos vivos ocurridos y registrados en el año 2008

2/ El dato se refiere a los nacimientos ocurridos y registrados en el año 2008