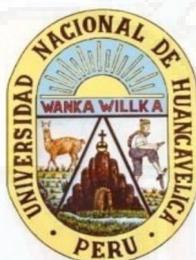


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA**  
(CREADA POR LEY N°25265)

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**



**TESIS**

**Perfil epidemiológico de las pacientes con hemorragia  
post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro  
Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020.**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**  
**SALUD MATERNO PERINATAL Y NEONATAL**

**PRESENTADO POR:**  
**Obsta. BAUTISTA ESPINOZA, ZAID MEDALID**

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:**  
**EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO**

**HUANCABELICA – PERÚ**  
**2020**

## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huancavelica a los veintiún días del mes de diciembre a las 11:00 horas del año 2020 se reunieron los miembros del jurado evaluador de la sustentación de tesis del (la) egresado(a):

### BAUTISTA ESPINOZA ZAID MEDALID

Siendo los jurados evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana GUERRA OLIVERA  
Secretaría : Dra. Jenny MENDOZA VILCAHUAMAN  
Vocal : Dra. Rossibel Juana MUÑOZ DE LA TORRE

Para calificar la sustentación de la tesis titulada:

### PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA POST PARTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ DE ESSALUD, JUNÍN 2020.

Concluida la sustentación de forma síncrona, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 423-2020-D-FCS-R-UNH, concluyendo a las 11:40 horas. Acto seguido, el presidente del jurado evaluador informa al o los sustentantes que suspendan la conectividad para deliberar sobre los resultados de la sustentación llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.

Observaciones:

.....

.....

.....

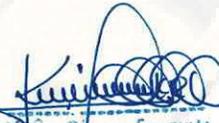
Ciudad de Huancavelica, 21 de diciembre del 2020

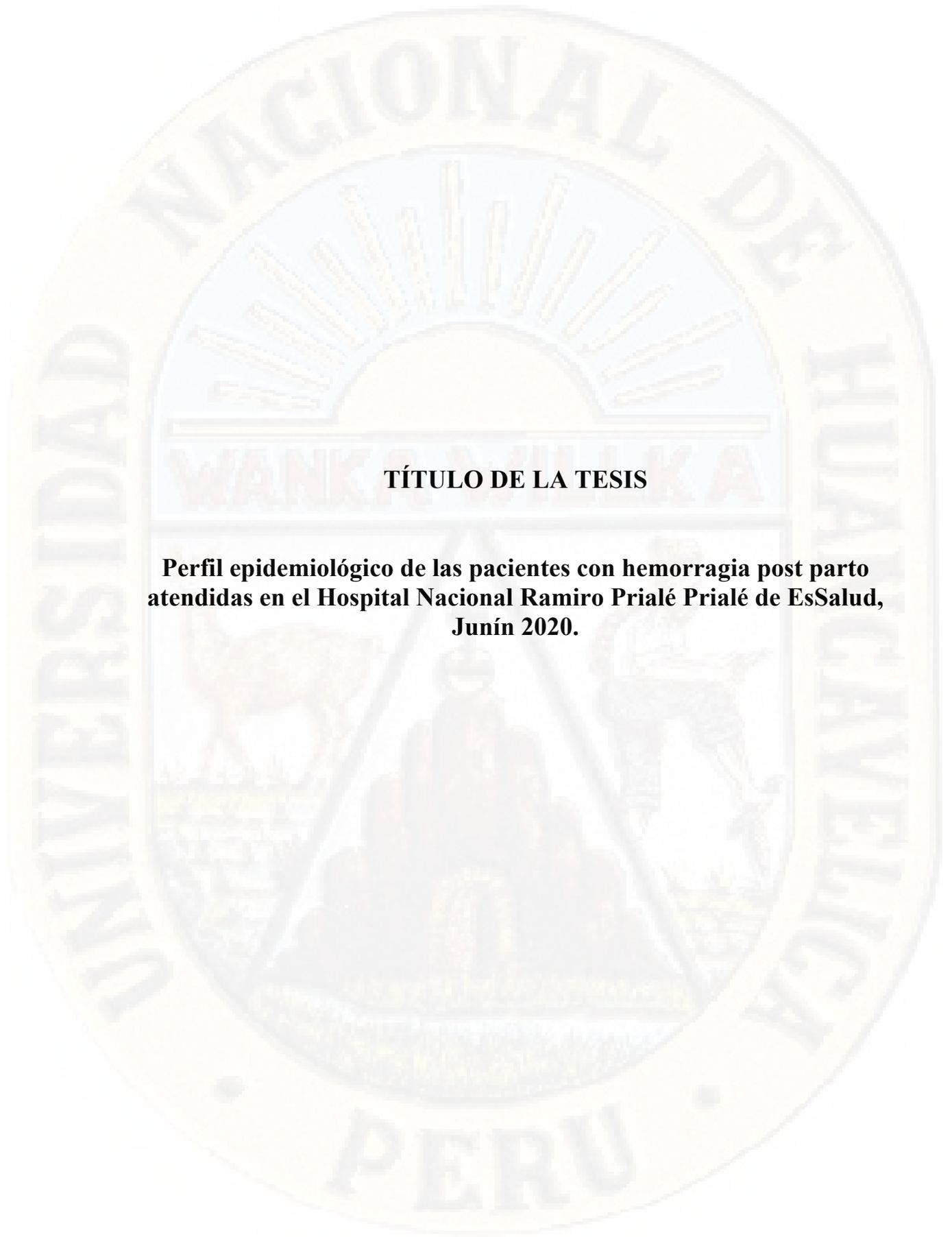
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCavelica  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
  
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVERAS  
DECANA  
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCavelica  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
  
Dra. Jenny MENDOZA VILCAHUAMAN  
SECRETARIA  
DOCENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCavelica  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
  
Dra. Rossibel J. Muñoz De la Torre  
VOCAL

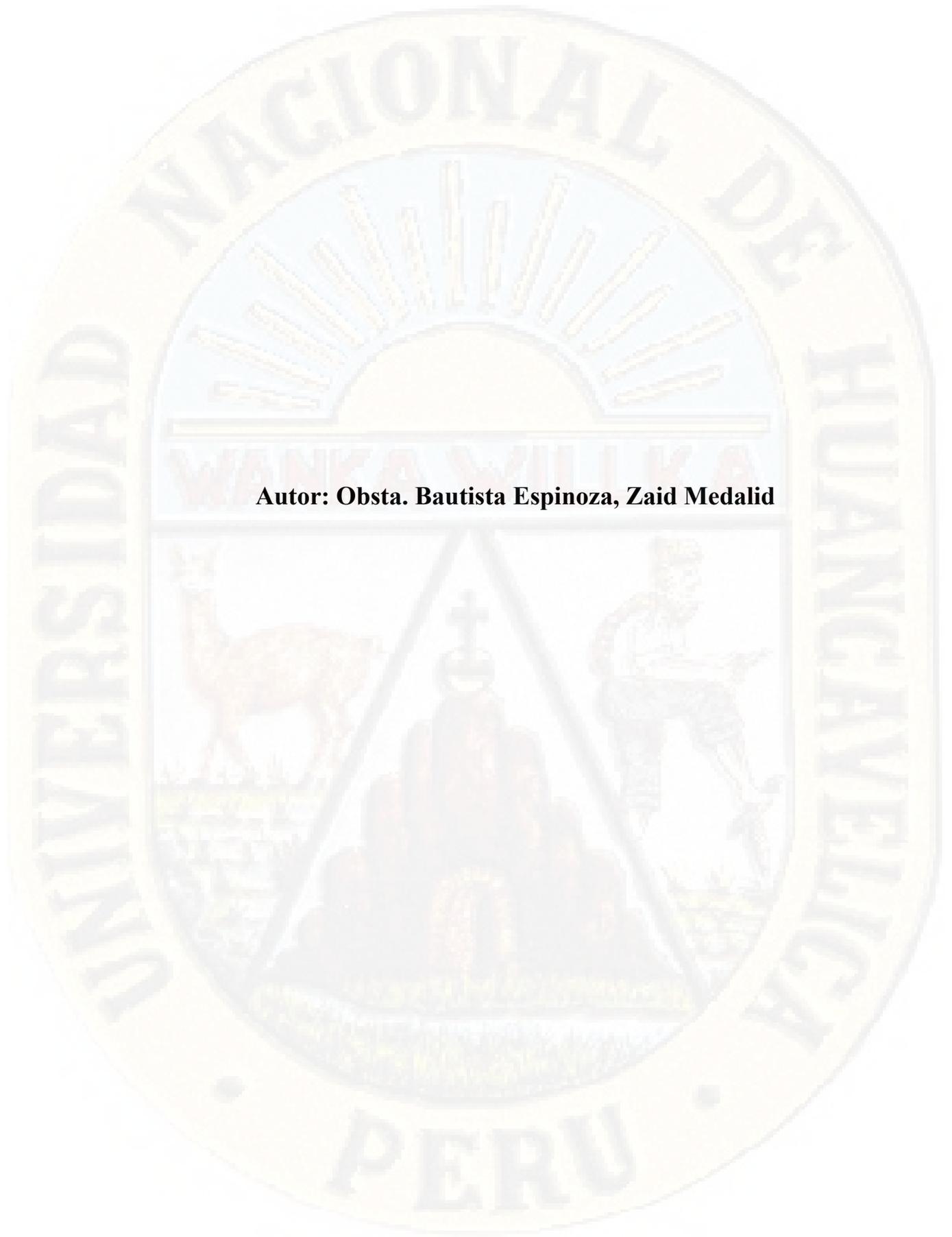
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCavelica  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
  
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVERAS  
DECANA  
VºBº DECANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCavelica  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
  
Kelly Yáñez Riqueros Laurente  
OBSTETRA  
COP: 36759  
VºBº SECRETARIA DOC.

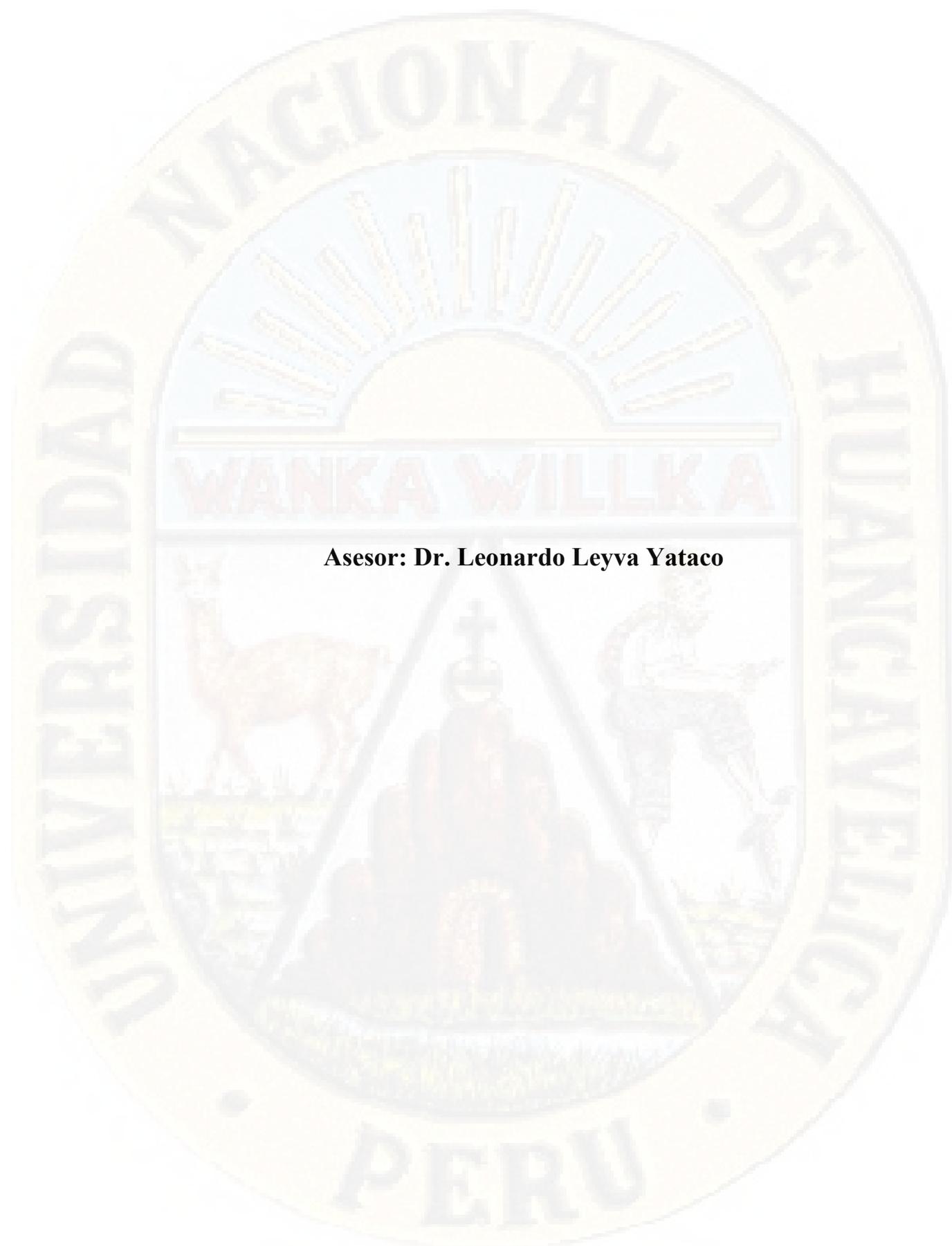


**TÍTULO DE LA TESIS**

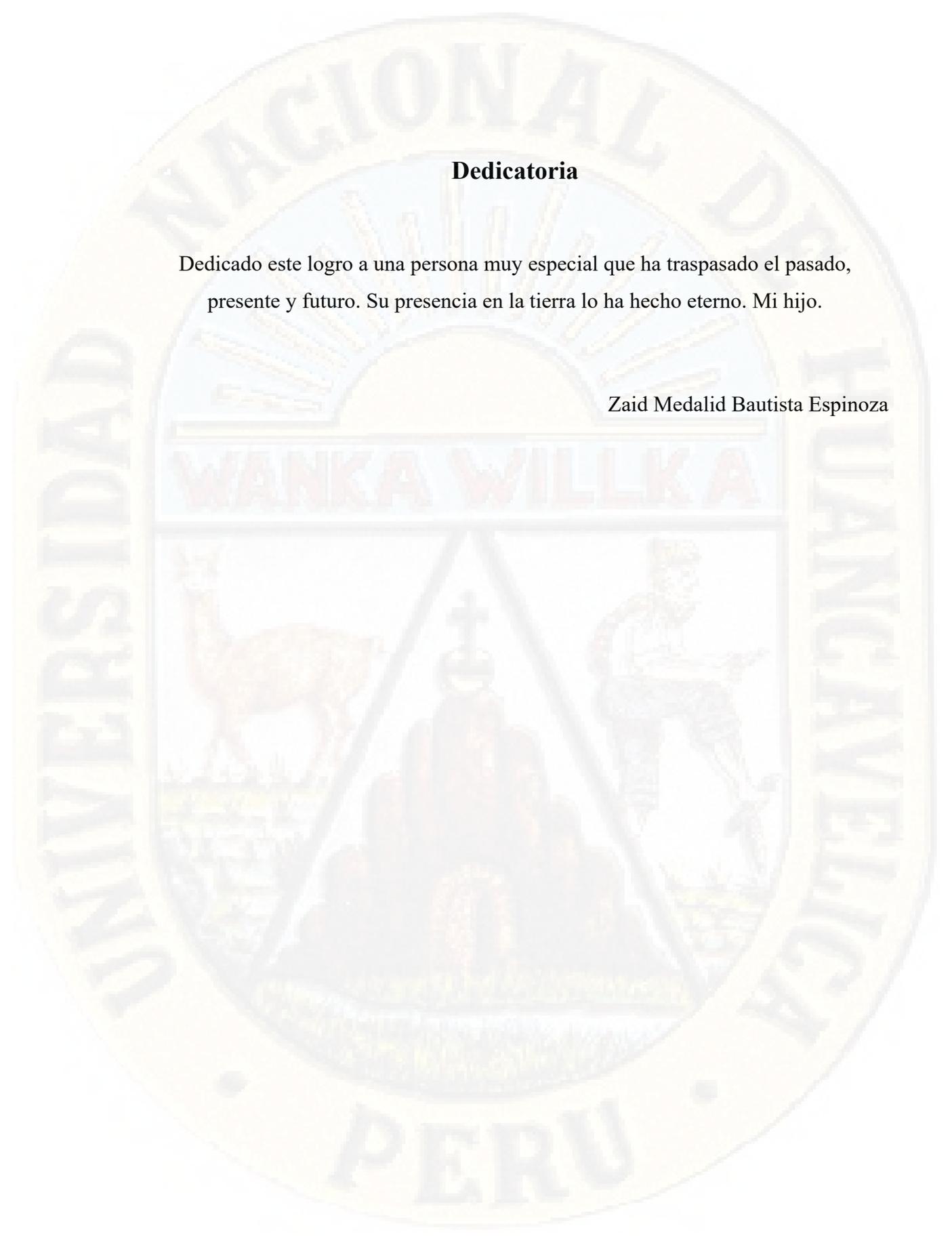
**Perfil epidemiológico de las pacientes con hemorragia post parto  
atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud,  
Junín 2020.**



**Autor: Obsta. Bautista Espinoza, Zaid Medalid**



**Asesor: Dr. Leonardo Leyva Yataco**



## Dedicatoria

Dedicado este logro a una persona muy especial que ha traspasado el pasado, presente y futuro. Su presencia en la tierra lo ha hecho eterno. Mi hijo.

Zaid Medalid Bautista Espinoza

## **Agradecimiento**

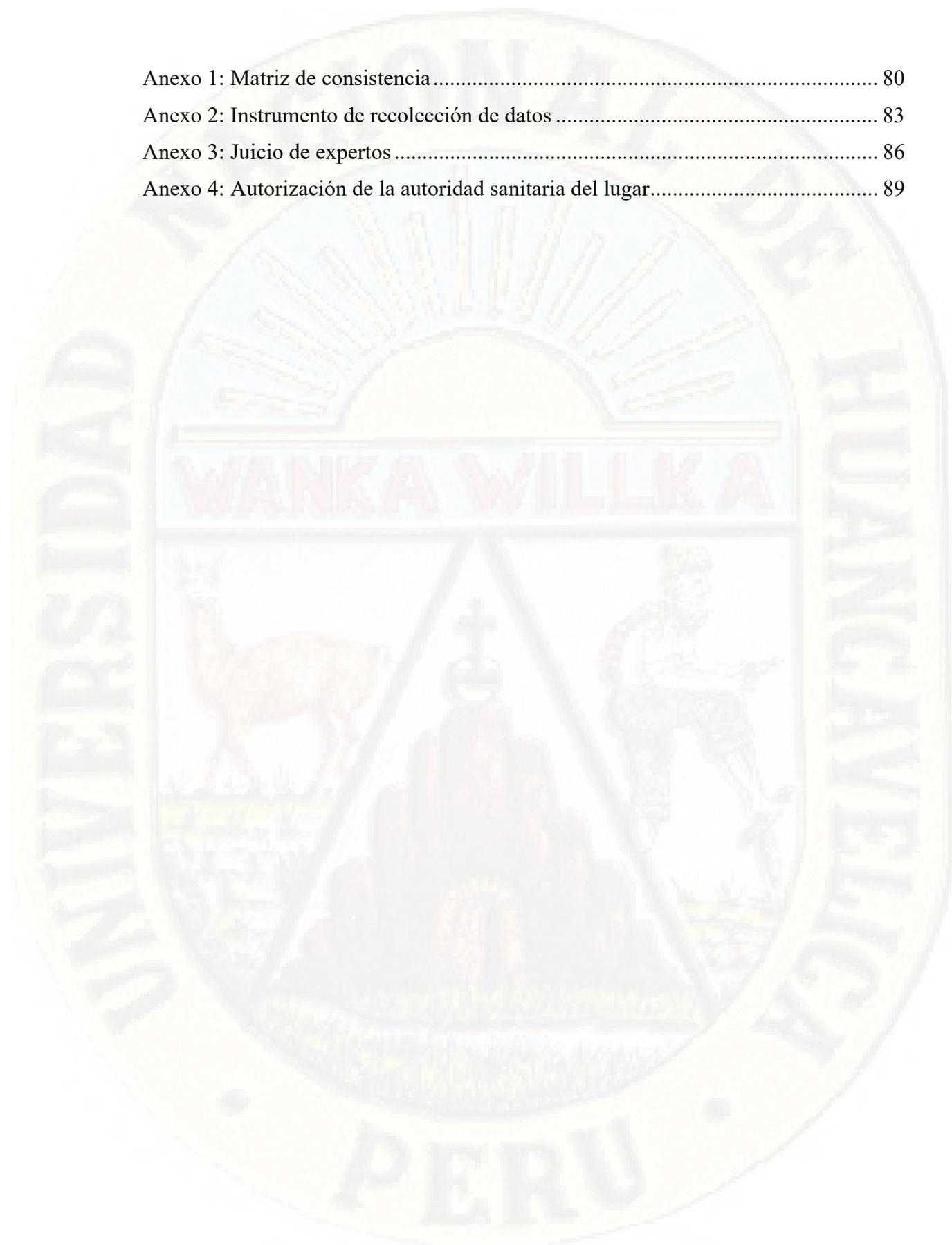
A Dios por bendecir las diferentes etapas de mi vida y ayudarme a encontrar el noble sentido de mi profesión, a mis padres que son el soporte e inspiración para seguir adelante, a mis maestros que me impartieron nuevos conocimientos, a las mujeres deseosas de ser madres que han influido en mí, el espíritu por la investigación y el mejorar la calidad de vida de las madres. Y a todas las personas que han colaborado en hacer realidad este proyecto. Gracias.

Zaid Medalid Bautista Espinoza

## Índice

Dedicatoria .....	vi
Agradecimiento .....	vii
Índice.....	viii
Índice de tablas.....	x
Resumen.....	xi
Abstract .....	xii
Introducción .....	xiii
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>EL PROBLEMA</b>	
1.1. Planteamiento del problema.....	15
1.2. Formulación del problema .....	17
1.3. Objetivos de la investigación .....	18
1.4. Justificación .....	18
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes de la investigación .....	20
2.2. Bases teóricas .....	25
2.3. Definición de términos.....	56
2.4. Identificación de variables .....	57
2.5. Operacionalización de variables .....	58
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
3.1. Tipo de investigación .....	59
3.2. Nivel de investigación.....	59
3.3. Métodos de investigación.....	59
3.4. Diseño de investigación .....	60
3.5. Población, muestra y muestreo .....	60
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	61
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos .....	61
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>PRESENTACION DE RESULTADOS</b>	
4.1. Presentación e interpretación de datos .....	62
4.2. Discusión de resultados.....	68
Conclusiones .....	72
Recomendaciones.....	73
Referencias bibliográficas.....	74
Anexos: .....	79

Anexo 1: Matriz de consistencia.....	80
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos .....	83
Anexo 3: Juicio de expertos .....	86
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar.....	89



## Índice de tablas

Tabla 1.	Características personales de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020.	62
Tabla 2.	Características obstétricas de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020.	63
Tabla 3.	Antecedentes de morbilidades en las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020.	64
Tabla 4.	Complicaciones obstétricas que presentaron las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020.	66
Tabla 5.	Causas biomédicas de la hemorragia post parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020.	67

## Resumen

**Objetivo.** Determinar el perfil epidemiológico de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020.

**Método.** La investigación fue observacional, transversal de nivel descriptivo. El método fue inductivo, diseño descriptivo simple. La población fueron todas las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, de la región Junín de enero a junio del 2020; que según registros estadísticos fueron un total de 80 pacientes. La muestra fue censal. La técnica fue el análisis documental, el instrumento la ficha de recolección de datos.

**Resultados.** El 81,3% tuvieron de 30 a más años. El 18,8% (15) tuvieron educación secundaria, el 23,8% (19) educación superior técnico y el 55% (44) educación superior universitaria. El 48,8% (39) fueron casadas, el 45% (36) convivientes. El 50% (40) tuvieron peso normal, el 38,8% (31) sobrepeso y el 7,5% (6) obesidad. El 21,3% (17) tuvieron anemia. El 10% (8) fueron nulíparas, el 37,5% (30) primíparas y el 52,5% (42) multíparas. El 43,8% (35) tuvieron periodo intergenésico normal y el 45% (36) periodo intergenésico largo. El 68,8% (55) tuvieron atención prenatal antes de las 14 semanas de gestación. El 91,3% (73) tuvieron hemorragia Post Parto durante las primeras 24 horas. El 61,3% (49) fueron cesareadas anterior, el 18,8% (15) tuvieron antecedentes de anemia, el 16,3% (13) de infección de tracto urinario, el 16,3% (13) de placenta previa, el 12,5% (10) hemorragia en embarazos previos, el 10% (8) preeclampsia. El 31,3% (25) presentaron como complicación la placenta previa, el 15% (12) el desprendimiento prematuro de placenta, el 11,3% (9) síndrome hipertensivo del embarazo, el 10% (8) trabajo de parto prolongado, el 8,8% (7) inminencia de ruptura uterina, el 5% (4) feto en podálica y el 5% (4) ruptura prematura de membranas. Las causas biomédicas fueron la placentación anormal, la atonía uterina, tejido friable sangrante en un 45%, 23% y 13% respectivamente. En menor proporción las lesiones de cuello y vagina, el acretismo placentario, el síndrome adherencial y la retención placentaria.

**Conclusiones.** El perfil epidemiológico fue pacientes mayores a 29 años, con educación superior, casadas, de peso normal, multíparas, PIG largo, hemorragia en las primeras 24 horas, con cesárea previa. Las causas fueron placentación anormal, atonía uterina y tejido friable sangrante.

**Palabras clave:** perfil epidemiológico, hemorragia postparto, complicaciones obstétricas, causa de hemorragia.

## Abstract

**Objective.** To determine the epidemiological profile of patients with postpartum hemorrhage treated at the Ramiro Prialé Prialé National Hospital of EsSalud, Junín 2020. **Method.** The research was observational, cross-sectional, descriptive level. The method was inductive, simple descriptive design. The population consisted of all the patients with postpartum haemorrhage treated at the Ramiro Prialé Prialé National Hospital of EsSalud, in the Junín region from January to June 2020; According to statistical records, there were a total of 80 patients. The sample was census. The technique was the documentary analysis, the instrument the data collection sheet. **Results.** 81.3% were aged 30 or over. 18.8% (15) had secondary education, 23.8% (19) higher technical education and 55% (44) higher university education. 48.8% (39) were married, 45% (36) cohabiting. 50% (40) had normal weight, 38.8% (31) were overweight and 7.5% (6) were obese. 21.3% (17) had anemia. 10% (8) were nulliparous, 37.5% (30) were primiparous and 52.5% (42) were multiparous. 43.8% (35) had a normal intergenetic period and 45% (36) had a long intergenetic period. 68.8% (55) had prenatal care before 14 weeks of gestation. 91.3% (73) had Postpartum hemorrhage during the first 24 hours. 61.3% (49) had a previous cesarean section, 18.8% (15) had a history of anemia, 16.3% (13) of urinary tract infection, 16.3% (13) of placenta previa , 12.5% (10) bleeding in previous pregnancies, 10% (8) pre-eclampsia. 31.3% (25) presented as a complication the placenta previa, 15% (12) the premature detachment of the placenta, 11.3% (9) hypertensive syndrome of pregnancy, 10% (8) prolonged labor , 8.8% (7) imminence of uterine rupture, 5% (4) fetus in breech and 5% (4) premature rupture of membranes. The biomedical causes were abnormal placentation, uterine atony, friable bleeding tissue in 45%, 23% and 13% respectively. To a lesser extent, lesions of the neck and vagina, placental accreta, adherence syndrome and placental retention. **Conclusions.** The epidemiological profile was patients older than 29 years, with higher education, married, of normal weight, multiparous, long PIG, bleeding in the first 24 hours, with previous cesarean section. The causes were abnormal placentation, uterine atony, and bleeding friable tissue.

**Keywords:** epidemiological profile, postpartum haemorrhage, obstetric complications, cause of haemorrhage.

## Introducción

La hemorragia postparto (HPP) afecta a, aproximadamente, el 2 % de todas las mujeres parturientas: Está asociada no solo a casi un cuarto de todas las defunciones maternas en todo el mundo, sino que también es la causa principal de mortalidad materna en la mayoría de los países de ingresos bajos. La HPP es un factor significativo que contribuye a la morbilidad materna grave y a la discapacidad a largo plazo, así como a una serie de otras enfermedades maternas graves generalmente asociadas con la pérdida considerable de sangre, incluidos el shock y la disfunción orgánica (3).

La atonía uterina es la causa más común de HPP, pero el traumatismo genital (es decir, laceraciones vaginales o cervicales), la rotura uterina, el tejido placentario retenido o trastornos de coagulación maternos también pueden provocar HPP (4).

La retención de placenta o restos placentarios es una causa intermedia de muerte materna, siendo una causa de hemorragia (5). Puede deberse a la falta de contracciones uterinas con trastornos en la dinámica, alteraciones en la anatomía uterina, anomalías en la adherencia de la placenta y las encarcelaciones placentarias (6).

En España, las defunciones maternas fueron aproximadamente de 7.15 féminas por cada 100.000 nacidos vivos y la HPP refleja un 23.07% de la misma (7). En México, de las defunciones por complicaciones de emergencias obstétricas, las hemorragias postparto ocurrieron en 31 de cada cien madres (8). En Chile, la hemorragia en el postparto ocupó el quinto lugar como causa de MM, con una razón de 0.8 por cada 100.000 nacidos vivos, de una razón total de 17.8 por cada 100.000 nacidos vivos en ese período (9).

En Perú, la HPP es la segunda causa de muerte materna durante el puerperio (21% de las muertes). Según un estudio hospitalario el 80% de las HPP se deben a atonía uterina. Una de las principales causas de atonía es la distensión uterina. Los factores asociados a tal distensión incluyen: alta paridad, gestación múltiple, polihidramnios y macrosomía fetal (10).

En Junín el 2018, se registró 19,584 partos; dentro de las emergencias obstétricas resaltan entre otras las hemorragias uterinas a causa de retención placentaria, atonía uterina, desgarros vaginales y otras complicaciones que podrían desencadenar en muertes maternas.

Un estudio en Huancayo, encontró como factores de riesgo para la hemorragia post parto; la edad >35 años (16%), la multiparidad (57%), atonía uterina (40%), alumbramiento incompleto (38%), desgarro del canal de parto (11%) (11).

Las hemorragias postparto es una de las complicaciones obstétricas que también se presenta en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud; la etiología, los factores de riesgo y las características de las pacientes suelen en algunos casos ser diversos como se mencionó líneas arriba. Ante lo mencionado es importante conocer las características epidemiológicas de las pacientes que presentaron esta complicación obstétrica, analizar en función a su contexto; por lo cual surgió la motivación de investigar el perfil epidemiológico de las gestantes con hemorragia postparto, situación que permitirá orientar las acciones de intervención en estos casos con estrategias de prevención oportunas a nuestro alcance. El análisis contextual permitirá tomar decisiones para implementar estrategias integrales en salud materna y monitorear las acciones que aporten a la reducción de esta complicación obstétrica.

El informe de investigación se describe en cuatro capítulos; el Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II detalla el marco teórico, el Capítulo III describe la metodología de la investigación; y el IV Capítulo describe el análisis e interpretación de resultados.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento del problema

La hemorragia post parto (HPP) es una patología propia del tercer periodo del parto patológico, siendo un factor importante y frecuente de complicaciones maternas, es preocupante por ser un problema de salud pública, no obstante, existen características clínicas que aumentan el riesgo, entre ellos la sub involución uterina, alumbramiento incompleto (ausencia de cotiledones o parte membranas ovulares), sangrado vaginal que impide la correcta contracción del útero, entre otros, cuya identificación temprana e intervención oportuna durante este periodo se lograría tener menor riesgo de complicación (1).

Aunque son múltiples las definiciones empleadas para el diagnóstico de HPP, hoy en día la más aceptada es la pérdida de cualquier cantidad de sangre que cause signos de hipovolemia y/o inestabilidad hemodinámica en la paciente. Sin embargo, aún existen guías y protocolos internacionales que proponen otras definiciones, como pérdida de > 500ml de sangre por parto vaginal y más de 1000 ml por cesárea, disminución de un 10% en el hematocrito basal de la paciente. Pérdida de sangre de 500 ml o más en 24 horas después del parto (2).

La HPP afecta a, aproximadamente, el 2 % de todas las mujeres parturientas: Está asociada no solo a casi un cuarto de todas las defunciones maternas en todo el mundo, sino que también es la causa principal de mortalidad materna en la mayoría de los países de ingresos bajos. La HPP es un factor significativo que contribuye a la morbilidad materna grave y a la discapacidad a largo plazo, así como a una serie de otras enfermedades maternas graves generalmente asociadas con la pérdida considerable de sangre, incluidos el shock y la disfunción orgánica (3).

La atonía uterina es la causa más común de HPP, pero el traumatismo genital (es decir, laceraciones vaginales o cervicales), la rotura uterina, el tejido placentario retenido o trastornos de coagulación maternos también pueden provocar HPP. Si bien la mayoría de las mujeres que tienen complicaciones por HPP no tienen factores de riesgo clínicos ni antecedentes identificables, la gran multiparidad y la gestación múltiple están asociadas con un mayor riesgo de sangrado después del parto. La HPP puede verse agravada por anemia preexistente y, en dichos casos, la pérdida de un volumen de sangre menor, de todos modos, puede provocar secuelas clínicas adversas (4).

La retención de placenta o restos placentarios es una causa intermedia de muerte materna, siendo una causa de hemorragia (5). Puede deberse a la falta de contracciones uterinas con trastornos en la dinámica, alteraciones en la anatomía uterina, anomalías en la adherencia de la placenta y las encarcelaciones placentarias (6).

En España, las defunciones maternas fueron aproximadamente de 7.15 fémbras por cada 100.000 nacidos vivos y la HPP refleja un 23.07% de la misma (7). En México, de las defunciones por complicaciones de emergencias obstétricas, las hemorragias postparto ocurrieron en 31 de cada cien madres (8). En Chile, la hemorragia en el postparto ocupó el quinto lugar como causa de MM, con una razón de 0.8 por cada 100.000 nacidos vivos, de una razón total de 17.8 por cada 100.000 nacidos vivos en ese período (9).

En Perú, la HPP es la segunda causa de muerte materna durante el puerperio (21% de las muertes). Según un estudio en hospital el 80% de las HPP se deben a atonía uterina. Una de las principales causas de atonía es la distensión uterina. Los factores asociados a tal distensión incluyen: alta paridad, gestación múltiple, polihidramnios y macrosomía fetal (10).

En Junín el 2018, se registró 19,584 partos; dentro de las emergencias obstétricas resaltan entre otras las hemorragias uterinas a causa de retención placentaria, atonía uterina, desgarros vaginales y otras complicaciones que podrían desencadenar en muertes maternas.

Un estudio en Huancayo, encontró como factores de riesgo para la hemorragia post parto; la edad >35 años (16%), la multiparidad (57%), atonía uterina (40%), alumbramiento incompleto (38%), desgarro del canal de parto (11%) (11).

Las hemorragias postparto es una de las complicaciones obstétricas que también se presenta en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud; la etiología, los factores de riesgo y las características de las pacientes suelen en algunos casos ser diversos como se mencionó líneas arriba. Ante lo mencionado es importante conocer las características epidemiológicas de las pacientes que presentaron esta complicación obstétrica, analizar en función a su contexto; por lo cual surgió la motivación de investigar el perfil epidemiológico de las gestantes con hemorragia postparto, situación que permitirá orientar las acciones de intervención en estos casos con estrategias de prevención oportunas a nuestro alcance. El análisis contextual permitirá tomar decisiones para implementar estrategias integrales en salud materna y monitorear las acciones que aporten a la reducción de esta complicación obstétrica.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es el perfil epidemiológico de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Cuáles son las características personales de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020?
- ¿Cuáles son las características obstétricas de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020?
- ¿Cuáles son las morbilidades y complicaciones obstétricas de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020?

## **1.3. Objetivos de la investigación**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar el perfil epidemiológico de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Identificar las características personales de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020.
- Identificar las características obstétricas de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020.
- Identificar las morbilidades y complicaciones obstétricas de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020.

## **1.4. Justificación**

La hemorragia postparto es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. La hemorragia postparto precoz (HPP) es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto y es generalmente la más grave. Las causas de HPP

incluyen atonía uterina, traumas, laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación, siendo la más frecuente la atonía. El diagnóstico es clínico y el tratamiento ha de abarcar unas medidas generales de soporte vital y otras más específicas de carácter etiológico. Afortunadamente, es potencialmente evitable en la mayoría de los casos si se sigue una adecuada estrategia de prevención activa y sistemática en la fase de alumbramiento de todos los partos (12).

En la actualidad no existen trabajos de investigación sobre el tema de manera contextualizada, que nos permitan conocer las características epidemiológicas de estas pacientes atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud; por lo cual se realizó una investigación a fin de conocer el perfil epidemiológico de las pacientes con hemorragia postparto. Los resultados y su interpretación adecuada permitirán conocer las características epidemiológicas, los patrones en la enfermedad y los posibles riesgos. Por otra parte, servirá para integrar procedimientos que permitan un manejo integral de la paciente, orientar las acciones preventivas y de control de una manera eficaz y eficiente; así mismo concientizar al personal de salud acerca de la importancia de esta información, su interpretación y uso.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de la investigación**

##### **2.1.1. Antecedentes internacionales**

Crespo y Mendieta (13), estudiaron el contexto de las hemorragias, en el puerperio inmediato; con el objetivo de determinar las causas de las hemorragias y las patologías asociadas a estas en las pacientes atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C Sotomayor de Guayaquil, Ecuador en el periodo 2016–2018 y que estaban en su puerperio inmediato; las mujeres atendidas en ese periodo en dicha institución fueron 528, de las cuales 160 presentaron hemorragias en el puerperio inmediato; las hemorragias por desgarro del suelo pélvico representaron un 48,75% y se asociaron en un 35% a hematomas en las paredes del suelo, las causadas por retención de restos placentarios, constituyeron un 26,2% y el 20% presentó acretismo placentario y finalmente las ocasionadas por atonía uterina fueron de un 25%, correspondiendo un 25% a coagulopatías; se concluyó que las hemorragias postparto por desgarro del suelo pélvico son la causa con mayor porcentaje en contraposición con otros estudios que indican que la atonía uterina es la causa más frecuente de hemorragias postparto inmediato.

León et al (14), estudiaron la prevalencia y factores de riesgo para la aparición de hemorragia posparto; con el objetivo de conocer los diferentes estudios que se han realizado para determinar la prevalencia y los factores predisponentes para la hemorragia posparto; así mismo conocer las causas y el manejo adecuado para evitar la muerte en las parturientas la metodología utilizada en el presente trabajo es de tipo documental, bibliográfica, analítica revisando artículos de revistas

científicas, guías de práctica clínica, y buscadores bibliográficos como Google académico, PubMed, Medigraphic, Scielo por medio de la cual se ha logrado plasmar lo más relevante como resultado hemos encontrado que una alta prevalencia de esta patología se da en países latinoamericanos, los factores de riesgos que predominan son la multiparidad, edad entre 20-35 años, las causas son la hipotonía uterina, trauma en el canal del parto, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, acretismo placentario todo esto puede ser por razones como la despreocupación de las madres en los controles prenatales, el manejo activo inadecuado del alumbramiento por el equipo de salud o una falta en el reconocimiento inmediato ante signos o síntomas del shock hipovolémico, es por ello que es imprescindible que el personal de salud conozca las situaciones que hacen vulnerables para desarrollar la HPP y seguir protocolos para la disminución de la incidencia.

Bula et al (15), realizaron una Caracterización de los desenlaces maternos de la hemorragia posparto primaria en un hospital de Montería, Colombia, 2016, con el objetivo de describir las características demográficas, las intervenciones realizadas y desenlaces maternos en las mujeres que presentaron hemorragia en las primeras 24 horas posparto o poscesárea en un hospital de mediana complejidad de montería del departamento de córdoba, materiales y métodos: estudio descriptivo retrospectivo, de tipo exploratorio basado en el análisis de registros clínicos, resultados: la edad de las pacientes osciló entre 13–42 años, la mayoría eran multíparas, más del 50% de las pacientes vivían en unión libre y residía en el área urbana, el 75% de los casos identificados fueron remitidos de los primeros niveles de atención en salud del departamento de córdoba, la retención de tejidos y los traumatismos en el canal vaginal fueron las principales causas de hemorragia postparto, el 50% de los casos requirieron transfusión sanguínea con glóbulos rojos O Rh -, el 17% requirió de ingreso a una

UCI y el 33% de los casos restantes necesitaron manejo quirúrgico, dos pacientes requirieron de histerectomía subtotal, ambas primigestantes adolescentes, conclusiones: las causas más frecuente de hemorragia posparto en los partos vaginales están relacionadas con traumatismos en el canal vaginal y con la retención de tejido placentario y restos de membranas ovulares.

Aragón et al (16), Investigaron sobre la frecuencia de la hemorragia obstétrica postparto; sus objetivos fueron determinar la frecuencia de la hemorragia posparto y poscesárea en el Hospital Rural Prospera Coscomatepec, Veracruz, México, durante el periodo agosto 2015-Julio 2016; identificar los factores de riesgo que predisponen a una hemorragia posparto y poscesárea; determinar las causas de la hemorragia posparto y poscesárea; Material y métodos; Se realizó un estudio de investigación retrospectiva, transversal y descriptiva, donde se evaluaron 243 pacientes con hemorragia posparto en un lapso comprendido de julio del 2015 a agosto del 2016 en el Hospital Rural Prospera Coscomatepec; el universo de trabajo estuvo constituido por todas las pacientes que terminaron su embarazo en la sala de labor y partos; resultados; se reportaron 3360 pacientes con partos vaginales y cesáreas en el periodo comprendido, de las que 243 presentaron hemorragia obstétrica sin complicaciones; en 39,92 % de las pacientes con hemorragia obstétrica se halló como principal factor de riesgo la multiparidad, no atribuible a otra comorbilidad; como principal etiología se determinó la hipotonía uterina: un 58,61 % de las pacientes que presentaron hemorragia obstétrica, en 29 pacientes menores de 18 años y 23 menores de 35 años que presentaron hemorragia obstétrica; en relación con pacientes menores de 18 años y con más de 35 de acuerdo a las causas más comunes, se encontró una razón de momios de 2,56, que marca tendencia a la presencia de restos placentarios, de acuerdo con esto, se demuestra que se aumenta la posibilidad de

presentar restos placentarios en pacientes menores 18 años y menores de 35 años; conclusiones; la buena o mala calidad de control prenatal no se atribuyó a que aumentara la presencia de factores de riesgo para hemorragia obstétrica; el grupo etario de las pacientes y su número de gestaciones no se relacionó con la presencia de hemorragia obstétrica.

### **2.1.2. Nivel nacional**

Ramírez et al (17), estudiaron la prevalencia y perfil epidemiológico de puérperas con hemorragia postparto; con el objetivo de establecer la prevalencia y el perfil epidemiológico de las puérperas con hemorragia post parto inmediata atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho durante dieciséis años (2000-2015), haciendo uso del diseño observacional analítico caso- control en la población de puérperas con hemorragia postparto, constituida por 932 casos y 2,779 controles de un total de 42,594 partos atendidos en dicho período; Resultados: Se halló una prevalencia de hemorragia postparto de 2,19%; La causa principal fue la atonía uterina, tanto en los partos vaginales como en las cesáreas; Existe asociación entre la hemorragia posparto con la anormalidad de la dinámica del trabajo de parto, parto prolongada, macrosomía fetal, preeclampsia severa y desprendimiento prematuro de placenta; El análisis de regresión logística confirmó la asociación encontrada en el análisis bidimensional para la preeclampsia severa ( $p=0,000 <0,05$ , OR=1,82, IC95%: 1,33, 2,48, desprendimiento prematuro de placenta ( $p=0,00 <0,05$ , OR=2,75, IC95%:1,71-4,41, parto prolongado ( $p=0,00 <0,05$ , OR=2,93, IC95%:1,87-4,57, macrosomía fetal ( $p=0,00 <0,05$ , OR=1,96, IC95%:1,37-2,81, considerándolas como factores asociados a la hemorragia postparto; Conclusión: Los resultados obtenidos procedentes de una evaluación de dieciséis años, constituye información relevante para adoptar estrategias como la elaboración de protocolos más detallados de las patologías asociadas a las hemorragias

postparto, como la preeclampsia severa, desprendimiento prematuro de placenta, parto prolongado y la macrosomía fetal.

López (18), investigo hemorragia posparto inmediato, con el objetivo de determinar las características de la hemorragia uterina posparto inmediato en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen 2018, Metodología, Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, Población y muestra censal, Técnica Análisis documental, instrumento ficha de recolección de datos, Resultado: la edad promedio de puérperas con hemorragia posparto fue de 29,60 años, la edad mínima 17 y máxima 39 años; la mitad tuvieron más de 30 años; el 16,73% fueron primíparas, el 33,3% multíparas y el 50,0% gran multíparas; el 66,7% fueron Ama de casa, el 20,8% comerciantes y el 12,5% empleados públicos; el 8,3% tuvieron el nivel primario, 66,7% secundaria y el 25,0% superior /técnico; el 83,3% no tuvieron antecedente de HPP y el 16,7% si; el 58,3% tuvieron menor a 6 APN y el 41,7% tuvieron APN completos; el 33,3% no tuvieron anemia y el 58,4% tuvieron anemia leve y el 8,3% anemia moderada, El 100% puérperas tuvieron atonía uterina en el postparto inmediato; el 41,7% tuvieron como causa de atonía uterina el parto prolongado, 25,0% la multiparidad, el 20,8% la amnionitis y el 12,5% el parto precipitado, el 25,0% si tuvieron retención de placenta y anexos uvulares y el 75,0% no; el 75,0% no tuvieron desgarro de cuello uterino en la atención de parto y el 25,0% si tuvieron; conclusión: La edad, la paridad, bajo nivel de instrucción, sin antecedentes de HPP, sin APN completa y anémicas fueron características de la población en estudio, todas hicieron HPP por atonía, de ellos, fueron por parto prolongado, multiparidad y parto precipitado; así mismo entre las causas traumáticas están el desgarro de cérvix, y vulvoperineal; situación que amerita fortalecer las actividades de Atención Prenatal.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Embarazo**

El embarazo es el proceso fisiológico que ocurre desde el momento en que se implanta un óvulo fertilizado en el útero hasta el parto; desde el momento en que se fecunda el óvulo, el cuerpo de la mujer sufre cambios fisiológicos y metabólicos, diseñados para proteger, nutrir y proporcionar todo lo necesario para el desarrollo normal del feto; el embarazo tiene una duración de 280 días, contados a partir del primero después de la última menstruación 40 semanas, o 266 días si se considera como punto de partida la fecha de ovulación (19).

### **2.2.2. Parto**

El trabajo de parto es una secuencia de contracciones uterinas que da por resultado el borramiento y dilatación del cuello uterino y los esfuerzos voluntarios de pujo que conducen a la expulsión de los productos de la concepción a través de la vagina; el parto es el modo de expulsión del feto y de la placenta; el trabajo de parto y el parto constituyen un proceso fisiológico normal que la mayoría de las mujeres experimenta sin complicación (20).

La función del obstetra y del equipo asistente es anticipar y manejar las complicaciones que pudieran surgir y dañar a la madre o al feto; al tomarse la decisión de intervenir, debe considerarse detalladamente, ya que conlleva tanto beneficios como riesgos (20).

### **2.2.3. Epidemiología de la Hemorragia postparto**

Las hemorragias postparto constituyen aún una importante causa de Mortalidad Materna; Según la OMS, el 2005 las hemorragias graves ocuparon el primer lugar dentro de las causas de muerte materna a nivel mundial, dando cuenta de un 25% de las muertes maternas totales (21), independiente del nivel de desarrollo y/o ingreso per cápita de cada país; si bien el 99% de estas muertes ocurrieron en

países en vías de desarrollo, es importante destacar la importancia de esta complicación, tanto por su magnitud como por la existencia actualmente de herramientas disponibles para evitar o disminuir al mínimo su ocurrencia (22).

Por otra parte, según la FIGO la tasa de mortalidad materna por hemorragias postparto, que varía de 30% a tasas superiores al 50% en diferentes países o comunidades, da también cuenta de esta realidad; la meta planteada al 2015 es reducir en 75% la mortalidad materna por hemorragia postparto con medidas de prevención y tratamiento adecuadas (22).

En Chile, entre 2000 y 2009 la hemorragia en el postparto ocupó el quinto lugar como causa de muerte materna, con una razón de 0,8 por cada 100000 nacidos vivos, de una razón total de 17,8 por cada 100000 nacidos vivos en ese período; cifras que se asemejan bastante a aquellas observadas en países desarrollados (22).

En el Perú las hemorragias del tercer periodo del parto y del postparto inmediato son la segunda causa de muerte durante el puerperio (21%); al considerar el embarazo, parto y puerperio, la hemorragia obstétrica permanece como la segunda causa de mortalidad materna (24%) según el Ministerio de Salud (2018).

#### **2.2.4. Hemorragia postparto**

La Hemorragia Postparto (HPP) se define clásicamente como una pérdida de sangre mayor a 500 ml en un parto por vía vaginal y mayor a 1000 ml en partos por cesárea; dado que es difícil la medición exacta del volumen de sangre perdido en dichos procedimientos y a que en general se tiende a subestimar, se define de mejor manera como aquella hemorragia de una cuantía tal, que produce compromiso hemodinámico de la paciente (23).

Se clasifica en:

1. Primaria: Es aquella que ocurre dentro de las primeras 24 horas

Postparto; aproximadamente el 70% de las HPP inmediatas postparto obedecen a Inercia Uterina (23).

2. Secundaria: Es aquella que ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas postparto; las que ocurren posterior a las 6 semanas se relacionan con restos de productos de la concepción, infecciones o ambos (23).

### **2.2.5. Fisiopatología**

Tras el alumbramiento, el sangrado uterino se controla mediante dos mecanismos hemostáticos principales.

El primero es la contracción miometrial con compresión de los vasos espirales, culminando en hemostasia mecánica y El segundo, mediante factores hemostáticos liberados en la decidua, tales como el factor tisular, el inhibidor del activador del plasminógeno-1 y factores de la coagulación sistémica (24).

El proceso fisiopatológico más comúnmente asociado a HPP primaria se da por perturbación de uno o ambos mecanismos; no obstante, el resto de los casos se asocian a pérdida de vasculatura intacta, como en el trauma intraparto (24).

Debido al aumento fisiológico del volumen sanguíneo en el embarazo, a finales del tercer trimestre el flujo de la arteria uterina aumenta a 500 a 700 mL/min, correspondiendo al 15% del gasto cardíaco; es por ello que, en ausencia de un proceso hemostático adecuado, la hemorragia no controlada se torna en un evento potencialmente letal; además, dado el aumento en el volumen sanguíneo circulante, los signos y síntomas tempranos de hipovolemia pueden no presentarse hasta que la hemorragia sea sustancial, generalmente tras superar el 25% del volumen sanguíneo ( $\geq 1500$  mL en el embarazo) (24).

### **2.2.6. Diagnóstico de la hemorragia postparto**

Los valores de hemoglobina y hematocrito son indicadores pobres de pérdida hemática aguda y pueden no mostrar alteraciones inicialmente; sin embargo, niveles disminuidos de fibrinógeno (< 200 mg/dL) se consideran predictivos de HPP severa; por lo tanto, la medición del volumen hemorrágico será vital para su evolución y manejo, y a pesar de que la estimación visual se sigue usando, numerosas autoridades sugieren el uso de bolsas colectoras para mayor precisión; tras un examen pélvico completo e identificación del origen anatómico del sangrado se debe definir la causa para precisar el manejo; se considera prudente seguir la nemotecnia de las “4Ts”, que detalla las causas más probables en orden descendente (24).

#### **2.2.6.1. Tono uterino anormal**

La atonía uterina es responsable de 70% de las HPP y de 4% de todas las muertes maternas; tras el diagnóstico, la identificación de un útero suave, poco contraído o flácido, posterior al manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto sugiere atonía uterina; la pérdida del tono muscular conlleva a ausencia de contracciones uterinas indispensables para su involución (24).

#### **2.2.6.2. Trauma obstétrico**

Incluye laceraciones, hematomas e inversión o ruptura uterina; es responsable de 20% de todos los casos de HPP; según estudios su predisposición es multifactorial, pero la debilidad de los músculos del piso pélvico predispone a su sintomatología múltiple; las laceraciones cervicales o vaginales pueden presentarse tanto como un proceso natural o asociadas a intervenciones médicas; se contraindica el uso rutinario de episiotomía puesto que

aumenta el riesgo de pérdida hemática y desgarros del esfínter anal (24).

#### **2.2.6.3. Tejido retenido**

La retención de tejido placentario o placentación anormal representa 9% de las HPP; su diagnóstico se realiza tras examinación manual de la cavidad uterina, o bien, mediante técnicas ultrasonográficas en ausencia de expulsión placentaria espontánea 30 minutos después del parto fetal; la hemorragia generalmente sucede tras el alumbramiento, por lo que la extracción manual de la placenta debe hacerse con cuidado (24).

#### **2.2.6.4. Trombina – Trastornos de la coagulación sanguínea**

La palabra trombina sirve como recordatorio para evaluar la existencia de coagulopatía, ya sea adquirida o heredada; es responsable de 1% de los casos de HPP; se presenta tras la reducción severa de factores de coagulación posterior a la pérdida sanguínea o por hemodilución de los factores restantes (24).

#### **2.2.6.5. Diagnóstico**

El diagnóstico de la HPP es clínico: se observa un sangrado mayor de lo esperado; la causa más frecuente es la atonía uterina, que es la incapacidad del útero para contraerse de manera apropiada después del parto; salvo quizá cuando no se reconozca la acumulación de sangre intrauterina e intravaginal, o en algunos casos de ruptura uterina con hemorragia intraperitoneal, el diagnóstico de hemorragia posparto debe ser obvio (25).

La hemorragia por atonía uterina y la debida a desgarros genitales se diferencian de manera tentativa con base en factores de riesgo predisponentes y el estado del útero; si

la hemorragia persiste, aunque el útero esté firme y bien contraído, lo más probable es que se deba a desgarros; la sangre de color rojo brillante sugiere sangrado arterial procedente de los desgarros; para confirmar que los desgarros sean una causa de hemorragia es esencial la revisión cuidadosa del canal del parto y en caso de cesárea, de la histerotomía; cabe mencionar que existe una tendencia a subestimar el sangrado en las pacientes obstétricas; los signos y los síntomas y su relación con el grado de la pérdida sanguínea y el choque hipovolémico deben estar listados y expuestos en el sitio de atención de partos, a fin de orientar las estrategias de manejo; se deben tener en cuenta los factores de riesgo de cada paciente para hacer un diagnóstico temprano e iniciar un tratamiento inmediato y así evitar el choque hipovolémico (25).

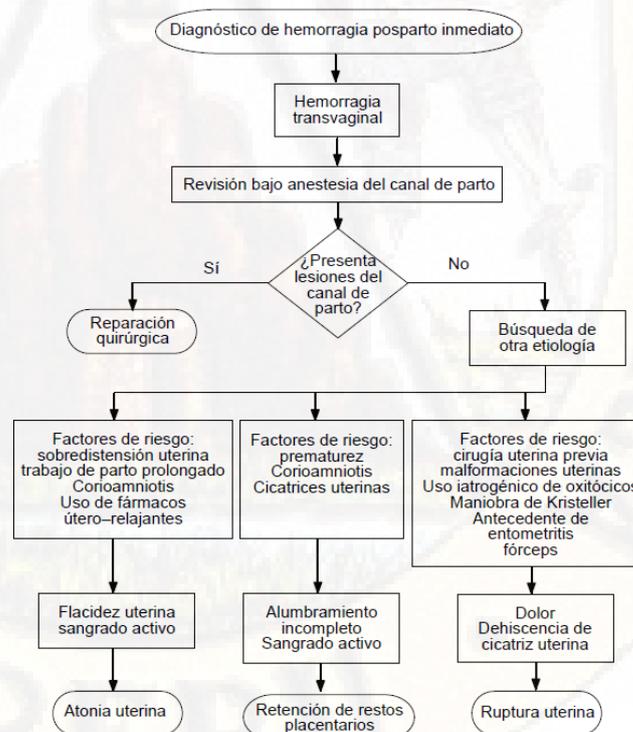


Figura 1. Algoritmo del diagnóstico de hemorragia posparto inmediato.

### 2.2.7. Tratamiento de la hemorragia postparto

La mayoría de los autores coinciden con las revisiones de la literatura que han demostrado que la única maniobra efectiva para el tratamiento de la hpp está relacionada con la prevención, con el manejo activo del tercer periodo del parto; el tratamiento debe ser médico, mecánico y quirúrgico; al mismo tiempo que se estén pasando los medicamentos uterotónicos se inicia masaje o compresión uterina, y de no obtenerse una buena respuesta se procede a realizar la cirugía necesaria y efectiva (25).

Evaluación inicial en HPP según estimación de las pérdidas: diagnóstico y clasificación del grado de choque hipovolémico.

Hemorragia clase	Sangrado estimado (mL)	% volumen perdido	Signos y síntomas clínicos
0 (normal)	< 500	< 10	Ninguno
<b>Línea de alerta</b>			
1	500 a 1 000	15	No hay
<b>Línea de acción</b>			
2 Choque leve	1 001 a 1 500	16 a 25	Taquicardia, taquipnea, hipotensión postural, presión de pulso estrecha, palidez, frialdad
3 Choque moderado	1 501 a 2 000	26 a 35	Hipotensión, taquicardia y taquipnea de mayor intensidad, frío + sudoración
4 Choque severo	> 2 000	> 35	Letárgica o inconsciente, palidez, frialdad, sudoración, hipotensión severa, oliguria o anuria, llenado capilar > 3 seg, choque profundo

#### 2.2.7.1. Evaluación inicial en HPP según la estimación de las pérdidas

Tener dos vías parenterales permeables, de preferencia calibre 14 o 16; administración inmediata de oxióticos, reposición de volumen con cristaloides, coloides y derivados hemáticos; los agentes uterotónicos deben ser la primera línea de tratamiento para HPP por atonía uterina (25):

**Oxitocina:** 20 unidades en 500 mL de solución glucosada; en otra vía permeable se puede usar solución fisiológica o Ringer lactato, para reponer volumen en infusión continua (25).

**Ergometrina:** 0,2 o 0,5 mg intramuscular, dosis única; revalorar nuevamente a los 10 min tomando en cuenta las contraindicaciones (25).

**Carbetocina:** 100 mg IV en bolo DU en pacientes que tienen contraindicación para ergometrina, o con pobre respuesta a la oxitocina, o ergometrina previa; liberación de sus receptores aplicando 200 mL de solución fisiológica en infusión continua y esperando de 5 a 6 min para administrar la carbetocina (25).

**Misoprostol:** es una alternativa en pacientes con atonía uterina, que es refractaria al tratamiento médico convencional; se debe iniciar con dosis de 400 a 600 µg vía rectal, o sublingual o en los carrillos. La dosis máxima es de 1000 µg (25).

Cuando los uterotónicos fallan se debe realizar laparotomía exploratoria; cuando no se logra revertir la atonía uterina se puede hacer uso de la compresión intrauterina (balones, sondas, guantes, compresas) de acuerdo con la disponibilidad del recurso (25).

En algunos casos se debe realizar histerectomía para salvar la vida de la paciente; la pérdida masiva de sangre disminuye la perfusión y la oxigenación de los tejidos, lo cual causa falla orgánica múltiple y muerte; no se han encontrado diferencias con el uso de coloides (albúmina a 4%) vs cristaloides (solución salina, fisiológica) como primer paso para el reemplazo de volumen; los estudios

concluyen que son clínicamente equivalentes; la cantidad recomendada de cristaloides guardará una proporción de 3:1 en relación con las pérdidas medidas o estimadas (25).

La hipotermia aumenta el riesgo de falla orgánica múltiple y de coagulopatía, ya que disminuye la función de los factores de coagulación; no se debe permitir que la cuenta de plaquetas disminuya por debajo del nivel crítico de  $50 \times 10^9/L$ ; la dosis recomendada de plaquetas es una unidad por cada 10 kg de peso corporal (25).

La prolongación del tiempo de tromboplastina parcial activada y de protrombina a 1,5 veces el valor del promedio normal se asocia con un mayor riesgo de coagulopatía clínica; se recomienda la transfusión de paquete globular cuando se haya perdido un volumen sanguíneo de 30 a 40%, y en forma urgente si éste es de más de 40%, o cuando las concentraciones de hemoglobina sean superiores a 6 g/dL o menores a 10 g/dL y exista pérdida rápida de sangre (25).

Hay que monitorear frecuentemente las pruebas de coagulación y considerar la transfusión de plasma fresco congelado después de que se haya perdido un volumen sanguíneo; la cantidad debe ser suficiente para mantener los niveles de coagulación por arriba del valor crítico (25).

La cantidad de plasma fresco congelado deberá oscilar entre 10 y 15 mL/kg de peso corporal; si los valores de fibrinógeno permanecen críticamente bajos (100 mg/dL o 1 g/dL) se debe considerar el tratamiento con crioprecipitados: utilizar dos unidades (proveen de 3,2 a 4

g de fibrinógeno, además de que también contienen factores VIII, XII y de von Willebrand); el uso de factor VII recombinante ha mostrado ser inefectivo como tratamiento en pacientes con hemorragia masiva, además de que es costoso (25).

### Agentes uterotónicos

Medicamento	Dosis	Intervalo	Efectos secundarios	Contraindicaciones
Oxitocina	10 a 40 U	Infusión continua	Ninguno Náusea Vómito Intoxicación hídrica	Ninguna
Ergonovina	0.2 o 0.5 mg intramuscular	Cada 2 a 4 h	Náusea Vómito Hipertensión Hipotensión	Hipertensión Preeclampsia
Gluconato de calcio	100 mg intravenosos	Dosis única	Ninguno Extrasístoles ventriculares	¿?
Misoprostol	800 a 1 000 µg	Dosis única	Fiebre	Ninguna
Carbetocina	100 µg intravenosa en bolo	Dosis única	Náusea Vómito	Insuficiencia hepática o renal o ambas

#### 2.2.7.2. Tratamiento quirúrgico

En atonía uterina se recomienda cirugía conservadora, que incluye:

- Desarterialización escalonada del útero.
- Ligadura de arterias hipogástricas.
- Técnica de B–Lynch.

La cirugía radical deberá realizarse cuando la hemorragia no responda a tratamiento conservador o el cirujano no domine las técnicas quirúrgicas conservadoras (25).

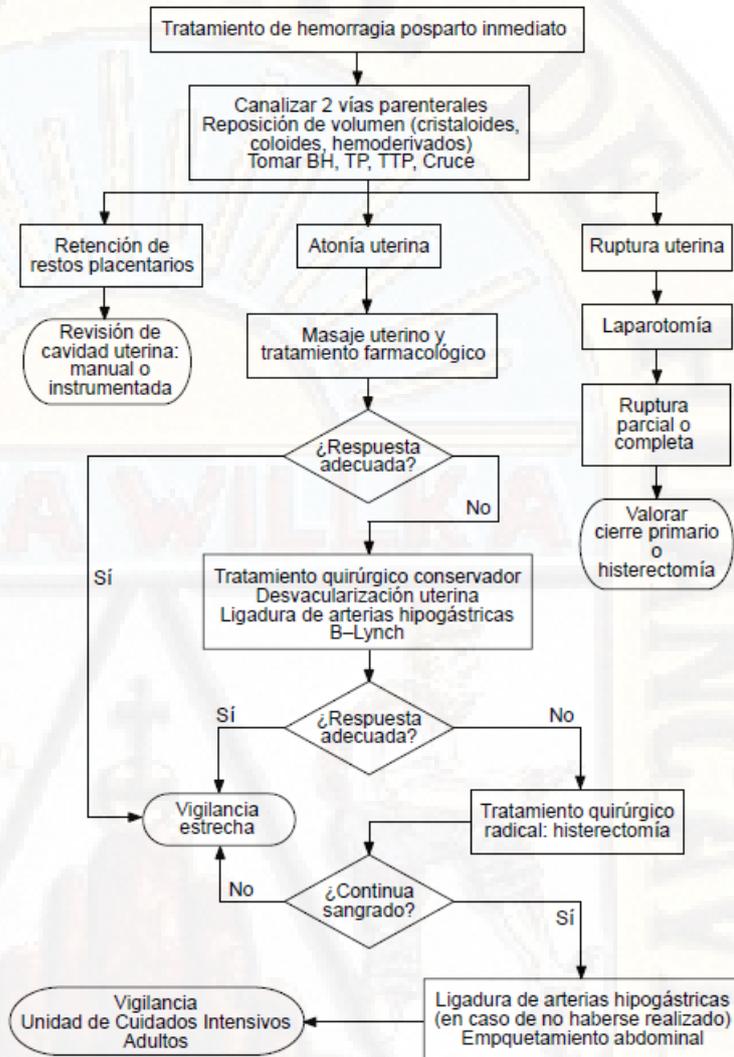
La realización de histerectomía total o subtotal depende del estado hemodinámico de la paciente y de la habilidad del cirujano; sin embargo, independientemente de la edad de la paciente, el número de gesta o el deseo de tener más

hijos, el criterio quirúrgico deberá basarse en salvar la vida de la madre; se recomienda realizar histerectomía total abdominal en caso de placenta previa central total o acretismo placentario, sangrado de la región ístmica cervical y en ruptura uterina que no responda al manejo quirúrgico conservador; la histerectomía subtotal no se recomienda (25).

En pacientes con hemorragia obstétrica persistente, a pesar de manejo quirúrgico radical (histerectomía total abdominal), se debe realizar ligadura de arterias hipogástricas si no se ha efectuado previamente; si no hay respuesta, se recomienda el empaquetamiento pélvico tipo Mikulicz, solo o con presión; el tipo de anestesia deberá ser valorado por el anesestesiólogo, quien considerará el estado hemodinámico de la paciente (25).

En toda paciente que haya presentado hemorragia obstétrica se debe vigilar signos vitales, cantidad de pérdida sanguínea, volumen urinario y tono uterino; después del tratamiento quirúrgico, las pacientes con hemorragia obstétrica clase III deben continuar en control y manejo en la unidad de cuidados intensivos; en pacientes con hemorragia obstétrica que se haya resuelto con la aplicación del empaquetamiento tipo Mikulicz y que se encuentren en la unidad de cuidados intensivos, y siempre y cuando su estado lo permita, se recomienda retirar el empaquetamiento abdominal entre 48 y 72 h después de su aplicación (25).

### Algoritmo del tratamiento de hemorragia posparto inmediato



#### 2.2.7.3. Atención del Alumbramiento

Durante este período se debe tener una conducta expectante, asegurando no realizar maniobras intempestivas que aumentarán las posibilidades de complicaciones como son la hemorragia e infecciones en el puerperio (26).

Existen 4 tipos de alumbramientos:

- a) Espontáneo: sin intervención médica.

- b) Dirigido: Se estimula la dinámica uterina con oxitocina.
- c) Corregido: Se realiza maniobras (masaje suprapúbico para acelerar el desprendimiento, descenso o expulsión).
- d) Manual: Consiste en la extracción digital de la placenta. Esta última requiere de anestesia general para relajar el útero adecuadamente; con una mano se fija el fondo uterino vía abdominal; la otra mano se introduce hasta la cavidad uterina, localizándose la inserción placentaria; utilizando los dedos se desprende la placenta y luego se tracciona vía vaginal (26).

Posteriormente se realiza revisión de la cavidad, para luego administrar oxitocina y antibióticos profilácticos; su indicación sería si han pasado más de 30 min desde la expulsión del feto o en hemorragia severa; siempre se debe mantener una vigilancia estricta de los signos vitales por lo menos 2 horas post parto, por personal idóneo, comprobar el globo de seguridad de Pinard verificando posible hemorragia (26).

Siempre comprobar la integridad de la placenta y membranas, revisión de la cavidad uterina y canal del parto suturando focos de desgarro con puntos separados; luego se procede a la episiorrafia y aseo genital y posterior traslado a recuperación (26).

#### **2.2.7.4. Alumbramiento patológico**

El alumbramiento patológico es el trastorno que se da durante el mecanismo de expulsión de la placenta y de sus

anexos, produciéndose distocias y accidentes que pueden comprometer la vida de la madre y que condicionan situaciones de emergencia que demandan el conocimiento de la alteración y el tratamiento inmediato, destacando la retención de la placenta y membranas ovulares, las hemorragias del alumbramiento y la inversión aguda del útero (27).

En este periodo placentario patológico destacan la retención de la placenta y las membranas ovulares, las hemorragias del alumbramiento y la inversión aguda del útero (27).

#### **2.2.7.5. Retención de la placenta y membranas ovulares**

Pudiendo presentarse distintas características clínicas y fisiopatológicas que se resumen en:

##### **a) Retención Total**

###### **a.1. Distocias dinámicas**

Inercia

Anillos de contracción

###### **a.2. Distocias anatómicas**

Adherencia anormal de la placenta

##### **b) Retención Parcial**

###### **b.1. De restos placentarios**

###### **b.2. De membranas**

##### **a) Retención total de la placenta y membranas**

###### **a.1. Distocias de la Dinámica.**

Se debe a la insuficiencia de la contractilidad uterina (inercia) o a las contracciones perturbadas por los anillos de contracción (28).

**Inercia.** La inercia durante el parto se debe al cansancio del útero durante un tiempo prolongado para expulsar el feto, debido a una hemorragia interna que debilita las paredes del útero en algunas ocasiones se debe a la rotura prematura de membranas por ello la actividad contráctil es insuficiente para desprender o expulsar la placenta, debido al agotamiento muscular después de los partos prolongados o difíciles (26, 28, 29).

**Anillos de contracción.** Se debe a la contractura de una zona circular del útero. Pueden aparecer sin una causa evidente que los justifique, puede comprometer un cuerno el anillo de Bandl o el segmento inferior a pesar que no se conoce la causa la gran mayoría obedece a una inadecuada aceleración del desprendimiento placentario, tanto por masaje intempestivo del útero como la incorrecta administración de drogas oxitócicas; entonces la placenta se verá retenida por encima del anillo y parcialmente desprendida, impide que el útero se retraiga y comprima los vasos abiertos causando hemorragia (26, 28, 29).

#### **a.2. Distocias Anatómicas.**

Consideran la adherencia anormal de la placenta como el hecho de implantación sobre una decidua basal defectuosa o ausente por lo que la vellosidad corial crece poniéndose en contacto directo con la pared muscular uterina (26, 28).

Así se establecen fuertes puentes conjuntivos y no existe el plano de clivaje formado por la decidua que

es necesario para que la separación se produzca normalmente (26, 28).

El grado de penetración de la vellosidad condiciona tres variedades de adherencia:

**Placenta acreta:** Es la forma más común de la placenta adherente anormal y se encuentra en aproximadamente 80% de los casos, la vellosidad está firmemente adherida al miometrio sin penetrar a él (28).

**Placenta increta:** corresponde al 15% la vellosidad se introduce en el miometrio, pero no lo atraviesa (28).

**Placenta percreta:** se presenta en el 5 % de los casos Cuando la vellosidad atraviesa el miometrio y alcanza la serosa peritoneal en ocasiones puede penetrar a órganos vecinos como vejiga y recto (28).

#### **b) Retención parcial de restos placentarios y membranas**

Es la falta de separación total de la placenta y frecuentemente se asocia a la atonía uterina, ya que impide la correcta contracción del útero; clínicamente se observa sub involución uterina, la placenta se encuentra incompleta (ausencia de cotiledones o parte de membranas ovulares) (26, 28).

#### **Factores de riesgo**

- Cicatriz uterina previa
- Legrado uterino múltiples
- Adherencia anormal de la placenta
- Lóbulo placentario aberrante
- Antecedente de aborto.

### **b.1. Retención de Restos placentario.**

Su incidencia se da 1% a 2% de los casos (28).

Es la retención de fragmentos de cotiledones o parte de la placenta, por lo que producen graves hemorragias en la zona donde se desgarran los vasos, debido a que estos permanecen abiertos (27).

La retención de uno o más cotiledones (lóbulos placentarios) quedan retenidos, lo cual impiden que el útero se contraiga eficazmente; en la mayoría de los casos obedece a la realización de maniobras intempestivas durante el alumbramiento (expresiones apresuradas o tironamientos desde el cordón (26, 28).

También ocurre como resultados de alumbramientos manuales incompletamente realizados y ante la existencia de cotiledones aberrantes (placenta succenturiada) o adherencias anormales (28).

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; la hemorragia externa es inconstante y puede no guarda relación de intensidad directa con el tamaño del cotiledón retenido (28).

#### **Evolución clínica de la retención de cotiledones:**

- La retención de fragmentos de cotiledones o de pared de la placenta, producen graves hemorragias en las zonas donde se desgarran los vasos, debido a que estos permanecen abiertos sangrando continuamente (27).
- Se desprende y son expulsados de manera espontánea; con frecuencia origina hemorragias, a

veces muy graves posteriormente durante el puerperio (28).

- En ocasiones sufren un proceso de desintegración a lo que se agrega infecciones por gérmenes ascendidos desde el canal (28).
- Otras veces se organizan en el útero y se transforman en pólipos que pueden o no expulsarse más tarde (pólipos placentarios) (28).

**Tratamiento:**

Consiste en la extracción del cotiledón retenido por legrado instrumental, de preferencia con la cureta de bordes romos; el uso de oxitócicos del útero(ergotina) (28, 29).

**b.2. Retención de Membranas Ovulares**

Los productos de la concepción retenidos provocan del 3% al 4% de las hemorragias postparto (30).

Refieren que es frecuente aun en los partos espontáneos; puede retenerse la totalidad de las membranas o solo parte de ellas (amnios y corion separadamente) ello ocurre por maniobras apresuradas para el alumbramiento y por la friabilidad o un grado de adherencia acentuado de las membranas. Es frecuente en la placenta marginada (26, 28, 29).

En este caso las membranas retenidas generalmente son expulsadas en forma espontánea en los días originando solo pequeñas pérdidas sanguíneas (27).

**Evolución clínica:**

Se eliminan en los días siguientes al puerperio junto con los loquios, generalmente desintegradas, a la par se observan entuertos acentuados o fetidez loquial (28).

La retención facilita el ascenso de gérmenes y predispone a la infección del endometrio

**Tratamiento:**

Administración de oxitócicos(ergotina)

Antibióticos (28).

**Diagnóstico de la retención de restos placentarios**

Se realiza a través de la revisión sistemática de la placenta tras el alumbramiento para comprobar la total integridad de éstas y sus membranas, observando ausencia de uno o más cotiledones (28).

La hemorragia externa es inconstante y puede no guardar relación de intensidad directa con el tamaño del cotiledón retenido. el tacto intrauterino, que se llevara a cabo solo en caso de necesidad, confirma el diagnostico (26, 28).

La evolución clínica de la retención de cotiledones puede seguir varios sentidos: se desprenden y son expulsados de manera espontánea; con frecuencia origina hemorragias, a veces muy graves, posteriormente, durante el puerperio; en ocasiones sufren un proceso de desintegración a lo que se agregan infecciones por gérmenes ascendidos desde el canal, y otras veces se organizan en el útero y se transforman en pólipos que pueden o no expulsarse más tarde (pólipos placentarios) (26, 28).

La ecografía es de ayuda diagnostica, en caso de duda, podemos recurrir a la ecografía abdominal simple o con doppler color en donde fácilmente comprobaremos si el útero está vacío, o bien si permanece tejido placentario o membranas y determinar el legrado uterino (28, 29).

## **Complicaciones de la retención de restos placentarios**

### **a) Hemorragia por retención de restos placentarios.**

La contracción y las retracciones uterinas empiezan luego de la expulsión de la placenta y su correcta expulsión permite una contracción y oclusión de los vasos sanguíneos respectivos (28).

Las lesiones del endometrio ocasionado por abortos anteriores, legrados focos de endometritis, etc, originan la implantación irregular de la placenta y facilitan la retención de membranas y de partos de cotiledones en proporciones variables; en el caso de las membranas retenidas generalmente son expulsadas en forma espontánea, originando solo pequeñas pérdidas sanguíneas (28, 29).

En el caso de la retención de fragmentos de cotiledones o de parte de la placenta, se producen graves hemorragias en las zonas donde se desgarran los vasos, debido a que estos permanecen abiertos sangrando en forma continua (28).

En algunos casos los restos placentarios retenidos se necrosan persistiendo los loquios sanguíneos, lo que además predispone a la infección como agravando el cuadro (28).

Normalmente, después de la expulsión de la placenta esta debe ser examinada; más aún, si luego de su expulsión existe sangrado, la placenta debería obligatoriamente ser inspeccionada, para evidenciar la integridad de los vasos sanguíneos y la integridad de las membranas (28).

**Tratamiento;** consiste en la extracción delicada con pinzas de anillo y el legrado digital con todas las medidas de asepsia; pueden usarse una cureta grande

y fenestrada para hacer el barrido de la cavidad uterina, pero jamás se usarán las llamadas curetas de cotiledones cuyos bordes afilados y el raspado que se hacen con ella significan graves lesiones en las paredes uterinas, determinantes en el futuro de bridas y adherencias entre las paredes uterinas, y sus secuelas posteriores (28).

**b) Hemorragia puerperal Tardía.**

Se considera como hemorragia puerperal tardía, la que se presenta después de las 24 horas; las características en cuanto a cantidad pueden ser variables (26, 28, 29).

Se presenta una hemorragia uterina, preocupante desde el punto de vista clínico, en una a dos semanas en casi 1% de las mujeres; muchas veces la hemorragia se debe a una involución anormal del sitio placentario; en ocasiones es efecto de la retención de un fragmento placentario; por lo general, éste presenta necrosis y depósito de fibrina y al final puede formar el llamado pólipo placentario; a medida que se desprende la escara de pólipo del miometrio la hemorragia puede ser súbita (26, 28, 29).

**Tratamiento;** en algunas pacientes con hemorragia tardía el legrado empeora la pérdida sanguínea por su efecto traumático sobre el sitio de inserción placentaria; por lo que se debe considerar como tratamiento inicial la administración de: oxitócina, ergonovina, metil ergonovina o un análogo de prostaglandinas; cuando se observa coágulos grandes por ecografías, se considera un legrado suave por aspiración; de otra manera, se practica el legrado

uterino solo cuando persiste una hemorragia considerable o recurrente después del tratamiento médico (26, 28, 29).

**c) Endometritis.**

Invasión de gérmenes patógenos a la cavidad uterina luego del parto, comprendiendo la decidua, con la decidua, con la posibilidad de invadir la capa muscular; la infección puede favorecer si existe retención de restos placentarios; se caracteriza por presentar fiebre mayor de 38°C, pasados las 48 horas del parto, en dos controles cada 6 horas (30).

El diagnóstico es fundamentalmente clínico; la paciente presenta fiebre asociado a loquios turbios, hemopurulentos o purulentos, con o sin mal olor, discreto dolor abdominal bajo, útero sub involucionado y sensible a la palpación; esto ocurre generalmente 24 y 72 horas después del parto (28, 30).

En la mayor parte de los casos ligeros de endometritis puerperal, los gérmenes se localizan en los restos de los tejidos muertos, sobre todo en los restos de decidua o membranas que todavía existen en otros casos menos frecuentes, se trata de gérmenes virulentos que penetran activamente en el tejido vivo, es decir en la mucosa de la herida (28).

La ecografía ginecológica puede ser de gran utilidad para su diagnóstico; Si el origen de la infección está en la retención de restos placentarios, se procederá a su evacuación mediante legrado uterino (28).

### **Manejo de la retención de restos placentario**

Como tratamiento para la retención escasa de restos placentario se recurre a la administración de oxitócicos (ergotina), antibióticos y colocación de bolsa de hielo; retención de restos placentarios, consiste en la extracción del cotiledón retenido por legrado instrumental, de preferencia con la cureta de bordes romos de Pinard, el uso de retractores del útero (ergotina) colabora eficazmente en la terapéutica ulterior (28, 30).

### **Legrado uterino**

El objetivo del legrado uterino consiste en extraer restos de la placenta y/o membranas que hayan quedado retenido dentro del útero tras el parto; el legrado, curetaje o raspado uterino, en obstetricia; se puede realizar desde el momento del parto hasta que se da por terminada la involución uterina (30-40 días postparto) (28).

### **Indicaciones:**

- Si después del parto tenemos dudas sobre la integridad de la placenta y las membranas ovulares la primera maniobra que tenemos que realizar es el examen manual de la cavidad y si hay dudas realizar el legrado; si el parto es menor de 26 semanas se puede recurrir al legrado sin realizar revisión manual (28).
- Delante de una hemorragia puerperal con imágenes ecográficas sugestivas de material endocavitario (28).

### **2.2.8. Factores de riesgo**

Los factores de riesgo con frecuencia son interdependientes, sin embargo, a pesar de que existen herramientas para su identificación su significancia clínica es baja (24).

Se refuerza la necesidad de seguimiento clínico para su prevención, puesto que 20% de los casos de HPP pueden ocurrir en pacientes sin factores de riesgo conocidos (24). los factores de riesgo más frecuentes Son:

**Atonía uterina;** comúnmente por labor de parto prolongada, uso excesivo de oxitocina para inducción de la labor de parto, multiparidad, corioamnionitis, anestesia general.

**Sobre distensión uterina;** por gestación múltiple, polihidramnios, macrosomía u otro.

**Fibroide uterino.**

**Inversión uterina;** por tracción excesiva del cordón umbilical, cordón corto, implantación fúndica de la placenta.

**Episiotomía, laceración cervical, vaginal o perineal.**

**Ruptura uterina.**

**Retención placentaria**

**Placentación anormal.**

**Trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP).**

**Deficiencia heredada de factores de coagulación (Von Willebrand, hemofilia).**

**Infección severa.**

**Embolismo de líquido amniótico.**

**Uso indiscriminado de cristaloides.**

**Anticoagulación terapéutica.**

Otros factores de riesgo conocidos son obesidad materna, paridad alta, raza asiática o hispana, técnicas de reproducción asistida, anemia, agentes farmacológicos (p. ej. relajantes uterinos, anticoagulantes, antidepresivos) o control prenatal inadecuado (24). Así mismo, el antecedente materno de HPP se considera el factor de riesgo independiente más importante, aumentando 9 a 18 veces el riesgo de padecer otro evento, según la causa subyacente; estudios sugieren que la recurrencia se debe tanto a factores ambientales como genéticos; es decir, 18% de los casos de HPP son predispuestos de acuerdo con alteraciones genéticas maternas, con posible perturbación en la hemostasia o señalización de oxitocina a nivel miometrial (24).

## **2.2.9. Factores causales relacionados con la HPP**

### **2.2.9.1. Atonía uterina**

El sangrado posparto se controla fisiológicamente a través de la constricción de las fibras entrelazadas de miometrio que rodean los vasos sanguíneos que irrigan el sitio de implantación placentaria; la atonía uterina se presenta cuando el miometrio no puede contraerse; la atonía es la causa más común de hemorragia posparto (50% de los casos); los factores predisponentes incluyen la manipulación excesiva del útero, la anestesia general (en particular con compuestos halogenados), sobre distensión uterina (por gemelos o polihidramnios), trabajo de parto prolongado, gran multiparidad, leiomiomas uterinos, parto instrumental y manipulación intrauterina, inducción o aceleración del trabajo de parto con oxitocina, hemorragia anterior en la tercera etapa, infección uterina, extravasación de sangre al interior del

miometrio (útero de Couvelaire) y disfunción miometrial intrínseca (23).

### **2.2.9.2. Laceraciones obstétricas**

El sangrado excesivo por episiotomía, laceraciones, o ambas, provoca 20% de las hemorragias posparto; las laceraciones pueden afectar al útero, cuello de la matriz, vagina o vulva; generalmente son el resultado de un parto precipitado o descontrolado o del parto instrumental de un lactante de gran tamaño; sin embargo, pueden suceder después de cualquier parto (23).

Las laceraciones de los vasos sanguíneos por debajo del epitelio vaginal o vulvar dan lugar a hematomas; el sangrado se encuentra oculto y puede ser peligroso ya que es posible que pase inadvertido durante varias horas y que sólo se torne evidente al momento en que se suscite el choque; las episiotomías pueden ocasionar sangrados excesivos si afectan arterias o grandes várices, si la episiotomía es extensa o si se presentó una demora entre la episiotomía o el parto y la reparación de la lesión; el sangrado persistente (especialmente si es rojo brillante) y un útero firme y bien contraído, sugieren sangrado de una laceración o de la episiotomía; cuando se identifica que la fuente de la hemorragia posparto son las laceraciones cervicales o vaginales, lo más recomendable es realizar su reparación bajo condiciones adecuadas de anestesia (23).

La rotura espontánea del útero es inusual; los factores de riesgo para esta complicación incluyen gran

multiparidad, presentación anormal, cirugía uterina anterior e inducción del trabajo de parto con oxitocina; la rotura de la cicatriz de una cesárea anterior después de un parto vaginal puede ser una causa cada vez más importante de hemorragia posparto (23).

### **2.2.9.3. Retención de tejido placentario**

La retención de tejido y membranas placentarias causa 5-10% de las hemorragias posparto; la retención de tejido placentario en la cavidad uterina sucede en casos de placenta adherente (accreta), un diagnóstico cada vez más frecuente en esta era de múltiples partos por cesárea; también puede darse la retención del tejido placentario en casos que se manejan por medio de la remoción manual de la placenta, por un manejo inadecuado de la tercera etapa del trabajo de parto y en casos no reconocidos de placenta accesorio; los datos ecográficos de una masa uterina ecogénica dan un poderoso sustento al diagnóstico de retención de productos placentarios; es probable que sea adecuado utilizar esta técnica en casos de hemorragia que suceden pocas horas después del parto o en casos de hemorragia posparto tardía; la ecografía doppler dúplex transvaginal también resulta de efectividad en la valoración de estas pacientes; cierta evidencia indica que una sonohisterografía puede ayudar en el diagnóstico de tejido trofoblástico residual; si la cavidad endometrial parece vacía, puede evitarse un legrado innecesario (23).

#### **2.2.9.4. Defectos de la coagulación**

Las coagulopatías en el embarazo pueden ser defectos adquiridos de la coagulación que se observan en asociación con diversos trastornos obstétricos, incluyendo desprendimiento de la placenta, exceso de tromboplastina por un óbito fetal retenido, embolia de líquido amniótico, preeclampsia grave, eclampsia y sepsis; estas coagulopatías pueden exhibirse como hipofibrinogenemia, trombocitopenia y coagulación intravascular diseminada; en sí misma, la transfusión de más de ocho unidades de sangre puede inducir una coagulopatía por dilución; la enfermedad de Von Willebrand, la trombocitopenia inmune y la leucemia son trastornos que pueden presentarse en mujeres embarazadas (23).

#### **2.2.10. Características personales**

##### **2.2.10.1. Edad materna**

Tiempo de años de existencia desde el nacimiento. El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal; el embarazo en menores de 20 años o embarazo adolescente, además del mayor riesgo biológico que implica, genera una situación de riesgo social la madre, el embarazo en mujeres de 35 años o más se asocia a un aumento del riesgo de presentar una serie de patologías propias de la gestación que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna (29-31).

Adolescentes, aquellas menores de 19 años, en la cual se adquiere la capacidad reproductiva, en el que transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y

predominan los cambios físicos, psicológicos y sociales (28, 29).

#### **2.2.10.2. Educación materna**

La educación materna ha mostrado una relación inversamente proporcional con la morbimortalidad materna perinatal; Según algunos investigadores esto se explicaría porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para el control del embarazo y parto, por lo cual esta variable está íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de las madres; Mosley menciona que en países subdesarrollados la educación paterna puede ser tan importante como la materna, ya que un padre mejor educado es quien decide en última instancia por una adecuada atención médica o cuidados de sus hijos (32).

#### **2.2.10.3. Estado civil**

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto; Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas (33).

Estado civil es esencialmente un atributo de la persona, una cualidad que lleva consigo que le permite diferenciarse y distinguirse legalmente de los demás; Se distinguen 06 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, conviviente) (34).

#### **2.2.10.4. Índice de Masa Corporal (IMC)**

La Organización Mundial de la Salud ha propuesto el índice de masa corporal (IMC) de Quetelet como el parámetro para el diagnóstico de un peso adecuado o inadecuado (bajo peso, sobrepeso y obesidad) (35). Este índice, se basa en que una vez que el crecimiento ha terminado, el peso corporal, de individuos de ambos sexos, es proporcional al valor de la talla elevada al cuadrado (peso en Kg entre la talla en metros al cuadrado); Una de las ventajas es que no se requiere de tablas de referencia (36).

Masa corporal. Esta no permite por sí misma la evaluación del estado de nutrición, por lo que es necesario utilizar el peso como un índice peso / talla (peso para la talla) y comparar en las tablas de referencia para adultos (36).

El peso y la talla son medidas muy útiles y fáciles de obtener, sin embargo, en muchas ocasiones no se realizan con la precisión y exactitud que ameritan; siempre que se utilice el peso esperado para la talla como indicador, los diagnósticos finales serán bajo peso, peso normal o sobre peso (35).

### **2.2.11. Características obstétricas**

#### **2.2.11.1. Periodo intergenésico**

El intervalo intergenésico es el lapso entre un embarazo y otro; se considera un periodo de recuperación menor de 18 meses después de un evento obstétrico (parto o aborto); el intervalo entre embarazos es importante porque permite a la madre recuperarse después de un

evento obstétrico (aborto, nacimiento pretérmino o a término) (37). Existen varios reportes de que un intervalo intergenésico corto (menor a 18 meses) o largo (mayor de 60 meses) posterior a un embarazo a término, aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas (sangrados del tercer trimestre, Ruptura prematura de membranas, endometritis puerperal, preeclampsia-eclampsia y anemia), así como incremento de complicaciones perinatales como bajo peso al nacimiento, nacimiento pretérmino comparado con mujeres de periodo intergenésico de 18 a 60 meses (37).

#### **2.2.11.2. Paridad**

Se refiere al número de partos que una mujer ha tenido ya sea por vía vaginal o cesárea y que pesaron 500 gramos o más, o que poseen más de 22 semanas de edad gestacional (38, 39).

A su vez se subdivide en:

Nulípara: no tuvo ningún parto;

Primípara: solo tuvo 1 parto;

Múltiparas: mujer que ha presentado 2 o más partos y

Gran múltipara: mujer con 5 partos a más (38, 39).

#### **2.2.11.3. Atención prenatal**

La atención prenatal es la asistencia prestada por profesionales de salud capacitados a las embarazadas, con el objeto de garantizar las mejores condiciones de salud para la madre y del bebé durante el embarazo; los componentes de la atención prenatal son los siguientes: el reconocimiento de los riesgos; la prevención y el tratamiento de las enfermedades relacionadas con el

embarazo o concurrentes; y la promoción de la educación en salud y de la salud (4).

### 2.3. Definición de términos

**Perfil.** Es una variedad o conjuntos de aspecto particulares que permite identificar o caracterizar a alguien o grupo de personas (40).

**Perfil epidemiológico.** Son elementos, características o patrones que presentan las pacientes y que siempre se repiten para cada una de ellas; pudiendo decirse que enfermedades presentan mayor selectividad o afinidad para ciertos grupos de población.

**Características.** Cualidad o circunstancia que es propia o particular de una persona o grupo de personas (40).

**Paciente.** Es la persona con un problema de salud que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud y se somete a un examen, a un tratamiento o a una intervención (40).

**Hemorragia postparto.** Se define como una pérdida de sangre mayor a 500ml en un parto por vía vaginal y mayor a 1000 ml en partos por cesárea.

**Embarazo.** El embarazo (gestación) es el proceso fisiológico en el que un feto se desarrolla dentro del cuerpo de la madre.

## 2.4. Identificación de variables

**Variable:** Perfil epidemiológicas de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud.

### **Dimensión: Características personales**

Edad de la paciente en años.

Nivel de instrucción de la paciente.

Estado civil de la paciente.

Índice de masa corporal pregestacional.

Valor de hemoglobina de la paciente.

### **Dimensión: Características obstétricas**

Paridad de la paciente.

Periodo intergenésico de la paciente.

Semanas de gestación en la primera atención prenatal.

Diagnóstico de hemorragia post parto.

### **Dimensión: Características biomédicas**

Antecedentes de morbilidades en la paciente.

Patologías crónicas en la paciente.

Complicaciones obstétricas que presento la paciente.

Causas biomédicas de la hemorragia post parto.

## 2.5. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor
Perfil epidemiológicos de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Priale de EsSalud.	Son elementos características o patrones que presentan las personas con ciertas enfermedades y que siempre se repiten para cada una de ellas en su contexto socio cultural.	Análisis documental de las historias clínicas de las pacientes con hemorragia postparto y registro en la ficha de recolección de datos	Características personales	Edad de la paciente en años.	Edad de la paciente en años. Registrada en la historia clínica.	Numérico.
				Nivel de Instrucción de la paciente.	Nivel de Instrucción de la paciente registrada en la historia clínica.	Sin instrucción (1) Inicial (2) Primaria (3) Secundaria (4) Superior técnico (5) Superior universitario (6)
				Estado civil de la paciente.	Estado civil de la paciente registrada en la historia clínica.	Soltera (1) Conviviente (2) Casada (3) Viuda (4) Divorciada (5)
				Índice de masa corporal pregestacional.	Índice de masa corporal pregestacional. (peso/(talla*talla))	Bajo peso (< 18,5) (1) Peso normal (18,5 a 24,9) (2) Sobrepeso (25 a 29,9) (3) Obesidad (≥30) (4)
				Valor de hemoglobina de la paciente.	Valor de hemoglobina de la paciente. Registrada en la historia clínica. (g/dl)	Numérico.
			Características obstétricas	Paridad de la paciente.	Número de partos de la paciente antes del embarazo actual, registrada en la historia clínica.	Nulípara (1) Primípara (2) Múltipara (3)
				Periodo intergenésico de la paciente.	Periodo intergenésico de la paciente, registrada en la historia clínica.	Sin periodo intergenésico (1) Corto (menor a 18 meses) (2) Normal (de 18 a 60 meses) (3) Largo (mayor a 5 años) (4)
				Semanas de gestación en la primera atención prenatal.	Semanas de gestación en la primera atención prenatal, registrada en la historia clínica.	Antes de las 14 semanas de gestación (1) A las 14 semanas de gestación (2) Después de las 14 semanas de gestación (3)
				Diagnóstico de hemorragia post parto.	Diagnóstico de hemorragia post parto, registrada en la historia clínica.	Hemorragia Post Parto durante las primeras 24 horas (1) Hemorragia Post Parto después de 24 horas (2)
			Morbididades	Antecedentes de morbididades en la paciente.	Antecedentes de morbididades en la paciente, registrada en la historia clínica.	Nominal.
				Patologías crónicas en la paciente.	Patologías crónicas en la paciente, registrada en la historia clínica.	Nominal.
				Complicaciones obstétricas que presento la paciente.	Complicaciones obstétricas que presento la paciente, registrada en la historia clínica.	Nominal.
				Causas biomédicas de la hemorragia post parto.	Causas biomédicas de la hemorragia post parto, registrada en la historia clínica.	Nominal.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. Tipo de investigación**

El estudio fue una investigación observacional, descriptiva, transversal; observacional porque no existió intervención del investigador, transversal porque todas las mediciones se hicieron en una sola ocasión, por lo que no existió períodos de seguimiento, descriptivo porque sus datos fueron utilizados con la finalidad de describir la variable y analizarla en un momento dado (41-43).

#### **3.2. Nivel de investigación**

El nivel de investigación fue descriptivo, su propósito fue describir el comportamiento de la variable en forma independiente; la caracterización de un hecho o fenómeno en un grupo de individuos (41, 44-46).

#### **3.3. Métodos de investigación**

##### **3.3.1. Método general.**

Se utilizó el método inductivo. Con este método se obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares; se trata del método científico más usual, en el que pueden distinguirse cuatro pasos esenciales: la observación de los hechos y su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización y la contrastación; es un método científico que elabora conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares y parte de lo particular a lo general (47).

##### **3.3.2. Método Básico**

Se utilizó el método descriptivo porque se describió las características de la población de estudio en su forma natural, basada en la observación (47).

### **3.4. Diseño de investigación**

El estudio correspondió a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó para describir el perfil epidemiológico de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, de la región Junín de enero a junio del 2020 (43, 45, 46).

**Donde:**

#### **M O**

**M:** Pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, de la región Junín de enero a junio del 2020.

**O:** Perfil epidemiológico de las pacientes.

### **3.5. Población, muestra y muestreo**

#### **3.5.1. Población**

Fueron todas las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, de la región Junín de enero a junio del 2020; que según registros estadísticos fueron un total de 80 pacientes.

Según Hernández una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación (43, 45, 48, 49).

#### **3.5.2. Muestra:**

El estudio fue censal (43, 45, 48, 49).

Criterios de inclusión

1. Pacientes con hemorragia postparto atendida y diagnosticada en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud; con residencia en la región Junín.
2. Paciente con hemorragia postparto diagnosticado como complicación obstétrica.

Criterios de exclusión

1. Paciente con hemorragia postparto inmersos en procesos legales o judiciales.
2. Paciente con hemorragia postparto referidas a otros niveles de mayor complejidad.

### **3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La **técnica** utilizada fue el **análisis documental**. Esta técnica permitió la revisión documental de las Historias Clínicas y registros; de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, de la región Junín de enero a junio del 2020. La información fue recolectada por personas capacitadas.

#### **Fuentes Secundarias**

- Historia Clínica, Libros de registros.

El **instrumento** fue la **ficha de recolección de datos**. Instrumento que fue elaborada en función al propósito, objetivos y variable de estudio.

### **3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

Primero se realizó un ordenamiento, clasificación y codificación de los datos recolectados de las fuentes secundarias (Historias clínicas y registros de atención). Se elaboró una matriz de datos en el aplicativo Excel de Microsoft Office 2013; esto se realizó por el fácil uso y familiaridad con el aplicativo ofimático (50).

Para el análisis estadístico se importó la matriz de datos del Excel al programa estadístico SPSS versión 18 para Windows, con la finalidad de realizar el análisis estadístico descriptivo como la tabulación, frecuencias y estadísticos de la muestra (50).

El ingreso de datos lo realizó una persona con experiencia. Los datos fueron presentados en tablas de frecuencias absolutas, relativas, medidas de tendencia central y localización.

## CAPÍTULO IV

### PRESENTACION DE RESULTADOS

#### 4.1. Presentación e interpretación de datos

En el presente estudio, se investigó el Perfil epidemiológico de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020.

No se encontró patología crónica en las pacientes.

Tabla 1. Características personales de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020.

Características de la paciente	Frecuencia (n=80)	Porcentaje (h%=100%)
<b>Grupo de edad</b>		
Menores de 19 años	2	2,5%
De 20 a 24 años	3	3,8%
De 25 a 29 años	10	12,5%
De 30 a 34 años	34	42,5%
De 35 a más años	31	38,8%
<b>Nivel de Instrucción de la paciente</b>		
Primaria	2	2,5%
Secundaria	15	18,8%
Superior técnico	19	23,8%
Superior universitario	44	55,0%
<b>Estado civil de la paciente</b>		
Casada	39	48,8%
Conviviente	36	45,0%
Soltera	5	6,3%
<b>Índice de masa corporal pregestacional</b>		
Bajo peso (< 18,5)	3	3,8%
Peso normal (18,5 a 24,9)	40	50,0%
Sobrepeso (25 a 29,9)	31	38,8%
Obesidad (> o igual 30)	6	7,5%
<b>Diagnóstico de anemia</b>		
Anemia	17	21,3
Sin anemia	63	78,8

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre el perfil epidemiológico de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020.

Tabla 1. Del total de pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín de enero a junio del 2020. El 2,5% (2) tuvieron menos de 19 años, el 3,8% (3) tuvieron de 20 a 24 años, el 12,5% (10) tuvieron de 25 a 29 años, el 42,5 (34) tuvieron de 30 a 34 años y el 38,8% (31) tuvieron de 35 años a más. El 81,3% tuvieron de 30 a más años. El 2,5% (2) tuvieron educación primaria, el 18,8% (15) tuvieron educación secundaria, el 23,8% (19) tuvieron educación superior técnico y el 55% (44) tuvieron educación superior universitaria. El 48,8% (39) fueron casadas, el 45% (36) fueron convivientes y el 6,3% (5) fueron solteras. Según el índice de masa corporal, el 3,8% (3) tuvieron bajo peso, el 50% (40) tuvieron peso normal, el 38,8% (31) tuvieron sobrepeso y el 7,5% (6) tuvieron obesidad. El 21,3% (17) tuvieron anemia.

Tabla 2. Características obstétricas de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020.

Características obstétricas	Frecuencia (n=80)	Porcentaje (h%=100%)
<b>Paridad de la paciente antes del embarazo actual</b>		
Nulípara	8	10,0%
Primípara	30	37,5%
Múltipara	42	52,5%
<b>Periodo intergenésico de la paciente</b>		
Sin periodo intergenésico	8	10,0
Corto (menor a 18 meses)	1	1,3
Normal (de 18 a 60 meses)	35	43,8
Largo (mayor a 5 años)	36	45,0
<b>Semanas de gestación en la primera atención prenatal</b>		
Antes de las 14 semanas de gestación	55	68,8%
A las 14 semanas de gestación	3	3,8%
Después de las 14 semanas de gestación	22	27,5%
<b>Diagnóstico de hemorragia post parto</b>		
Hemorragia Post Parto durante las primeras 24 horas	73	91,3%
Hemorragia Post Parto después de 24 horas	7	8,8%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre el perfil epidemiológico de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020.

Tabla 2. Del total de pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín de enero a junio del 2020. El 10% (8) fueron nulíparas, el 37,5% (30) fueron primíparas y el 52,5% (42) fueron multíparas. El 10% (8) no tuvieron periodo intergenésico por ser nulíparas. El 1,3% (1) tuvieron periodo intergenésico corto, el 43,8% (35) tuvieron periodo intergenésico normal y el 45% (36) tuvieron periodo intergenésico largo. El 68,8% (55) tuvieron atención prenatal antes de las 14 semanas de gestación, el 3,8% (3) tuvieron atención prenatal a las 14 semanas de gestación y el 27,5% (22) tuvieron atención prenatal después de las 14 semanas de gestación. El 91,3% (73) tuvieron hemorragia Post Parto durante las primeras 24 horas y el 8,8% (7) tuvieron hemorragia Post Parto después de 24 horas.

Tabla 3. Antecedentes de morbilidades en las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020.

Antecedentes de morbilidades	Frecuencia	Porcentaje
Cesareada anterior	49	61,3%
Anemia	15	18,8%
Infección de tracto urinario	13	16,3%
Placenta previa	13	16,3%
Hemorragia en embarazos previos	10	12,5%
Preeclampsia	8	10,0%
Ruptura prematura de membranas	4	5,0%
Vulvovaginitis	4	5,0%
Hipotiroidismo	3	3,8%
Legrado uterino previo	3	3,8%
Restricción del crecimiento intrauterino	3	3,8%
Distocia de presentación	2	2,5%
Hipertensión arterial	2	2,5%
Oligohidramnios	2	2,5%
Parto pretérmino	2	2,5%
Aborto	1	1,3%
Embarazo múltiple	1	1,3%
Macrosomía fetal	1	1,3%
Pelvis estrecha	1	1,3%
Trombocitopenia	1	1,3%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre el perfil epidemiológico de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020.

Tabla 3. Del total de pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín de enero a junio del 2020.

El 61,3% (49) fueron cesareadas anterior, el 18,8% (15) tuvieron antecedentes de anemia, el 16,3% (13) tuvieron antecedentes de infección de tracto urinario, el 16,3% (13) tuvieron antecedentes de placenta previa, el 12,5% (10) tuvieron hemorragia en embarazos previos, el 10% (8) tuvieron antecedentes de preeclampsia, el 5% (4) tuvieron como antecedentes de ruptura prematuras de membranas, el 5% (4) tuvieron como antecedentes de Vulvovaginitis.

Los antecedentes de hipotiroidismo, legrado uterino y restricción del crecimiento intrauterino se presentaron en un 3,8% (3) cada uno respectivamente.

Los antecedentes de distocia de presentación, hipertensión arterial, oligohidramnios y parto pretérmino, se presentaron en un 2,5% (2) cada uno respectivamente.

Los antecedentes de aborto, embarazo múltiple, macrosomía fetal, pelvis estrecha y trombocitopenia, se presentaron en un 1,3% (1) cada uno respectivamente.

Tabla 4. Complicaciones obstétricas que presentaron las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020.

Complicación obstétrica	Frecuencia	Porcentaje
Placenta previa total	25	31,3%
Desprendimiento prematuro de placenta	12	15,0%
Síndrome hipertensivo del embarazo	9	11,3%
Trabajo de parto prolongado	8	10,0%
Inminencia de ruptura uterina	7	8,8%
Feto en podálica	4	5,0%
Ruptura prematura de membranas	4	5,0%
Oligohidramnios	2	2,5%
Preeclampsia severa	2	2,5%
Trabajo de parto obstruido	2	2,5%
Amenaza de parto pretérmino	1	1,3%
Corioamnionitis	1	1,3%
Macrosomía fetal	1	1,3%
Pelvis estrecha	1	1,3%
Retención de placenta	1	1,3%
Síndrome adherencial	1	1,3%
Trabajo de parto pretérmino	1	1,3%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre el perfil epidemiológico de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020.

Tabla 4. Del total de pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín de enero a junio del 2020. El 31,3% (25) presentaron como complicación la placenta previa, el 15% (12) el desprendimiento prematuro de placenta, el 11,3% (9) síndrome hipertensivo del embarazo, el 10% (8) trabajo de parto prolongado, el 8,8% (7) inminencia de ruptura uterina, el 5% (4) feto en podálica, el 5% (4) ruptura prematura de membranas. Las complicaciones menos frecuentes fueron el oligohidramnios, preeclampsia severa y trabajo de parto obstruido en un 2,5% (2) cada uno respectivamente.

La amenaza de parto pretérmino, corioamnionitis, macrosomía fetal, pelvis estrecha, retención de placenta, síndrome adherencial y trabajo de parto pretérmino fueron complicaciones que se presentaron en un 1,3% (1) cada uno respectivamente.

Tabla 5. Causas biomédicas de la hemorragia post parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020.

Causas biomédicas	Frecuencia	Porcentaje
Placentación anormal	36	45,0%
Atonía uterina	19	23,8%
Tejido friable sangrante	11	13,8%
Lesiones de cuello y vagina	5	6,3%
Acretismo placentario	3	3,8%
Síndrome adherencial	3	3,8%
Retención placentaria	2	2,5%
Coagulopatías	1	1,3%
Histerectomía	1	1,3%
Rotura uterina	1	1,3%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre el perfil epidemiológico de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020.

Tabla 5. Las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín de enero a junio del 2020. Presentaron como causa biomédica de la hemorragia postparto en proporciones considerables: La placentación anormal, la atonía uterina y tejido friable sangrante en un 45%, 23% y 13% respectivamente.

En menores proporciones se encontraron como causas: Las lesiones de cuello y vagina, el acretismo placentario, el síndrome adherencial y la retención placentaria en un 6,3%, 3,8%, 3,8% y 2,5% respectivamente.

La coagulopatía, la histerectomía y rotura uterina se presentaron como causa en un 1,3% cada uno respectivamente.

## 4.2. Discusión de resultados

Del total de pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín de enero a junio del 2020. El 12,5% (10) tuvieron de 25 a 29 años, el 42,5 (34) tuvieron de 30 a 34 años y el 38,8% (31) tuvieron de 35 años a más. El 81,3% tuvieron de 30 a más años. En cuanto a la edad los resultados concuerdan con lo hallado por León et al (14) y López (19), por lo cual se puede mencionar que esta patología es más frecuente en mujeres mayores de 29 años de edad; muy cerca a la edad extrema de riesgo materno donde se encuentra una elevada proporción de casos. Es importante considerar esta característica para las intervenciones sanitarias y seguimientos a las gestantes con la finalidad de brindar educación para la salud y cuidados en el embarazo para prevenir riesgos y complicaciones.

El 18,8% (15) tuvieron educación secundaria, el 23,8% (19) tuvieron educación superior técnico y el 55% (44) tuvieron educación superior universitaria. El 48,8% (39) fueron casadas, el 45% (36) fueron convivientes y el 6,3% (5) fueron solteras. Según el índice de masa corporal, el 3,8% (3) tuvieron bajo peso, el 50% (40) tuvieron peso normal, el 38,8% (31) tuvieron sobrepeso y el 7,5% (6) tuvieron obesidad. El 21,3% (17) tuvieron anemia. Los resultados fueron similares a los hallado por López (19), en estos resultados se puede observar que las pacientes presentan un nivel educativo adecuado, un peso normal y ocho de cada diez sin anemia; condiciones aceptables para un embarazo, aunque en menor proporción se observan condiciones no favorables que pueden ser mejoradas con educación sanitaria. Un adecuado nivel educativo en la población es una buena oportunidad para la implementación de acciones o intervenciones sanitarias en la población; sobre todo las relacionadas a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. En el embarazo la mujer debe tener toda la información necesaria para sus cuidados e identificación de los signos de alarma a fin de evitar complicaciones. La educación contribuye a que las personas mejoren su

capacidad de aprender sobre aspectos positivos para su salud y puedan tomar adecuadas decisiones para afrontar estos problemas.

El 10% (8) fueron nulíparas, el 37,5% (30) fueron primíparas y el 52,5% (42) fueron múltiparas. El 10% (8) no tuvieron periodo intergenésico por ser nulíparas. El 1,3% (1) tuvieron periodo intergenésico corto, el 43,8% (35) tuvieron periodo intergenésico normal y el 45% (36) tuvieron periodo intergenésico largo. En cuanto a la multiparidad estos resultados concuerdan con lo hallado por León et al (14), Bula et al (15), Aragón et al (16), López (19), por lo cual podría mencionarse que esta característica es bastante frecuente en la hemorragia post parto. Por lo cual las gestantes múltiparas deben tener siempre un seguimiento adecuado por el personal de salud con involucramiento familiar. En cuanto al periodo intergenésico no se encontró estudios para contrastar este resultado; se puede mencionar que en este estudio cuatro de cada diez casos fueron pacientes con periodo intergenésico largo; lo cual podría ameritar investigar esta característica a mayor profundidad.

El 68,8% (55) tuvieron atención prenatal antes de las 14 semanas de gestación. El 91,3% (73) tuvieron hemorragia Post Parto durante las primeras 24 horas y el 8,8% (7) tuvieron hemorragia Post Parto después de 24 horas. No se encontró estudios para contrastar estos resultados, pero podemos mencionar que siete de cada diez pacientes iniciaron su atención prenatal antes de las 14 semanas como recomiendan los organismos internacionales y el ministerio de salud; para la detección y prevención de posibles riesgos a la salud materna. Por otra parte, es muy importante incorporar en los procesos de atención prenatal las visitas domiciliarias y el involucramiento familiar para contar con adecuados cuidados maternos. En nueve de cada diez caso la hemorragia postparto se presento en las primeras 24 horas; lo cual ha permitido que estos casos sean manejados con las condiciones clínicas adecuadas.

El 61,3% (49) fueron cesareadas anterior, el 18,8% (15) tuvieron antecedentes de anemia, el 16,3% (13) tuvieron antecedentes de infección de tracto urinario,

el 16,3% (13) tuvieron antecedentes de placenta previa, el 12,5% (10) tuvieron hemorragia en embarazos previos, el 10% (8) tuvieron antecedentes de preeclampsia, el 5% (4) tuvieron como antecedentes de ruptura prematuras de membranas, el 5% (4) tuvieron como antecedentes de Vulvovaginitis. Los antecedentes de hipotiroidismo, legrado uterino y restricción del crecimiento intrauterino se presentaron en un 3,8% (3) cada uno respectivamente. Los antecedentes de distocia de presentación, hipertensión arterial, oligohidramnios y parto pretérmino, se presentaron en un 2,5% (2) cada uno respectivamente. Los antecedentes de aborto, embarazo múltiple, macrosomía fetal, pelvis estrecha y trombocitopenia, se presentaron en un 1,3% (1) cada uno respectivamente. No se encontró estudios similares para contrastar estos resultados. El antecedente mas frecuente en esta muestra estudiada fue la cesárea previa. Es importante considerar los antecedentes o la mala historia obstétrica de las pacientes, para prevenir posibles complicaciones y realizar un manejo adecuado de estas pacientes.

El 31,3% presentaron como complicación la placenta previa, el 15% el desprendimiento prematuro de placenta, el 11,3% síndrome hipertensivo del embarazo, el 10% trabajo de parto prolongado, el 8,8% inminencia de ruptura uterina, el 5% feto en podálica, el 5% ruptura prematura de membranas. Las complicaciones menos frecuentes fueron el oligohidramnios, preeclampsia severa y trabajo de parto obstruido en un 2,5% cada uno respectivamente. La amenaza de parto pretérmino, corioamnionitis, macrosomía fetal, pelvis estrecha, retención de placenta, síndrome adherencial y trabajo de parto pretérmino fueron complicaciones que se presentaron en un 1,3% cada uno respectivamente. Las complicaciones de trabajo de parto prolongado, macrosomía fetal, preeclampsia severa y desprendimiento prematuro de placenta también fueron halladas en el estudio realizado por Ramírez et al (18), López (19), estas complicaciones que se presenta en el embarazo y parto están relacionadas con la hemorragia postparto; por lo cual el conocer estas complicaciones permitirá al profesional de salud estar preparados para una

posible hemorragia en el puerperio y realizar el manejo clínico correspondiente.

Las pacientes presentaron como causa biomédica de la hemorragia postparto en proporciones considerables: La placentación anormal, la atonía uterina y tejido friable sangrante en un 45%, 23% y 13% respectivamente. En menores proporciones se encontraron como causas: Las lesiones de cuello y vagina, el acretismo placentario, el síndrome adherencial y la retención placentaria en un 6,3%, 3,8%, 3,8% y 2,5% respectivamente. La coagulopatía, la histerectomía y rotura uterina se presentaron como causa en un 1,3% cada uno respectivamente.

Los resultados difieren a lo hallado por Aragón et al (16), Ramírez et al (18) y López (19), quienes encontraron como causa principal de la hemorragia post parto a la atonía uterina. Probablemente esta diferencia tenga relación con alguna casuística de su contexto de estudio y no a los diversos factores que causan esta patología.

En relación a las lesiones de cuello y vagina; el acretismo placentario, la retención placentaria, la atonía uterina y coagulopatías; los resultados concuerdan con lo hallado por Crespo y Mendieta (13), León et al (14), quienes también hallaron los mismos resultados, pero en mayor proporción; adicional a estos factores León et al (14) también encontró el desprendimiento prematuro de placenta como una de las causas; La variabilidad de las causas y sus proporciones; probablemente se deban a las condiciones y manejo clínico de las complicaciones obstétricas. Estos resultados permiten comprender que existe varios factores causales siendo las mas frecuentes en el contexto de estudios la placentación anormal y la atonía uterina.

En cuanto a las lesiones de cuello y vagina; y la retención de restos placentarios que en el estudio fueron mínimas, los investigadores Crespo y Mendieta (13), León et al (14), por Bula et al (15), encontraron mayores proporciones en los contextos de estudio lo cual probablemente se daban al manejo clínico en la atención del trabajo de parto y el parto.

## Conclusiones

- 1 Ocho de cada diez pacientes con hemorragia postparto tuvieron 30 a más años; muy cerca a la edad extrema de riesgo materno, donde se encuentra una considerable proporción de casos; así mismo estas pacientes se caracterizaron por tener educación superior, ser casadas, de peso normal, y ocho de cada diez sin anemia.
- 2 Las características obstétricas que presentaron las pacientes fueron ser multíparas, de periodo intergenésico largo, con atención prenatal antes de las 14 semanas de gestación y en nueve de cada diez casos la hemorragia postparto se presentó en las primeras 24 horas.
- 3 Los antecedentes mas frecuentes en las pacientes con hemorragia postparto fueron la cesárea previa, la anemia, la infección de tracto urinario, la placenta previa y hemorragia en embarazos previos.
- 4 Las complicaciones obstétricas más frecuentes que presentaron las pacientes en el embarazo o el parto fueron; la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta, el síndrome hipertensivo del embarazo, el trabajo de parto prolongado, y la inminencia de ruptura uterina.
- 5 Los resultados del estudio permiten comprender que existe varios factores causales siendo los mas frecuentes en el contexto de estudio; la placentación anormal y la atonía uterina. La variabilidad de las causas de la hemorragia postparto y sus proporciones; probablemente se deban a las condiciones y manejo clínico de las complicaciones obstétricas.

## **Recomendaciones**

Al sector salud es recomendable implementar estrategias sanitarias que contribuyan a prevenir y controlar los riesgos en el puerperio inmediato; así mismo es importante realizar intervenciones sanitarias y seguimientos a las gestantes con la finalidad de brindar educación para la salud y cuidados en el embarazo para prevenir riesgos y complicaciones.

Un adecuado nivel educativo en la población es una buena oportunidad para la implementación de acciones o intervenciones sanitarias en la población; sobre todo las relacionadas a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. En el embarazo, la mujer debe tener toda la información necesaria para sus cuidados e identificación de los signos de alarma a fin de evitar complicaciones. La educación contribuye a que las personas mejoren su capacidad de aprender sobre aspectos positivos para su salud y puedan tomar adecuadas decisiones para afrontar estos problemas.

Las gestantes multíparas deben tener siempre un seguimiento adecuado por el personal de salud con involucramiento familiar.

Es muy importante incorporar en los procesos de atención prenatal las visitas domiciliarias y el involucramiento familiar para contar con adecuados cuidados maternos.

Los profesionales de la atención obstétrica deben de considerar los antecedentes o la mala historia obstétrica de las pacientes, para prevenir posibles complicaciones y realizar un manejo adecuado de estas pacientes.

Conocer las complicaciones obstétricas que se presenta en el embarazo y parto antes de la hemorragia postparto permitirá al profesional de salud estar preparados para la atención para una posible complicación posterior en el puerperio y realizar el manejo clínico correspondiente.

## Referencias bibliográficas

1. Asturizaga P, Toledo Jaldin L. Hemorragia obstétrica. Revista Médica La Paz. 2014;20(2):57-68.
2. FASGO. Actualización de consenso de obstetricia. Hemorragia Postparto. Argentina: Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia; 2019. 40 p.
3. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. 48 p.
4. World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Ginebra: World Health Organization; 2017.
5. Guzmán M, Monzón JM. La mortalidad materna en el Perú, 2002-2011. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. 2013.
6. Salinas H, Parra M, Valdés E, Carmona S, Opazo D. Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico Universidad de Chile. Servicio de Maternidad Hospital Clínico de la Universidad de Chile. 2005:171.
7. Peñalver AIH, Sánchez PM, Rama AP, López CM, Linde FM, Carnero JEB, et al. Embolización arterial selectiva en la hemorragia posparto. Experiencia en nuestro centro. 2015.
8. Morales-Andrade E, Ayala-Hernández MI, Morales-Valerdi HF, Astorga-Castañeda M, Castro-Herrera GAJRdem-q. Epidemiología de la muerte materna en México y el cumplimiento del Objetivo 5 del Desarrollo del Milenio, hacia los objetivos de desarrollo sostenible. 2018;23(2):61-86.
9. Donoso E, Carvajal J. El cambio del perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Chile dificultará el cumplimiento del 5º objetivo del Milenio. Rev méd Chile. 2012;140(10):1253-62.
10. Dirección General de Epidemiología. Boletín Epidemiológico. Situación Epidemiológica de la Muerte Materna en el Perú 2015; 25 (4). Pág. 66 – 74. 2016.

11. Rosadio Aragón AdP. Factores de riesgos asociados a la hemorragia post parto en pacientes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales Comas en el período 2012-2014 [Tesis de titulación]. Lima: Universidad San Martín de Porres. Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2016.
12. Karlsson H, Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2009;32:159-67.
13. Crespo Antepara D, Mendieta-Toledo LB. Contexto de las hemorragias, en el puerperio inmediato. *Mem Inst Investig Cienc Salud*. 2019;17(3):5-9.
14. Montiel Galarza MA, Pineda Pizarro GL. Prevalencia y factores de riesgo para la aparición de hemorragia posparto [Tesis de grado]. Ecuador: Universidad Estatal de Milagro, Facultad Ciencias de la Salud; 2019.
15. Bula Romero J, Guzmán Arteaga M, Sánchez Caraballo Á. Caracterización de los desenlaces maternos de la hemorragia posparto primaria en un hospital de Montería, Colombia, 2016. *Revista Avances En Salud*. 2017;2(1):26-38.
16. Aragón Martínez D, Barrios Pineda FJ, Ucha Franco D, Alejandro Romero IdJ. Frecuencia de hemorragia obstétrica postparto en pacientes del Hospital Rural Coscomatepec Prospera. *Medicina general*. 2017;6(5):1.
17. Ramírez Quijada BP, Castro Paniagua K, Karhuayo Lugán S. Prevalencia y perfil epidemiológico de puérperas con hemorragia postparto. Ayacucho 2000-2015. *Revista Colombiana Salud Libre*. 2017;12(1):7-14.
18. Lopez Salazar EH. Hemorragia posparto inmediato en puerperas atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2018. [Tesis de especialidad]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de Ciencias de la Salud; 2019.
19. Bernstein HB, VanBuren G. Embarazo normal y cuidados prenatales. In: DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS, editors. *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos*. 11 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores; 2014. p. 141-2.
20. Archie CL, Roman AS. Trabajo de parto y partos normales y anormales. In: DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS, editors. *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos*. 11 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores; 2014. p. 154-5.

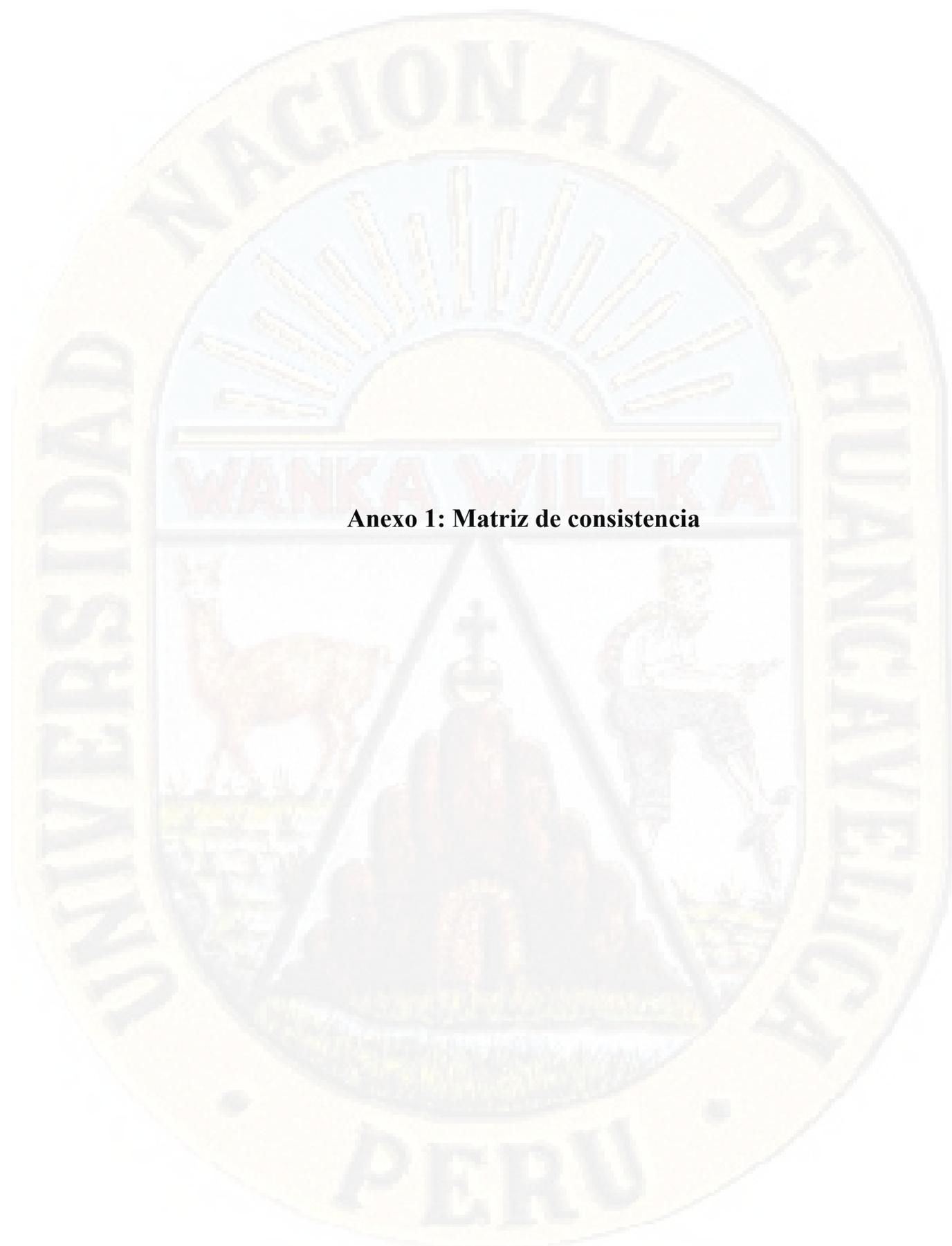
21. WHO-UNICEF. Maternal mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
22. Solari AA, Solari GC, Wash FA, Guerrero GM, Enríquez GO. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev Méd Clín Condes. 2014;25(6):993-1003.
23. De Cherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 11a ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A.; 2014.
24. Rivera Fumero S, Chacón González C, González Chavarría A. Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. Revista Médica Sinergia. 2020;5(6):e512-e.
25. Tena Alavez G. Ginecología y Obstetricia. México: Editorial Alfil; 2014. 680 p.
26. Salinas H, Mardones A, Parra M, Valdés E, Carmona S, Opazo D. Obstetricia. Chile: Hospital Clínico de la Universidad de Chile; 2005. 107-14 p.
27. Mongrut Steane A. Tratado de obstetricia normal y patológica. 4ta edición. 2000.
28. Schwarcz RL, Fescina RH, Duverges C. Obstetricia. 7ma ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2016. 784 p.
29. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams Obstetricia. 24 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores, SA; 2015. 1356 p.
30. Ministerio de Salud de Panamá. Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Programa Materno Infantil. Panamá: Ministerio de Salud del Panamá; 2015.
31. Ahued Ahued JR, Fernández del Castillo C, Bailón Uriza R. Ginecología y obstetricia aplicadas. 2 ed. México: El Manual Moderno; 2003. 1140 p.
32. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. Rev Soc Bol Ped. 2000;39(3):1-22.
33. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2003;82(2):182-8.

34. Inga Castillo G. Factores asociados a aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años de edad del hospital Militar Central en el año 2016. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Huamana; 2017.
35. Alvero-Cruz JR, Carnero EÁ, Fernández-García JC, Expósito JB, de Albornoz Gil MC, Sardinha LB. Validez de los índices de masa corporal y de masa grasa como indicadores de sobrepeso en adolescentes españoles: estudio Escola. *Medicina clínica*. 2010;135(1):8-14.
36. Servín Rodas MDC. Nutrición básica y aplicada. 2da ed. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; 2013. 276 p.
37. Marston C. Report of a WHO technical consultation on birth spacing. 13-15 June 2005. Geneva: World Health Organization; 2006.
38. Serra B, Mallafré J, Aguilar E, Álvarez M, Ara C, Barri Soldevila PN, et al. Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Quirón Dexeus. 5ta ed. España: Elsevier Health Sciences; 2014.
39. Leveno KJ, Spong CY, Dashe JS, Casey BM, Hoffman BL, Cunningham FG, et al. *Williams Obstetrics, 25th Edition*: McGraw-Hill Education; 2018.
40. Amesquita Ramos JS. Perfil familiar de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica 2019. [Tesis de especialidad]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de Ciencias de la Salud; 2019.
41. Artiles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. 65-78 p.
42. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.
43. Martínez Montaña MdL, Briones Rojas R, Cortes Riveroll R. Metodología de la investigación para el área de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 47-62 p.
44. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.

45. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 600 p.
46. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar NE, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 202 p.
47. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
48. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.
49. García García JA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 447 p.
50. Leyva Yataco L. Factores de riesgo asociados a la muerte fetal en la región Huancavelica. [Tesis de Doctorado]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Escuela de Posgrado; 2017.



**Anexos:**



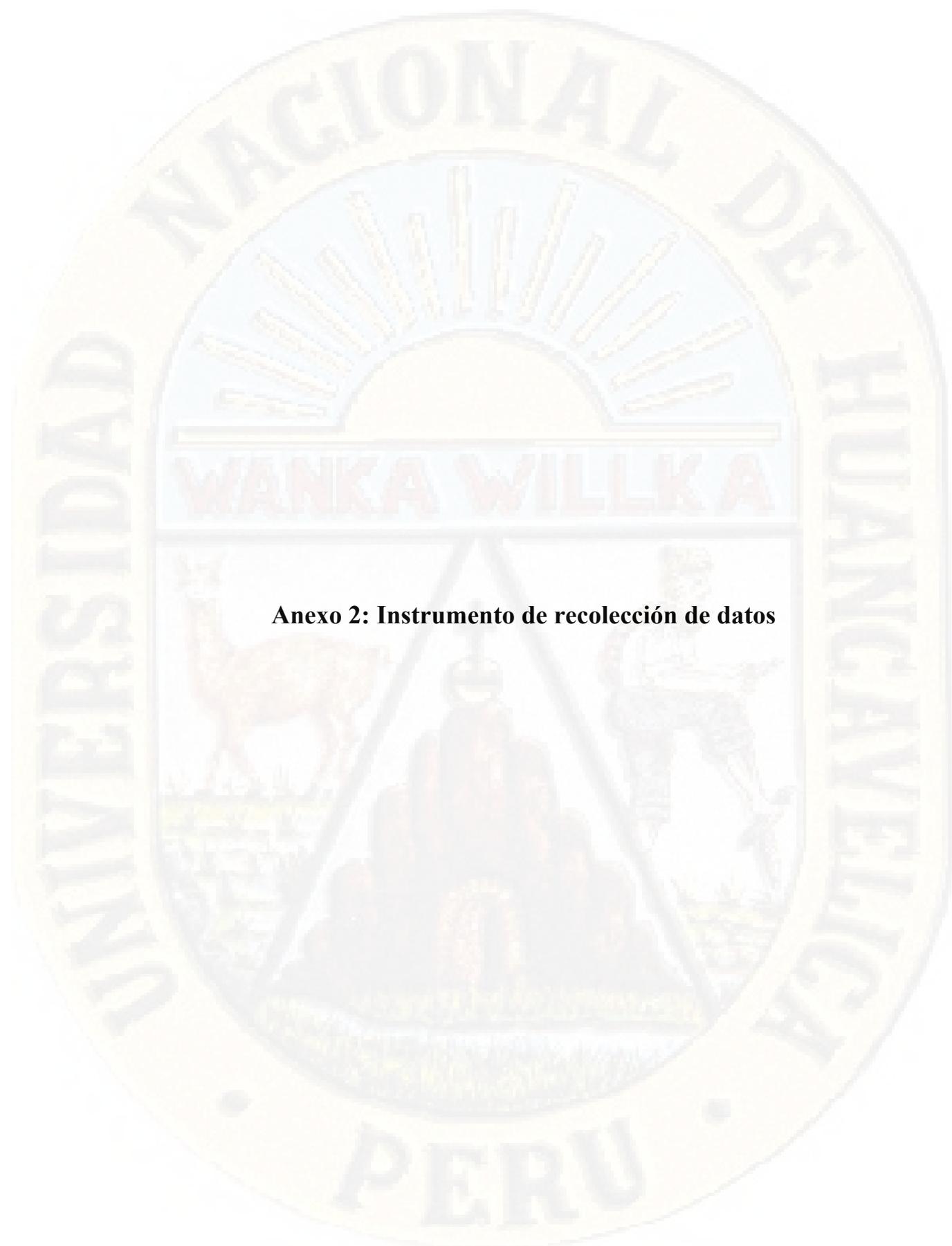
**Anexo 1: Matriz de consistencia**

MATRIZ DE CONSISTENCIA

INVESTIGACIÓN: Perfil epidemiológico de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020.

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEM	VALDR	METODOLOGÍA
<p><b>Problema general</b> ¿Cuál es el perfil epidemiológico de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020?</p> <p><b>Problemas específicos</b> ¿Cuáles son las características personales de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020?</p> <p>¿Cuáles son las características obstétricas de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020?</p> <p>¿Cuáles son las morbilidades y complicaciones obstétricas de las pacientes con hemorragia post</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar el perfil epidemiológico de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020.</p> <p><b>Objetivos específicos</b> Identificar las características personales de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020.</p> <p>Identificar las características obstétricas de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020.</p> <p>Identificar las morbilidades y complicaciones obstétricas de las pacientes con hemorragia post</p>	<p>La hemorragia postparto es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. La hemorragia postparto precoz (HPP) es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto y es generalmente la más grave. Las causas de HPP incluyen atonía uterina, traumas, laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación, siendo la más frecuente la atonía. El diagnóstico es clínico y el tratamiento ha de abarcar unas medidas generales de soporte vital y otras más específicas de carácter etiológico. Afortunadamente, es potencialmente evitable en la mayoría de los casos si se sigue una adecuada estrategia de prevención activa y sistemática en la fase de alumbramiento de todos los partos (12).</p> <p>En la actualidad no existen trabajos de investigación sobre el tema de manera contextualizada, que nos permitan conocer las características epidemiológicas de estas pacientes atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud; por lo cual se realizó una investigación a fin de conocer el perfil epidemiológico de las pacientes con hemorragia postparto. Los resultados y su interpretación adecuada permitirán conocer las características epidemiológicas, los patrones en la enfermedad y los posibles riesgos. Por otra parte, servirá para integrar</p>	<p>Perfil epidemiológicas de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud</p>	<p>Características personales</p> <p>Características obstétricas</p> <p>Características biomédicas</p>	<p>Edad de la paciente en años.</p> <p>Nivel de Instrucción de la paciente.</p> <p>Estado civil de la paciente.</p> <p>Índice de masa corporal pregestacional.</p> <p>Valor de hemoglobina de la paciente.</p> <p>Paridad de la paciente.</p> <p>Periodo intergenésico de la paciente.</p> <p>Semanas de gestación en la primera atención prenatal.</p> <p>Diagnóstico de hemorragia post parto.</p> <p>Antecedentes de morbilidades en la paciente.</p>	<p>Edad de la paciente en años. Registrada en la historia clínica.</p> <p>Nivel de Instrucción de la paciente registrada en la historia clínica.</p> <p>Estado civil de la paciente registrada en la historia clínica.</p> <p>Índice de masa corporal pregestacional. (peso/(talla*talla))</p> <p>Valor de hemoglobina de la paciente. Registrada en la historia clínica. (g/dl)</p> <p>Número de partos de la paciente antes del embarazo actual, registrada en la historia clínica.</p> <p>Periodo intergenésico de la paciente, registrada en la historia clínica.</p> <p>Semanas de gestación en la primera atención prenatal, registrada en la historia clínica.</p> <p>Diagnóstico de hemorragia post parto, registrada en la historia clínica.</p> <p>Antecedentes de morbilidades en la paciente, registrada en la historia clínica.</p>	<p>Numérico.</p> <p>Sin instrucción (1) Inicial (2) Primaria (3) Secundaria (4) Superior técnico (5) Superior universitario (6) Soltera (1) Conviviente (2) Casada (3) Viuda (4) Divorciada (5) Bajo peso (&lt; 18.5) (1) Peso normal (18.5 a 24.9) (2) Sobrepeso (25 a 29.9) (3) Obesidad (&gt;30) (4) Numérico.</p> <p>Nulipara (1) Primipara (2) Multipara (3) Sin periodo intergenésico (1) Corta (menor a 18 meses) (2) Normal (de 18 a 60 meses) (3) Largo (mayor a 5 años) (4) Antes de las 14 semanas de gestación (1) A las 14 semanas de gestación (2) Después de las 14 semanas de gestación (3) Hemorragia Post Parto durante las primeras 24 horas (1) Hemorragia Post Parto después de 24 horas (2) Nominal.</p>	<p><b>Nivel de investigación</b> El nivel de investigación es descriptivo.</p> <p><b>Tipo de investigación</b> investigación observacional, descriptiva, de corte transversal.</p> <p><b>Diseño de Investigación</b> El estudio correspondió a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó para describir el perfil epidemiológico de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, de la región Junín de enero a junio del 2020 (43, 45, 46). Donde:</p> <p style="text-align: center;"><b>M O</b></p> <p><b>M:</b> Pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, de la región Junín de enero a junio del 2020.</p> <p><b>O:</b> Perfil epidemiológico de las pacientes.</p> <p><b>Población, muestra, muestreo</b> <b>La población</b> Fueron todas las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, de la región Junín de enero a junio del 2020; que según registros estadísticos fueron un total de 80 pacientes..</p> <p><b>Muestra:</b> El estudio fue censal.</p>

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de EsSalud, Junín 2020?	parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de EsSalud, Junín 2020.	procedimientos que permitan un manejo integral de la paciente, orientar las acciones preventivas y de control de una manera eficaz y eficiente; así mismo concientizar al personal de salud acerca de la importancia de esta información, su interpretación y uso.			<p>Patologías crónicas en la paciente.</p> <p>Complicaciones obstétricas que presento la paciente.</p> <p>Causas biomédicas de la hemorragia post parto.</p>	<p>Patologías crónicas en la paciente, registrada en la historia clínica.</p> <p>Complicaciones obstétricas que presenta la paciente, registrada en la historia clínica.</p> <p>Causas biomédicas de la hemorragia post parto, registrada en la historia clínica.</p>	<p>Nominal.</p> <p>Nominal.</p> <p>Nominal.</p>	



**Anexo 2: Instrumento de recolección de datos**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO**

**FORMATO N° 01**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS  
PACIENTES CON HEMORRAGIA POST PARTO**

**Investigación:** Perfil epidemiológico de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020.

**INSTRUCCIONES:** El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas y registros de atención en el periodo de enero a junio del 2020; el llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, no se permite borrones o enmendaduras, tampoco cambiar o modificar los datos. Cada ficha de recolección de datos tiene un número y un espacio para las observaciones, en las que se deberá anotar con claridad si ocurriera los siguientes casos: falta un dato(s) será considerado como mal llenado; no existe físicamente la historia clínica; existe la historia clínica, pero está incompleta; historia clínica judicializada u otra observación.

Revisar las historias clínicas, luego en la ficha de recolección de datos, llenar la información solicitada o marque con una "X" según corresponda.

**I. Datos generales:**

- 1.1. Ficha N° \_\_\_\_\_
- 1.2. Responsable del llenado: \_\_\_\_\_
- 1.3. Fecha del llenado: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2020. Hora del llenado: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ horas
- 1.4. Región: \_\_\_\_\_
- 1.5. Provincia: \_\_\_\_\_
- 1.6. Distrito: \_\_\_\_\_
- 1.7. N° de historia clínica: \_\_\_\_\_

**II. Características de la paciente:**

- 2.1. Edad de la paciente en años: \_\_\_\_\_
- 2.2. Nivel de Instrucción de la paciente:
  - a) Sin instrucción (1)
  - b) Inicial (2)
  - c) Primaria (3)
  - d) Secundaria (4)
  - e) Superior técnico (5)
  - f) Superior universitario (6)
- 2.3. Estado civil de la paciente:
  - a) Soltera (1)
  - b) Conviviente (2)
  - c) Casada (3)
  - d) Viuda (4)
  - e) Divorciada (5)
- 2.4. Semanas de gestación en la primera atención prenatal: \_\_\_\_ semanas.

**III. Características epidemiológicas (Si, la gestante no presenta patologías o complicaciones dejar los ítems en blanco)**

- 3.1. Diagnóstico de hemorragia post parto:
  - a) Hemorragia Post Parto durante las primeras 24 horas (1)
  - b) Hemorragia Post Parto después de 24 horas (2)
- 3.2. Valor de hemoglobina de la paciente: \_\_\_\_\_ g/dl.
- 3.3. Peso pregestacional de la paciente: \_\_\_\_\_ kilogramos.

- 3.4. Talla de la paciente: \_\_\_\_\_ metros.
- 3.5. Número de partos de la paciente (sin incluir el actual): \_\_\_\_\_
- 3.6. Periodo intergenésico de la paciente:
- a) Sin periodo intergenésico (1)
  - b) Corto (menor a 18 meses) (2)
  - c) Normal (de 18 a 60 meses) (3)
  - d) Largo (mayor a 5 años) (4)
- 3.7. Antecedentes de morbilidad en la paciente:
- a) Legrado uterino previo (1)
  - b) Cesareada anterior (2)
  - c) Hemorragia en embarazos previos (3)
  - d) Consumo de drogas (4)
  - e) Otros antecedentes personales (5)
- Detalle 1: \_\_\_\_\_  
Detalle 2: \_\_\_\_\_
- 3.8. Patología crónica en la paciente.
- 3.8.1. \_\_\_\_\_
- 3.8.2. \_\_\_\_\_
- 3.8.3. \_\_\_\_\_
- 3.9. Complicaciones obstétricas que presentó la paciente.
- a) Polihidramnios (1)
  - b) Embarazo múltiple (2)
  - c) Miomas uterinos (3)
  - d) Síndromes hipertensivos del embarazo (4)
  - e) Traumatismos abdominales (5)
  - f) Trabajo de parto prolongado (6)
  - g) Otras complicaciones (7)
- Detalle 1: \_\_\_\_\_  
Detalle 2: \_\_\_\_\_
- 3.10. Causas biomédicas de la hemorragia post parto
- a) Atonía uterina (1)
  - b) Retención placentaria (2)
  - c) Placentación anormal (3)
  - d) Rotura uterina (4)
  - e) Inversión uterina (5)
  - f) Lesiones de cuello y vagina (6)
  - g) Coagulopatías (7)
  - h) Otras causas (8)
- Detalle 1: \_\_\_\_\_  
Detalle 2: \_\_\_\_\_

Observación:

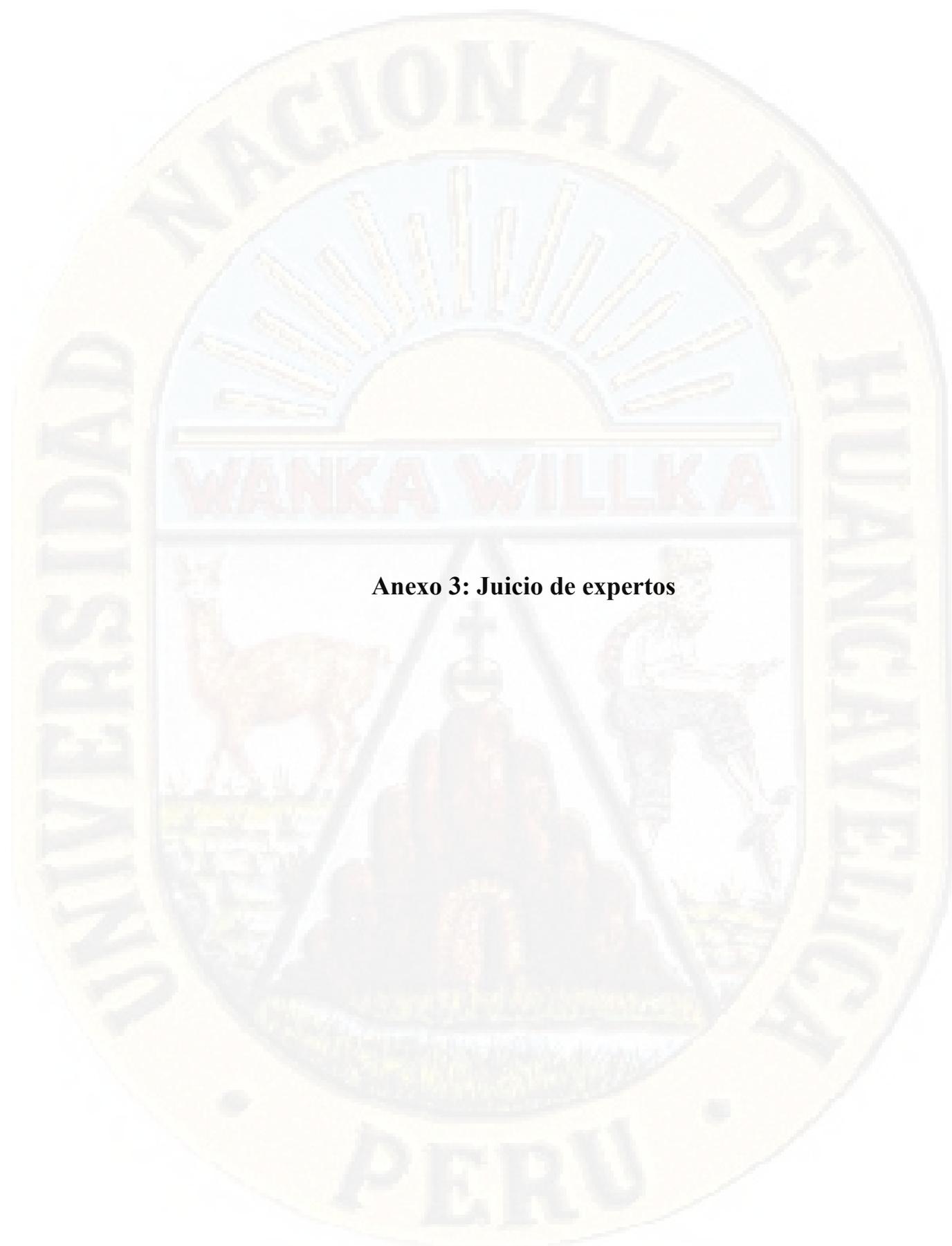
---



---



---



**Anexo 3: Juicio de expertos**

## Juicio de Experto

**Investigación:** Perfil epidemiológico de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020.

**Investigador:** Obsta. Bautista Espinoza, Zaid Medalid

**Indicación:** Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems de la “Ficha de recolección de datos sobre perfil epidemiológico de las pacientes con hemorragia post parto” que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

**NOTA:** Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy deficiente	2.- Deficiente	3.- Regular	4.- Buena	5.- Muy buena
-------------------	----------------	-------------	-----------	---------------

### INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

Variables de Estudio / ITEMS	1	2	3	4	5
<b>Variable:</b> Perfil epidemiológicas de las pacientes con hemorragia post parto					
<b>Dimensión: Características personales</b>					
1	Edad de la paciente en años.				
2	Nivel de instrucción de la paciente.				
3	Estado civil de la paciente.				
4	Índice de masa corporal pregestacional.				
5	Valor de hemoglobina de la paciente.				
<b>Dimensión: Características obstétricas</b>					
6	Paridad de la paciente.				
7	Periodo intergenésico de la paciente.				
8	Semanas de gestación en la primera atención prenatal.				
9	Diagnóstico de hemorragia post parto.				
<b>Dimensión: Características biomédicas</b>					
10	Antecedentes de morbilidades en la paciente.				
11	Patologías crónicas en la paciente.				
12	Complicaciones obstétricas que presento la paciente.				
13	Causas biomédicas de la hemorragia post parto				

**Recomendaciones:**

.....  
 .....  
 .....

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

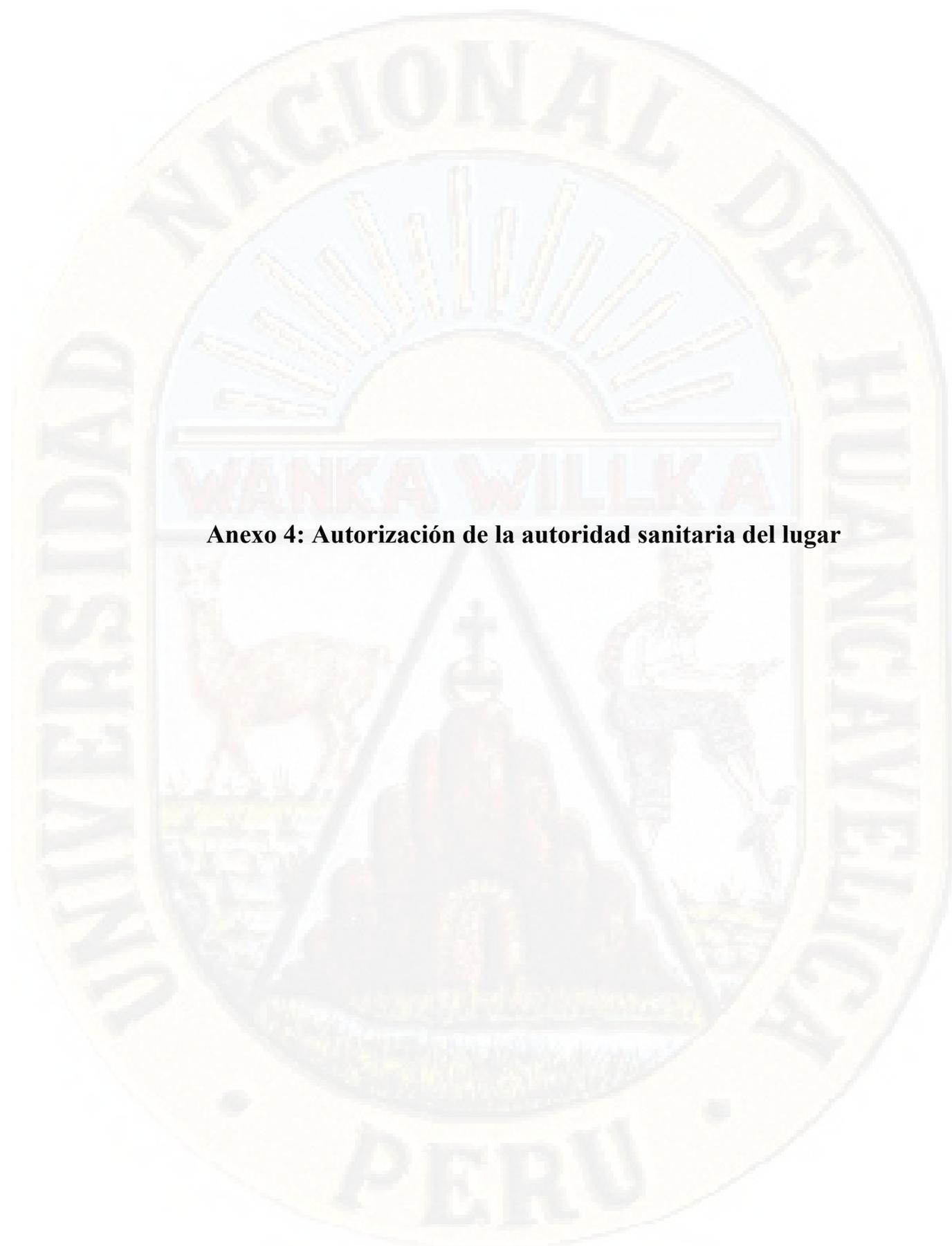
- a) Muy deficiente    b) Deficiente    c) Regular    d) Buena, para mejorar    e) Muy buena, para aplicar

<b>Nombres y Apellidos:</b>		<b>DNI N°</b>	
<b>Dirección:</b>		<b>Teléfono/Celular:</b>	
<b>Título Profesional:</b>			
<b>Grado Académico:</b>			
<b>Mención:</b>			

\_\_\_\_\_

Firma

Lugar y Fecha .....



**Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA**  
(Creado por Ley N° 25265)  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

.....  
**Director**

Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud  
Huancayo – Junín.

SD.

Yo, Zaid Medalid Bautista Espinoza identificado (a) con D.N.I. N° \_\_\_\_\_, egresada de la especialidad en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto me presento y digo.

Que, deseo realizar una investigación sobre el “Perfil epidemiológico de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020”.

Por lo cual solicito me brinde la autorización pertinente para poder tener acceso a la información de fuentes secundarias; por otra parte, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo será analizada de manera conjunta o grupal; por lo mencionado solicito se me expida la autorización y se me brinde las facilidades, para realizar la investigación.

Por lo expuesto, pido a Ud., acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Huancayo, 03 de setiembre del 2020.

\_\_\_\_\_  
Firma del Interesado