

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

(CREADA POR LEY N°25265)

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



TESIS

**HEMORRAGIA POSPARTO EN PUERPERAS DE
PARTO VAGINAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
DE PICHANAKI JUNIN 2020**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD MATERNO PERINATAL Y NEONATAL

PRESENTADO POR:

Obsta. SOTO SILVA, Susi Carem

Obsta. AROQUIPA FLORES, Yaneth

PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:

EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO

HUANCAVELICA – PERÚ

2022



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creada por Ley N° 25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huancavelica a las 8:35 horas del día siete de noviembre del año dos mil veintidós, nos reunimos los miembros del Jurado Evaluador, designado con Resolución N°0494-2022-D-FCS-R-UNH, de fecha 14 de octubre del 2022, conformado de la siguiente manera:

- Presidente : Dr. LEONARDO LEYVA YATACO
<https://orcid.org/0000-0003-2236-5062>
DNI N°: 09410828
- Secretario : Dra. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE
<https://orcid.org/0000-0003-1544-8863>
DNI N°: 42145123
- Vocal : Dra. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN
<https://orcid.org/0000-0002-1903-1355>
DNI N°: 20108555

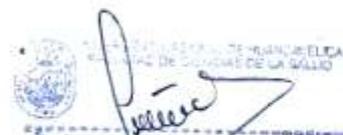
Con la finalidad de llevar a cabo el acto académico de sustentación de la tesis de segunda especialidad en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico, titulada: **HEMORRAGIA POSPARTO EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI JUNIN 2020**, aprobada mediante Resolución N°527-2022-D-FCS-R-UNH, donde se fija fecha y hora para el mencionado acto.

Sustentante(s):
SOTO SILVA, SUSI CAREM
DNI N°: 71229547
AROQUIPA FLORES, YANETH
DNI N°: 70038250

Concluida la sustentación de forma sincrónica, se procede con las preguntas y/u observaciones por parte de los miembros del jurado. Acto seguido, el presidente del Jurado Evaluador informa a la sustentante que se suspende la conectividad durante unos minutos para deliberar sobre los resultados de la sustentación de la tesis; llegando al calificativo de: **APROBADO** por **UNANIMIDAD**.

Para constancia se expide la presente Acta, en la ciudad de Huancavelica a los siete días del mes de noviembre del 2022.


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
.....
Leonardo Leyva Yataco
PRESIDENTE ASOCIADO


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
.....
Rossibel Juana Muñoz De La Torre
SECRETARIO


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
.....
Jenny Mendoza Vilcahuaman
DOCENTE


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
.....
LINA YANKUENA PINEDA
B.º DECANO


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
.....
Zaira Flor De La Cruz Ramos
SECRETARIO DOCENTE



TÍTULO DE LA TESIS

Hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020

AUTORES

Obsta. Soto Silva, Susi Carem

Obsta. Aroquipa Flores, Yaneth

ASESORA

Dra. Tula Susana Guerra Olivares

<https://orcid.org/0000-0002-4583-6384>

DNI 28271119

DEDICATORIA

A Dios por darnos la oportunidad de experimentar momentos de aprendizaje, y además por la salud que me brinda para llegar a cumplir mis metas.

A mi familia por su apoyo y porque me han dado todo lo que soy como persona, con valores, principios, perseverancia y coraje para conseguir mis propósitos.

Susi Carem

A mi madre con todo mi corazón, pues sin ella no lo habría logrado, por sus bendiciones a lo largo de mi vida me protege y me lleva por el camino del bien.

Dedico mi trabajo en ofrenda por tu paciencia y amor madre mía, con amor.

Yaneth

AGRADECIMIENTO

Este trabajo de investigación no hubiese sido posible, sin el esfuerzo y dedicación de su autora y sobre todo por la colaboración de cada una de las personas que desinteresadamente contribuyeron para su elaboración.

A la Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de Ciencias de la Salud Programa de Segunda especialidad por acogerme dentro de sus instalaciones, en donde tuve la dicha y oportunidad de formarme profesionalmente.

Al director del Hospital de Pichanaki Junín, mis agradecimientos por su apoyo en la elaboración de la presente tesis; igualmente a todo el personal que en él labora, por su colaboración y apoyo en la recolección de datos en la realización del presente trabajo de investigación.

Las autoras

ÍNDICE

| | |
|---|------|
| Acta de sustentacion..... | ii |
| Título de la tesis | iii |
| Autores | iv |
| Asesora..... | v |
| Dedicatoria | vi |
| Agradecimiento | vii |
| Índice..... | viii |
| Índice de tablas..... | x |
| Resumen..... | xi |
| Abstract | xii |
| Introducción | xiii |
| CAPÍTULO I | |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 14 |
| 1.1. Descripción del problema | 14 |
| 1.2. Objetivos de la investigación | 17 |
| 1.3. Justificación del estudio | 17 |
| 1.4. Limitaciones..... | 18 |
| CAPÍTULO II | |
| MARCO TEÓRICO..... | 19 |
| 2.1. Antecedentes del estudio..... | 19 |
| 2.2. Bases teóricas | 26 |
| 2.3. Definición de términos..... | 38 |
| 2.4. Variables de estudio | 39 |
| 2.5. Operacionalización de variable | 40 |
| CAPÍTULO III | |
| METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION | 43 |
| 3.1. Ámbito temporal y espacial | 43 |
| 3.2. Tipo de investigación | 43 |
| 3.3. Nivel de investigación..... | 44 |
| 3.4. Métodos de investigación..... | 44 |

| | |
|---|----|
| 3.5. Diseño de investigación | 44 |
| 3.6. Población, muestra y muestreo | 45 |
| 3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos..... | 45 |
| 3.8. Técnica de procesamiento y análisis de datos..... | 46 |
| CAPÍTULO IV | |
| PRESENTACION DE RESULTADOS | 47 |
| 4.1. Análisis de información | 47 |
| 4.2. Discusión de los resultados | 54 |
| Conclusiones | 56 |
| Recomendaciones:..... | 57 |
| Referencias bibliográficas..... | 58 |
| Apéndice: | 63 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | | |
|----------|--|----|
| Tabla 1. | Proporción de puérperas con hemorragia posparto atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020 | 47 |
| Tabla 2. | Características de las puérperas con hemorragia posparto atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020 | 48 |
| Tabla 3. | Causas de la hemorragia posparto primaria de las puérperas atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020 | 50 |
| Tabla 4. | Hemorragia uterina posparto secundaria de las puérperas atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020 | 51 |
| Tabla 5. | Complicaciones de la hemorragia uterina posparto de las puérperas atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020 | 52 |
| Tabla 6. | Hemoglobina posparto en puérperas con HPP atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020. | 53 |

RESUMEN

Objetivo. Determinar cómo es la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020 **Metodología.** Estudio no observacional descriptivo, prospectivo, muestreo no probabilístico por criterio. **Resultado.** La proporción de puérperas con hemorragia posparto atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020 fue del 10.4%; entre las características de las de las puérperas de parto vaginal con HPP, el 15.4% tuvieron menos de 18 años de edad, el 73.1% entre 20 y 34 y el 11.5% más de 35 años; el 11.5% tuvieron parto pretérmino y el 88.5% a término; el 7.7% sin instrucción, el 21.2% con primaria, el 57.7% secundaria, el 7.7% superior técnico y el 5.7% superior universitario; el 53.8% con control prenatal; el 9.6% sin periodo intergenésico, el 26.9% con periodo intergenésico menor a 24 meses y el 63.5% mayor a 24 meses; el 75.0% no contaba con plan de parto; el 3.8% no cumplieron con el plan de parto programado, el 21.2% sí; el 44.2% de puérperas con HPP, presentaron hemorragia posparto precoz o primaria de ellos el 26.9% presentaron atonía uterina, el 9.6% traumas y laceraciones en el canal de parto, el 7.7% retención de placenta y el 55.8% presentaron hemorragia posparto secundaria o tardía de ellos el 21.2% presentaron hemorragia posparto secundaria por subinvolución del lecho placentario, el 5.8% endometritis, el 28.2% retención de restos placentarios y entre las complicaciones de la HPP el 13.5% presentaron shock hipovolémico, el 48.1% presentaron anemia, de ellos el 38.5% presentaron anemia leve y el 9.6% anemia moderada.

Palabras clave: Puérpera, hemorragia posparto precoz y tardía.

ABSTRACT

Goal. To determine what postpartum hemorrhage is like in postpartum vaginal delivery women treated at the Hospital de Pichanaki Junín 2020 Methodology. Non-observational descriptive, prospective study, non-probabilistic sampling by criteria. Result. The proportion of puerperal women with postpartum hemorrhage treated at the Hospital de Pichanaki Junín 2020 was 10.4%; Among the characteristics of the vaginal delivery puerperal women with PPH, 15.4% were under 18 years of age, 73.1% between 20 and 34, and 11.5% over 35 years; 11.5% had preterm delivery and 88.5% at term; 7.7% without instruction, 21.2% with primary, 57.7% secondary, 7.7% higher technical and 5.7% higher university; 53.8% with prenatal control; 9.6% without intergenic period, 26.9% with intergenic period less than 24 months and 63.5% greater than 24 months; 75.0% did not have a birth plan; 3.8% did not comply with the scheduled delivery plan, 21.2% did; 44.2% of puerperal women with PPH presented early or primary postpartum hemorrhage, of which 26.9% presented uterine atony, 9.6% trauma and lacerations in the birth canal, 7.7% retained placenta and 55.8% presented secondary postpartum hemorrhage or late of them, 21.2% presented secondary postpartum hemorrhage due to subinvolution of the placental bed, 5.8% endometritis, 28.2% retention of placental remains and among the complications of PPH, 13.5% presented hypovolemic shock, 48.1% presented anemia, of 38.5% of them presented mild anemia and 9.6% moderate anemia.

Keywords: Postpartum, early and late postpartum hemorrhage.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia postparto (HPP) constituye la complicación del puerperio más importante y es un problema de salud pública mundial causado por alteraciones del tono uterino, lesiones en el canal de parto, retención de tejidos o coagulopatías, por lo que cada vez más se están estableciendo protocolos de actuación en los centros de atención con uso de oxitócicos que han mejorado la atención médica y disminuye el impacto en la mortalidad materna, sin embargo también pueden surgir otras complicaciones durante el puerperio como rotura e inversión uterina, anemia, infecciones, patologías mamarias, vasculares, psiquiátricas, entre otras, que afectan la salud de las pacientes en esta última etapa de la gestación.

A su vez, la mayor frecuencia de patologías puerperales ocurre en las primeras 24 horas después del parto, es decir, en el puerperio inmediato, es por eso que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la atención especial en este período de forma rutinaria, monitoreando el sangrado vaginal, contracciones uterinas, fondo uterino, temperatura y frecuencia cardíaca, además es necesario realizar un diagnóstico precoz de las complicaciones más frecuentes, realizando controles desde la primera hora postparto (1)

La incidencia de la hemorragia posparto es aproximadamente 4% de los partos vaginales y 6% de los partos por cesárea; así mismo la muerte en el mundo por hemorragia posparto en países en vías de desarrollo es 1 por 1 000 partos. En países en desarrollo y en países económicamente desarrollados, la hemorragia postparto (HPP) es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna severa (1).

El trabajo de investigación titulado hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020, se desarrolló bajo en enfoque de una investigación cuantitativa, cuya metodología fue descriptiva y retrospectiva, con una población y muestra inferior obtenida por los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados del informe de investigación se describen 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

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La hemorragia posparto (HPP) se define comúnmente como la pérdida de sangre de 500 ml o más en el término de 24 horas después del parto, es la causa principal de mortalidad materna en países de ingresos bajos y la causa primaria de casi un cuarto de todas las defunciones maternas en todo el mundo. La mayoría de las muertes provocadas por HPP ocurren durante las primeras 24 horas después del parto, las que podrían evitarse a través del uso profiláctico de agentes uterotónicos durante el alumbramiento y mediante un tratamiento oportuno y apropiado (2).

La incidencia de la hemorragia posparto es aproximadamente 4% de los partos vaginales y 6% de los partos por cesárea; la muerte en el mundo por hemorragia posparto en países en vías de desarrollo es 1 por 1 000 partos y en países en desarrollo y en países económicamente desarrollados, la hemorragia postparto (HPP) es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna severa (1,3).

Tal es así que la hemorragia posparto (HPP) representa la principal causa de muerte materna en los países pobres como el Perú, y es mucho menor en los países ricos, entre las causas la atonía uterina es la principal de HPP, con incidencia de uno de cada 20 partos, y es responsable de 50% de las muertes maternas en países como el nuestro a razón de (1 \ 100 000 en países ricos vs. 100 \ 100 000 en países pobres) (4).

La hemorragia posparto secundaria hace referencia al sangrado uterino excesivo que ocurre entre las 24 horas y las 06 semanas posteriores al parto, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cuantificación de la pérdida de sangre normal en el puerperio es difícil de establecer el volumen de sangre, para a partir de ello considerar hemorragia; este tipo de hemorragia puede conllevar a una inestabilidad hemodinámica del paciente, porque las pérdidas sanguíneas generalmente no pueden cuantificarse (3)

Evidencias reportan que una de cada cinco muertes maternas en las Américas es consecuencia de hemorragias obstétricas durante o inmediatamente después del parto, y cada día fallecen en la región alrededor de 16 mujeres por causas relacionadas con el embarazo o el parto, la mayoría de las cuales evitables con manejo adecuado y oportuno de las hemorragias que son su principal causa. Se estima que el 8.2% de las mujeres que dan a luz en América Latina sufrirán una hemorragia posparto grave que requerirá una transfusión a diferencia en las Américas, el manejo activo del parto implicaría una reducción de 770,000 hemorragias, 170,000 hemorragias severas y 140,000 transfusiones de sangre (5)

Para la OPS, describe que la hemorragia posparto es una de las complicaciones obstétricas más temidas por los obstetras a nivel mundial, pudiendo causar la muerte de las puérperas y sea una de las tres primeras causas de morbilidad materna a nivel mundial, siendo importante entre las causas principales la atonía uterina, traumatismo genital, rotura uterina, retención del tejido placentario, coagulación materna, entre otros, como la multiparidad y gestaciones múltiples (3, 6).

La OPS, informa que alrededor del 8,2% de mujeres pasan por cuadros de hemorragia posparto de nivel grave y que necesita de trasfusión sanguínea, los países con mayor incidencia de muertes maternas por hemorragia posparto en América Latina son: Bolivia, Guatemala, Perú, República Dominicana y Haití (7).

Según el Ministerio de Salud (MINSA), en el año 2020, se ha visto un incremento de muertes maternas de hasta un 31,6%; entre al año 2018 y el 2020; siendo Loreto quien lidera la tabla con 38 defunciones, seguido de 22 casos en el Cusco; así mismo según las características de los fallecimientos se encontraron: puerperio en el 63,3% y por motivos de hemorragia fue del 18% (8).

Se debe tener muy en cuenta que la hemorragia posparto a pesar de su incidencia baja, su importancia es de gran magnitud, y es causa principal de mortalidad materna en países de ingresos bajos como el nuestro y por ende en el hospital de Pichanaki se atiende a puérperas con esta patología con incidencia similar o superior a lo descrito, poniendo en alerta máxima a todo el personal de salud, lo que motivó caracterizar a las puérperas con HPP atendidas durante el año 2020; los resultados permitirán buscar acciones que mejoren la calidad de las atenciones durante el embarazo parto y puerperio.

1.1.1. Formulación del problema

1.1.1.1. Problema general

¿Cómo es la Hemorragia Posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020?

1.1.1.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características de las de las puérperas de parto vaginal con hemorragia posparto atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020?
- ¿Cuáles fueron las causas de la hemorragia uterina posparto primario de las puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020?
- ¿Cuáles fueron las causas de la hemorragia uterina posparto secundario de las puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020?

- ¿Cuáles fueron las Complicaciones de las puérperas con Hemorragia posparto atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020?

1.2. Objetivos de la investigación

1.2.1. Objetivo general

Determinar cómo es la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020.

1.2.2. Objetivos específicos

- Describir las características de las de las puérperas de parto vaginal con hemorragia posparto atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020.
- Determinar las causas de la hemorragia uterina posparto primario de las puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020.
- Determinar las causas de la hemorragia uterina posparto secundario de las puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020.
- Determinar las complicaciones de las puérperas con Hemorragia posparto atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020.

1.3. Justificación del estudio

La hemorragia posparto actualmente sigue siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y se considera un problema de salud pública, con el desarrollo de una gran población de tejido placentario en toda la pared uterina de cesáreas anteriores en países desarrollados, que aumentó debido a la introducción de (9)

Las mujeres negras son más propensas a tener sangrado posparto, lo que puede poner en peligro la vida, sin embargo, los medios para evaluar y diagnosticar

este efecto requieren especificidad y sensibilidad. Por lo tanto, todas las mujeres tienen una proporción del riesgo de sangrado posparto (10)

La hemorragia posparto es una de las principales causas de mortalidad materna, siendo la atonía uterina y el trauma entre sus causas más importantes, lo que aumenta el riesgo de sufrir hemorragia posparto. Esto requiere conocer la causa de la prevención y evitar la cesárea, la episiotomía y otros traumatismos a nivel genital no indicados médicamente (11).

1.4. Limitaciones

Este estudio, al igual que otros, tuvo algunas limitaciones, como una muestra pequeña con poca información sobre la evolución y manejo en los establecimientos médicos en estudio. En cuanto a la metodología, se utilizó una metodología descriptiva con suficiente información bibliográfica. Sin embargo, es importante señalar que existen debilidades significativas en la escasa calidad de los datos debido al pequeño tamaño de la muestra. Los datos obtenidos en los datos obtenidos llegaron a conclusiones correspondientes a los objetivos propuestos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. A nivel internacional.

Crespo y Medieta (12), en su artículo: Contexto de las hemorragias, en el puerperio inmediato, tuvieron como **objetivo:** determinar las causas de las hemorragias y las patologías asociadas a estas en las pacientes atendidas en el Hospital gineco obstétrico Enrique Sotomayor de Guayaquil, Ecuador en el periodo 2016 a 2018”; los **resultados:** de 528 pacientes, 160 presentaron hemorragias en el puerperio inmediato; asimismo, 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 26,25% y el 20% presentó acretismo placentario y finalmente las ocasionadas por atonía uterina fueron de un 25%, correspondiendo un 25% a coagulopatías; llegaron a la **conclusión:** 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.

Zambrano et al (13), realizaron una investigación titulada “Hemorragia post parto por desgarro perineal en mujeres primíparas”, tuvieron como

objetivo: determinar las causas e incidencia de hemorragia post parto por desgarro perineal en mujeres primíparas que fueron atendidas en el Hospital Público en la Provincia de El Oro, Ecuador; su **metodología:** se basó en un estudio descriptivo, retrospectivo, con una población de 50 mujeres primíparas, cuya información se obtuvo mediante un checklist con datos de historias clínicas y la aplicación de encuestas a 33 profesionales de la salud que atendieron este tipo de casos; obtuvieron los siguientes **resultados:** las hemorragias postparto por: desgarro perineal se dieron por falta de controles prenatales con 51,54% y por macrosomía fetal con 42,4%; asimismo, en la revisión de historias clínicas se observó que las causas son: parto prolongado con 52%, macrosomía fetal con 36% , de 15 a 19 años fue la edad más afectada coincidiendo en un alto porcentaje entre la encuesta con el 81,81% e historias clínicas en el 70%; la hemorragia por desgarro perineal por episiotomía fue 6% y la incidencia fue de 0 a 2 casos por mes durante un cuatrimestre; llegando a la **conclusión:** las causas de las hemorragias por desgarro perineal son; falta de control prenatal, macrosomía fetal, parto prolongado y las edades comprendidas entre 15 a 19 años, con respecto a la incidencia, no se pudo determinar los casos anuales; sin embargo, se descartó la hemorragia por desgarro perineal a causa de la episiotomía porque los datos estadísticos no fueron significativos.

Pérez et al (14), en su investigación “Hemorragia posparto temprana en puérperas atendidas en el Hospital General Provincial Docente de Ciego de Ávila”, donde tuvieron como **objetivo:** describir las características de la hemorragia posparto de acuerdo a algunas variables clínicas, volumen de sangre administrado y procedimiento quirúrgico aplicado en puérperas que presentaron hemorragia posparto temprana; los **método:** se realizó en base a un estudio observacional descriptivo transversal en 101 puérperas, que fueron trasfundidas con hemoderivados como parte del tratamiento de la hemorragia posparto temprana; obtuvieron los **resultados** siguientes: las causas principales de sangrado fueron; atonía

uterina, restos ovulares y alteraciones de inserción placentaria; el legrado uterino y la sutura de los desgarros del canal del parto fueron los procedimientos quirúrgicos más practicados para tratar la hemorragia; llegando a las **conclusiones:** la atonía uterina, las anomalías de inserción placentaria y los restos ovulares fueron las causas que produjeron el mayor número de hemorragias pospartos tempranas.

García et al (15) Hemorragia posparto secundaria o tardía, México 2017, Antecedentes: la hemorragia posparto, secundaria o tardía, es un tema que requiere estudiarse aún más; quizá no ha despertado el interés suficiente por su baja asociación con la mortalidad materna, pero sí alta morbilidad que puede determinar múltiples complicaciones y necesidad de hospitalización. Objetivo: con base en la evidencia científica disponible profundizar en el conocimiento de las diferentes condiciones que forman parte del concepto hemorragia posparto secundaria. Metodología: estudio retrospectivo mediante la búsqueda de artículos originales y revisiones sistemáticas en: PubMed, EMBASE, ScienceDirect y Biblioteca Cochrane. Para todos los sitios se utilizaron las palabras clave: “secondary postpartum hemorrhage”, “delayed postpartum hemorrhage”. Se seleccionaron los artículos de mayor nivel de evidencia. Conclusiones: a diferencia de lo que ocurre en la hemorragia posparto primaria, la hemorragia posparto tardía rara vez amenaza la vida de la mujer sin por ello dejar de afectarla seriamente, cuando así sucede suele deberse a padecimientos poco frecuentes y conocidos. En estos últimos es prioritario el diagnóstico temprano junto con el tratamiento multidisciplinario.

2.1.2. A nivel nacional.

Ledesma (16), en su investigación “Factores asociados a la hemorragia post parto en puérperas del Hospital II-2 Tarapoto, 2019”, donde tuvo como **objetivo:** determinar los factores asociados a hemorragia post parto en puérperas; la **metodología:** estuvo basado en un estudio

descriptivo, retrospectivo de corte transversal, la población estuvo constituida por las 50 puérperas de parto abdominal y parto vaginal, que presentaron hemorragia post parto y la muestra estuvo constituida por el 100% de la población, los datos fueron recolectados mediante la revisión de historias clínicas y fueron procesados a través del programa Excel y SPSS versión 23; los **resultados** obtenidos fueron: el 9% presentó el cuadro clínico de hemorragia post parto; el 24% tienen entre 36 a 45 años, el 46% son solteras, el 54% estudiaron secundaria completa y el 72% son amas de casa; asimismo, predominó como principal factor la atonía uterina con un 72%, seguido de lesiones por parto con un 22% y en un 6% se presentó retención de tejidos y finalmente de todos los casos de hemorragia post parto el 76% fueron denominados casos leves, el 20% fueron casos moderados y solo el 4% se diagnosticaron como casos severos; llegando a la **conclusión**: existe una gran presencia de factores clínico y biológicos en las hemorragias post parto resaltando entre ellos la atonía uterina.

Romero (17), en su tesis “Características de las puérperas que presentaron hemorragia postparto inmediato, en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja”, cuyo **objetivo**: determinar las características de las puérperas que presentaron Hemorragias Postparto Inmediato; su **metodología**: fue desarrollada como un método científico, de tipo observacional, con nivel de investigación descriptivo, según su dirección de tiempo es transversal retrospectivo; la población fueron 17 puérperas; asimismo, la técnica de recolección que se utilizó fue la documentación con revisión de historias clínicas mediante una encuesta; los **resultados** obtenidos son: el nivel educativo más alto fue de secundaria incompleta con el 64,7%, de zonas rurales con un 82,2% y de zonas urbanas un 11,8%; se observó que el mayor porcentaje correspondió a ocupación en su casa con un 64,7%; según la edad se encontraron entre 24 a 32 años con un 47,06% y de menor porcentajes de 42 a más con un 5,88%; también se encontró que el 64,71%, corresponde a convivencia

obteniendo un alto porcentaje y el menor porcentaje solteras con un 35,3%; según la paridad se tuvo a multíparas con un 76,47% y el 23,53% de primíparas; por otro lado, la insuficiencia en controles prenatales fue de 64,71% y el 11,76% no presentan control prenatal; en relación al IMC, las mujeres con peso normal fue del 82,35% y el 17,65% corresponde a mujeres con sobrepeso; además, el parto vía vaginal fue del 70,59%, el 11,76% fue por cesárea por emergencia y el 17,65% por cesarías efectiva; respecto a las complicación en el parto, se obtuvo que la mayor complicación de HPP fue de retención de tejidos con un 35,29%, seguida por alteración de la coagulación con 29,41% y desgarro de cuello uterino con 17,65 %, luego con un 11,76% atonía uterina y finalmente con un 5,88% desprendimiento placentario; en **conclusión**: se obtuvo que la complicación más importante fue la de retención de tejidos, en mujeres multíparas con procedencia de zona rural, de ocupación amas del hogar y con grado de estudio de nivel secundaria completa y/o incompleta, de edades entre 24 y 32.

Ale K (18), en su tesis “Factores de riesgo para hemorragia post parto en las puérperas atendidas en el Hospital Daniel Alcides Carrión nivel III, Tacna en el año 2016”, donde tuvo como **objetivos**: Identificar los factores que incrementan significativamente el riesgo de hemorragia post parto en las puérperas; los **métodos**: se analizaron en un estudio de tipo retrospectivo, transversal, de caso y control y con enfoque en el campo de la Salud Pública; obteniendo así los **resultados**: frecuencia de HPP 6,6% de un total de 1091 partos atendidos; entre las características obstétricas más frecuentes se encontraron que la edad materna entre 19 a 35 años fue del 80,4%, primíparas en el 39,3%, con cesárea previa del 33,9%, anemia durante el embarazo en el 42,9%; estadísticamente la cesárea previa obtuvo un valor de OR=4,23 y la anemia de OR=4,54 aumentan el riesgo de HPP; asimismo, la inducción del trabajo de parto fue del 26,8%, el parto prolongado del 39,3%, cesárea de emergencia del 28,6%, desgarro vaginal de I y II grado en el 28,6% y 12,5%, retención

de placenta del 67,9% y atonía uterina en el 19,6%, lo que aumentan el riesgo de HPP; además, los factores del neonato que incrementan el riesgo de HPP son edad gestacional pre termino con un OR=11,3 y sexo femenino de OR=2,39%.

Ramírez et al (19), realizaron una investigación titulada “Prevalencia y perfil epidemiológico de puérperas con hemorragia postparto, Ayacucho 2000 a 2015”, cuyo **objetivo:** 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, del 2000 al 2015; la **metodología:** fue de diseño observacional analítico de casos y controles en la población de puérperas con hemorragia postparto, constituida por 932 casos y 2779 controles de un total de 42 594 partos atendidos en dicho período; obtuvieron los siguientes **resultados:** la prevalencia de hemorragia postparto fue de 2,19%; la causa principal fue la atonía uterina, tanto en los partos vaginales como en las cesáreas; existe relación entre la hemorragia posparto con la anormalidad de la dinámica del trabajo de parto, parto prolongado, macrosomía fetal, preeclampsia severa y desprendimiento prematuro de placenta; en **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.

Espinoza (20) complicaciones del puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-2013 con el objetivo de este estudio fue determinar las características de las pacientes con complicaciones del puerperio inmediato atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del HVCM Cuenca 2013. Método y materiales: Siendo un estudio descriptivo, retrospectivo donde se seleccionaron las historias clínicas de

las pacientes que presentaron complicaciones en el puerperio inmediato mediante un formulario de recolección de datos que incluyó factores sociodemográficos, características del embarazo actual, antecedentes gineco obstétricos y sus complicaciones. Los datos fueron evaluados a través del programa SPSS versión 15 a través de estadística descriptiva. Resultados: Un total de 365 pacientes presentaron complicaciones en el puerperio inmediato, donde 46,6% tenían entre 15-23 años, 43% estaban en Unión libre, 76,8% con estudios de secundaria y 65,2% en zonas urbanas. El 84,4% asistió a consulta prenatal y 63,6% fueron sometidas a cesárea. Las complicaciones encontradas fueron: hipotonía uterina (58,1%), anemia (23,6%), atonía uterina (8,2%), desgarros (6,8%) y alumbramiento incompleto (3,3%). La mortalidad materna fue del 0,5%. La hipotonía/atonía uterina fue más común en las pacientes con cesárea, en cambio los desgarros y el alumbramiento incompleto en el parto vaginal. Conclusiones: La hemorragia postparto debido a hipotonía/atonía uterina fue la complicación más frecuente del puerperio inmediato en el hospital, siendo más frecuente en las pacientes entre 33-41 años y en las pacientes atendidas por cesárea.

Neira (21) causas y complicaciones obstétricas relacionadas a la hemorragia post parto. 2022, con el Objetivo: Determinar las causas y complicaciones obstétricas relacionadas a la hemorragia post parto. Diseño: Es una revisión bibliográfica de tipo cualitativo. Ámbito de estudio: Se realizó mediante una revisión exhaustiva de estudios científicos publicados en diferentes bases de datos, también se consideró las revistas indexadas. Sujetos de estudio: Se consideró 31 artículos publicados en el periodo del 2016 al 2020, los cuales cumplieron con los criterios de elegibilidad. Resultados: El 39% de los estudios revisados utilizaron una metodología de tipo descriptivo, el 26% de los estudios fueron de tipo revisión sistemática, el 13% de los estudios revisados utilizó una metodología de tipo analítico, el 13% de los estudios revisados fueron de tipo cohorte y el 9% de los estudios revisados fue de

tipo casos y controles. La causa obstétrica más frecuente durante el embarazo en pacientes con hemorragia post parto fue la gestación múltiple 29%, durante el parto fue el desgarro perineal 47%, durante el puerperio fue la atonía uterina 62% y la complicación de la hemorragia post parto fue la mortalidad materna 13%. Conclusiones: El estudio concluye que existen evidencias científicas sobre las causas y complicaciones obstétricas relacionadas con la hemorragia post parto.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Embarazo

Es el periodo que describe el desarrollo fetal dentro del útero materno, tiene una duración de 40 semanas o 9 meses aproximadamente, por lo que se calcula desde último periodo de menstruación hasta la hora del parto; este periodo se divide en tres trimestres. El primer trimestre se inicia el embarazo con la fecundación del espermatozoide al ovulo, luego estos gametos fecundados se convierten en una célula llamada cigoto, la cual se transporta por las trompas de Falopio hasta llegar a la pared del útero donde se implanta, cabe mencionar que antes de llegar al útero, el cigoto pasa por diferentes divisiones celulares, y además, secuencialmente se transforma en feto y placenta; esta última, es la encargada de crear un vínculo del feto y madre; asimismo, proporcionar nutrientes y oxígeno al feto (22).

El segundo trimestre, consta de la semana 13 a la 28 de gestación, entre los sucesos más importantes son los siguientes: se visualiza el sexo fetal entre la semana 18 en adelante, en la semana 20 se presencia movimientos fetales por la parte materna, a partir de la semana 24 se crean las huellas de las manos y los pies. El último trimestre se considera de la semana 29 a la 40, en esta etapa los huesos del feto están en 90% completos, sin embargo, siguen blandos; si nace antes de las 36 semanas se les considera prematuros tardíos y en la semana 37 solo prematuros; por lo general estos niños suelen tener complicaciones en el desarrollo,

en la vista, auditivos, hasta parálisis cerebral. A partir de la semana 38 se le considera a término temprano, y de igual modo que los prematuros tardíos suelen tener riesgos o complicaciones en comparación de los niños que nacen a partir de la semana 39 en adelante; estos niños a término suelen tener mejor salud, ya que sus pulmones, cerebro se encuentran formados y por completo. Por último, los bebés que nacen de la semana 41 se les llama a término tardío y a partir de la semana 42 se considera posttérmino (22)

2.2.2. Parto

El parto es el tiempo en el cual el bebé es expulsado del útero materno por medio de dilataciones, inducidos o por intervención quirúrgica; el parto se clasifica de tres maneras: la primera, parto vaginal, esta se genera de forma natural, y es la expulsión del bebé por el conducto vaginal por medio de dilaciones continuas e intensas; la segunda manera es por cesárea; que es la intervención quirúrgica que se realiza en el abdomen materno a la altura del útero, se realiza cuando el personal de salud identifica algún riesgo previo al parto o en el mismo labor de parto, entre las causas más importantes se encuentran; posición podálica fetal, placenta previa, sufrimiento fetal, embarazo gemelar o complicaciones maternas que pongan en peligro ambas vidas (23).

Por último, el parto inducido, se realiza cuando la fecha del parto previsto aún no se presenta, o bien, cuando existe complicaciones maternas y fetales; este tipo de parto se puede inducir manualmente o por medio de fármacos como la oxitocina y epidural (23).

2.2.3. Etapas o periodos del parto

2.2.3.1. Periodo de dilatación

Se inicia con las contracciones que realiza el útero para que empiece a dilatarse la cérvix hasta el punto que el cuerpo del bebé pueda pasar por este conducto hasta el exterior; se considera el periodo más largo del parto, ya que se encuentra

relacionado a los partos anteriores de la mujer; ya que en caso de ser un parto primerizo el tiempo es mayor en comparación de los partos siguientes; por lo general puede demorarse entre 5 a 12 horas en mujeres primíparas y de 2 a 8 horas en mujeres multíparas (23)

El periodo de dilatación se encuentra dividida en dos fases: el primero es, el borramiento del cuello, que se caracteriza por las contracciones poco frecuentes y de baja intensidad intensas, estas tienen como objetivo, ablandar y acortar el cérvix hasta que esta se desaparezca; la segunda fase es, dilatación, donde se incrementa la intensidad, frecuencia y duración de las contracciones, cabe mencionar, que la dilación debe llegar a ser completa cuando se llegue a los 10 cm (23)

2.2.3.2. Periodo expulsivo

Una vez se haya completado las dilaciones hasta llegar a los 10 cm del cérvix, se procede al descenso y expulsión de la cabeza del bebé por el conducto vaginal; de igual manera se encuentra vinculada a madres primíparas o multíparas; en caso de que el perímetro cefálico del bebé sea mayor a lo normal, se procede a realizar una episiotomía, esto ayudara a evitar un desgarro; su duración varia de 30 minutos a 1 hora (23)

Después de expulsar al bebé por completo se procede a cortar el cordón umbilical, eliminar las secreciones de la boca y nariz; este procedimiento se realiza antes que el bebé empiece a llorar e inhalar oxígeno, provocando el llenado de oxígeno dentro de sus pulmones (23)

2.2.3.3. Periodo del alumbramiento

El periodo de alumbramiento básicamente es la expulsión de la placenta, para que ello suceda, se reinicia nuevas

contracciones después de terminar el periodo de expulsión, cerca de 10 minutos después de la expulsión fetal (24)

2.2.4. Puerperio

Es la fase que inicia en el culmino del parto hasta restablecer el aparato genital de la mujer, es decir, hasta que vuelva a su estado inicial antes de empezar el embarazo; tiene una duración de 6 semanas hasta 2 meses; también es conocida como cuarentena, ya que en la mayoría de casos su duración es de 40 días (25)

El puerperio se encuentra dividido en 3 fases, el primero lleva por nombre de puerperio inmediato, ya que se considera dentro de las 24 horas después del parto, su objetivo es vigilar un posible riesgo de hemorragia post parto; el segundo es el puerperio clínico, que es el periodo en el cual la puérpera está internada en el centro de salud, en caso de haber tenido un parto vagina y no exista complicaciones dura aproximadamente 48 horas; sin embargo, en casos de parto por cesaría, el tiempo se extiende cerca de 5 días; y el ultimo, es el puerperio tardío, que constituye el tiempo que transcurre desde el alta del centro de salud hasta que el aparato genital regrese a su estado natural (25)

2.2.5. Hemorragia posparto

Es la pérdida de sangre mayor a 1000 ml con presencia de sintomatología de hipovolemia dentro de 24 horas después del culmino del parto. Las casusas más comunes de este tipo de hemorragia son: atonía uterina, laceraciones del tracto genital, episiotomía, rotura uterina, trastornos hemorragíparos, entre otros (26)

2.2.5.1. Hemorragia posparto temprano

Es la pérdida de sangre exagerada dentro de las 24 horas después de terminar el parto, se considera de nivel grave; asimismo, entre sus causantes se encuentran la atonía uterina,

lesiones, retención de las partes de la placenta y síndromes de coagulación (27)

2.2.5.2. Hemorragia posparto tardía o secundaria

Este tipo de hemorragia puede darse dentro de las 24 horas y se extiende hasta 12 semanas después del parto, sus causas comunes son: retención de restos de la placenta e infección; la cantidad del volumen sanguíneo que se pierde es impreciso, lo que causa una demora en la intervención quirúrgica. Se presenta en el 0.5 a 2% de las mujeres (28)

2.2.5.3. Causas de la Hemorragia posparto

Las causas de la HPP se agrupan en cuatro categorías que responden a la regla nemotécnica de las cuatro “T”: tono (atonía uterina), tejido (retención de productos de la concepción), trauma (en el tracto genital) y trombina (en relación a las alteraciones de la coagulación) (29).

Los factores de riesgo asociados a las distintas causas son los siguientes: (29).

Atonía Uterina: causa más frecuente de hemorragia postparto, asociada al 50% y responsable del 4% de muertes maternas, o Sobre distensión uterina (embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal), o Falta de vacuidad uterina, o Gran multiparidad, o Trabajo de parto prolongado, o Miomatosis, o Parto precipitado, o Manipulación uterina., o DPPNI, o Placenta previa o Parto anterior con atonía, o Uso de relajantes uterinos (sulfato de magnesio, agentes anestésicos halogenados) o Infección intramniótica (29)

Feto muerto intraútero o Embolismo de líquido amniótico, **retención de productos** o Expulsión incompleta de la placenta ,o Cirugía uterina previa o Paridad alta o Placenta anómala (29)

Lesión Canal Genital o Desgarro del canal blando o en cesárea o Rotura uterina o Inversión uterina(29)

Alteraciones De La Coagulación o Previas. Hemofilia A, enfermedad de von Willebrand o Adquirida en embarazo: plaquetopenia de la preeclampsia, PTI, CID o Anticoagulación terapéutica (29).

2.2.5.4. Manejo de la hemorragia posparto primaria

En lo posible debe ser etiológico, Simultáneo, coordinado y multidisciplinario, con Manejo práctico y consensuado, Sólo personal indispensable y con roles claramente definidos, Monitorización y control continuo (29).

Informar a usuarias y familiares, Regla de oro: salvar la vida, no la fertilidad.

Tiempo 0: (29).

Sospechar, diagnosticar y actuar en forma proactiva, tratando de realizar diagnóstico etiológico (4 T), Solicitar ayuda, Dos vías venosas e inicio de la administración de cristaloides (Ringer Lactato o SF), ABC materno administrar oxígeno, iniciar monitorización de signos vitales, Solicitar hematocrito, plaquetas y pruebas de coagulación.

Tiempo de 0-30 minutos (29).

Mantener monitorización de signos vitales, Revisión instrumental y extracción manual de placenta, si corresponde, Compresión manual del útero, Masaje uterino externo, Reparación de desgarros y laceraciones, Iniciar administración de oxitocina en bolo (5 -10 U ev.) y/o infusión continua, Mantener infusión de oxitocina (20 U en 500 CC. de Suero fisiológico a 125 ml/ hora), Administrar metilergonovina 1 ampolla IM, Continuar con administración de cristaloides, así

mismo administrar Ringer Lactato o Suero fisiológico – No hay ventaja del uso de coloides sobre cristaloides – Tres veces el volumen de la pérdida estimada “la vida puede ser mantenida temporalmente manteniendo el volumen circulante y la función cardíaca, mientras se inicia el manejo con hemoderivados”.

Tiempo 30 – 60 minutos (29).

Mantener vigilancia del estado general y signos vitales, Sonda Foley y comenzar a medir diuresis, ATB profilácticos (Clindamicina 600 mg c/8 horas + Ceftriaxona 1 gr EV) , Uso de Misoprostol 600-800 mg rectales, Masaje uterino bimanual (ver figura 1), Comenzar reposición de hemoderivados, Solicitar exámenes antes de la indicación, No es terapia para expansión del volumen Indicada cuando se ha documentado la pérdida, cuando clínicamente sea necesaria y/o cuando exista sangrado activo – Siempre si Hb < 6 - 8 g/dl (24%) – Usar en proporción de GR4: PFC2: Plaquetas 1, Mantener Hematocrito > 21%, Plaquetas > 50 mil/mm³, Fibrinógeno > 100 mg/dL, INR < 1.5(29).

Después de los 60 minutos (29).

Una vez agotados los tratamientos médicos, si persiste la hemorragia debe plantearse el tratamiento quirúrgico, El tipo de tratamiento quirúrgico va a depender de la paridad, presencia de trastorno de coagulación y experiencia quirúrgica (29).

Alternativas: Ligadura de arterias uterinas (Tto conservador), Ligadura de arterias hipogástricas (Tto conservador), Packing uterino (Tratamiento conservador, controvertido, principalmente en lugares sin acceso a pabellón o experiencia quirúrgica); se recomienda packing con uso de 5 ó 6 compresas anudadas embebidas con suero o antiséptico, dentro de la cavidad. Balón de Bakri en lugares donde esté disponible.

Mantener packing por 6 a 24 horas, mientras se traslada, Sutura de B- Lynch, se recomienda uso de sutura de reabsorción lenta, Histerectomía obstétrica total o subtotal (29).

2.2.5.5. Manejo de la hemorragia posparto secundaria

Mujer inestable y/o en observación Evaluación y observación en unidad de cuidados medios gineco obstétricos.

Mujer estable resuelta con tratamiento médico:

Reposo absoluto si corresponde, durante las primeras 6 horas.

Reposo relativo con levantada asistida, Vigilancia de ingesta líquidos abundante, Evaluar estado general, Control de signos vitales cada 6 hrs, Apósito genital, Observación de metrorragia cada 1hr., durante las primeras 2 horas y luego cada 4 horas o según indicación médica (30)

Considerar: Cantidad: Considerar excesiva si la pérdida es mayor a una compresa empapada. **Color:** Primeras 24 horas de color hemático. **Olor:** Si es de mal olor, Evaluar altura uterina e involución, Supervisión de lactancia materna, Mantener vía venosa permeable, Indicar analgésicos por horario y según indicación médica, Realizar aseo genital según necesidad, Pesquisar signos de anemia, Toma de exámenes si corresponde, Vigilar y medir diuresis espontánea, Descartar globo vesical, Evaluación médica y cumplir indicaciones médicas, Registrar en ficha clínica (30).

Mujer estable resuelta con tratamiento quirúrgico:

Informar a la mujer su condición, Supervisar reposo absoluto si corresponde, De ser reposo relativo supervisar levantada asistida, Vigilar ingesta líquidos, Vigilar estado general, Control de signos vitales cada 6 hrs, Apósito genital, Observación de metrorragia cada 1hr., durante, las primeras 2 horas y luego cada 4 horas o según indicación médica (30).

Considerar: Cantidad: excesiva si la pérdida es mayor a una compresa empapada. **Color:** primeras 24 horas de color hemático. **Olor:** si es de mal olor. Evaluar retracción uterina e involución, Supervisión de lactancia materna, Mantener vía venosa permeable, Indicar analgésicos por horario y según indicación médica, Realizar aseo genital según necesidad, Pesquisar signos de anemia, Toma de exámenes si corresponde, Vigilar y medir diuresis espontánea, Descartar globo vesical, Evaluación médica y Registrar en ficha clínica (30).

En caso de traslado a centro de mayor complejidad:

Traslado con 2 vías venosas, Resumen de traslado, Traslado con acompañante (matrón(a) y/o técnico paramédico), Informar a familiares o referente definido por la mujer, Consentimiento informado (30).

2.2.5.6. Atención en la hemorragia posparto

El personal médico se encarga de estimar el sangrado, llevar un seguimiento de signos vitales cada 15 min durante 2 horas, asimismo, canaliza las vías de las venas, ordenar análisis de laboratorio, biometría hemática y perfil de coagulación; además, administra el oxígeno por medio de mascarillas, se encargan también de mantener la temperatura adecuada, evitando la hipotermia; coloca catéteres Foley, ejecuta maniobras en atonía uterina, administrar y vigilar la medicación y fluidos, entre otros (31)

El personal encargado de las atenciones posparto debe intervenir en informar las causas de la hemorragia de la puérpera a su pareja o familiares, sugerir el reposo en cama, en caso de complicaciones transportar a la paciente al centro de salud más cercano para su intervención y colocar una vía periférica para la re sustitución de líquidos (31)

2.2.6. Estimación de pérdida sanguínea en la hemorragia

La estimación de la pérdida del volumen sanguíneo por hemorragia posparto por medio visual es un método impreciso y subestimado, causando retraso en la intervención del personal médico; existen muchos métodos para valorar esta pérdida sanguínea, entre ellas se tiene a la bolsa de recolección que facilita la cantidad de la pérdida; asimismo, la pérdida sanguínea por hemorragia puede subestimar en un promedio del 50% y hasta un 10% de la volemia en gestantes sin anemia (32)

En la actualidad, no existe algún método preciso ni económico que ayude en el conteo de pérdida sanguínea, por lo que muchos de los centros de salud realizan por método visual para su estimación (32)

2.2.7. Complicaciones de la puérpera con hemorragia posparto

Cuando existe una pérdida exagerada en el volumen sanguíneo después de pasar por un parto, puede producirse un desplome en la presión arterial, lo que a su vez provocaría un shock y/o muerte materna en el caso de no ser intervenido de inmediato (33)

2.2.8. Hemoglobina en el posparto

Los valores normales de hemoglobina dentro de las 24 y 36 horas posparto son $> 12\text{g/dl}$; en caso de ser menor se denomina anemia posparto y su prevalencia se presenta al 50% dentro de las 48 horas. En la gran mayoría de puérperas se estabiliza después de la semana del parto, sin embargo, en muchos casos suele ser una complicación muy grave; la mejoría de la gestante va estar relacionada a la alimentación y suplementación previo al parto o en la etapa del puerperio (34)

2.2.9. Recomendaciones para la prevención de la HPP

1. Se recomienda el uso de agentes uterotónicos para la prevención de la HPP durante el alumbramiento, para todos los partos. (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada)
2. La oxitocina (10 UI, IV/IM) es el uterotónico recomendado para la prevención de la HPP. (Recomendación fuerte, pruebas científicas de

- calidad moderada) 3. En los lugares en los que no se dispone de oxitocina, se recomienda el uso de otros agentes uterotónicos inyectables (si resulta apropiado, ergometrina/metilergometrina o la combinación farmacológica fija de oxitocina y ergometrina) o misoprostol oral (600 µg). (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada) 4. En los lugares en los que no se dispone de parteras capacitadas y no se dispone de oxitocina, se recomienda la administración de misoprostol (600 µg VO) por personal sanitario de la comunidad y personal de la salud lego para la prevención de la HPP. (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada) 5. En los lugares en los que las parteras capacitadas están presentes, se recomienda la TCC para los partos vaginales si el prestador de salud y la mujer parturienta consideran importantes una pequeña reducción de la pérdida de sangre y una pequeña reducción de la duración del alumbramiento. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad alta) 6. En los lugares en los que no se dispone de parteras capacitadas, no se recomienda la TCC. (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada)
3. Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (realizado entre 1 y 3 minutos después del parto) para todos los partos, al mismo tiempo que se comienza la atención esencial simultánea del recién nacido. (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada) No se recomienda el pinzamiento temprano del cordón umbilical (35)

2.2.10. Recomendaciones para el tratamiento de la HPP

El uso de la oxitocina intravenosa sola es el uterotónico recomendado para el tratamiento de la HPP, Si no se dispone de oxitocina intravenosa, o si el sangrado no responde a la oxitocina, se recomienda el uso de ergometrina intravenosa, una dosis fija de oxitocina-ergometrina o prostaglandinas sintéticas (incluido misoprostol sublingual, 800 µg) (35).

Se recomienda el uso de cristaloides isotónicos con preferencia al uso de coloides para la reanimación inicial con líquidos intravenosos de las mujeres con HP(35).

Se recomienda el uso de ácido tranexámico para el tratamiento de la HPP si la oxitocina y otros agentes uterotónicos no logran detener el sangrado o si se considera que el sangrado podría deberse, en parte, a un traumatismo.

Se recomienda el masaje uterino para el tratamiento de la HPP (35).

Si otras medidas han fracasado y se dispone de los recursos necesarios, se recomienda el uso de embolización de la arteria uterina como tratamiento para la HPP por atonía uterina, Si el sangrado no se detiene a pesar del tratamiento con agentes uterotónicos y otras intervenciones conservadoras disponibles se recomienda el uso de intervenciones quirúrgicas (35).

Se recomienda el uso de compresión uterina bimanual como medida temporaria hasta que se disponga de la atención apropiada para el tratamiento de la HPP por atonía uterina después de un parto vaginal(35).

Se recomienda el uso de compresión aórtica externa para el tratamiento de la HPP por atonía uterina después de un parto vaginal, como medida temporaria hasta que se disponga de la atención apropiada (35).

No se recomienda el uso de taponamiento uterino para el tratamiento de la HPP por atonía uterina después de un parto vaginal.

No se recomienda el uso de ergometrina para el tratamiento de la placenta retenida, dado que puede causar contracciones uterinas tetánicas que pueden demorar la expulsión de la placenta (35)

No se recomienda el uso de prostaglandina alfa E2 (dinoprostono o sulprostono) para el tratamiento de la placenta retenida.

Se recomienda la administración de una dosis única de antibióticos (ampicilina o cefalosporina de primera generación), si se lleva a cabo la extracción manual de la placenta (35).

2.3. Definición de términos

Hemorragia posparto.

Es la pérdida excesiva del volumen sanguíneo >500 ml y con la presencia de hipovolemia dentro de las 24 horas en el inicio del puerperio y puede suceder semanas después de este acontecimiento.

Puérpera.

Se considera puérpera a la etapa que cursa una mujer desde que culmina el parto hasta que su órgano sexual regrese a su normalidad antes de haber gestado, puede durar entre 6 y 8 semanas después del parto.

Parto vaginal.

Es un método natural en el cual se expulsa el bebé del útero materno hacia el exterior por medio de contracciones uterinas y dilatación del cérvix.

Cesárea.

Es el método quirúrgico abdominal que se realiza a la altura uterina para extraer al bebé, solo se debe de realizar por indicaciones del médico o ginecólogo, ya sea porque existe complicaciones maternas o fetales.

Anemia posparto.

Es el decaimiento de hemoglobina que se da dentro de la semana posparto, se encuentra causada por la pérdida de sangre en el parto o por un déficit del nutriente. Para considerarse anemia, la hemoglobina debe ser <12 g/dl.

Complicaciones maternas posparto.

Son problemas que se darán en la etapa del puerperio y que pueden poner en peligro la salud de la madre.

Complicaciones fetales.

Son problemas que se relacionan con el feto dentro del útero materno.

Atonía uterina.

Es la dificultad del útero para que se pueda contraer después del culmino del parto.

2.4. Variables de Estudio

2.4.1. Identificación de Variable

Variable: Hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal

Dimensiones:

- Características de las puérperas con hemorragia posparto
- Hemorragia uterina postparto Primaria
- Hemorragia uterina postparto Secundaria
- Complicaciones de las puérperas con Hemorragia posparto

2.5. Operacionalización de variable

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensión | Indicador | Ítems | Valor |
|---|--|---|--|-----------------------|--|---|
| Hemorragia posparto en púerperas de parto vaginal | Es la pérdida de sangre mayor a 1000 ml con presencia de sintomatología de hipovolemia dentro de 24 horas después del culmino del parto (27) | Análisis documental de las historias clínicas de las gestantes con Hemorragia posparto en púerperas de parto vaginal; y registro en la ficha de recolección de datos. | Características de las púerperas con hemorragia posparto | Edad | Años | Numérico |
| | | | | Edad gestacional | Semanas | Nominal |
| | | | | Nivel de instrucción | Sin instrucción, Primaria, Secundaria, Superior Técnico Superior Universitario | Ordinal |
| | | | | Atención prenatal | >6APN, <6APN | Nominal |
| | | | | Periodo intergenésico | Años y meses | |
| | | | | Plan de parto | Si No | |
| | | | Causas de hemorragia postparto Primaria | Atonía Uterina | Sobre distinción uterina | Nominal |
| | | | | | Corioamnionitis | |
| | | | | | Agotamiento muscular | |
| | | | | | Retención de placenta y tejidos | Placenta retenida- especialmente Placenta accreta |
| Coágulos | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|------------------------------|---------|------------|
| | | | | Restos placentarios | | |
| | | | Traumas y laceraciones del canal de parto | Desgarros del canal de parto | Nominal | |
| | | | | Rotura Uterina | | |
| | | | | Dehiscencia uterina | | |
| | | | | Inversión Uterina | | Si No |
| | | | | Defectos de la coagulación | | Adquiridas |
| | | | Congénitas | | | |
| | | Hemorragia uterina postparto Secundaria | Su involución del lecho placentario | Si No | Nominal | |
| | | | Retención de restos placentarios. | Si No | | |
| | | | Endometritis | Si No | | |
| | | | Trastornos de la coagulación. | Si No | | |
| | | Complicaciones de las puérperas con Hemorragia posparto | Choque hipovolémico | Si No | Nominal | |
| | | | Coagulación vascular diseminada | Si No | | |
| | | | Insuficiencia renal | Si No | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------------------------------|-------------|--|
| | | | | Insuficiencia hepática | Si No | |
| | | | | Isquemia de miocardio | Si No | |
| | | | | Síndrome de dificultad respiratoria | Si No | |
| | | | | Muerte | Si No | |
| | | | | Hb a 30 días posparto | Hemoglobina | |

CAPÍTULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. Ámbito temporal y espacial

El presente estudio fue desarrollado en el Hospital de Pichanaki, comprensión de la región Junín, con un hospital en construcción que beneficiará a más de 100 mil pobladores, quienes tienen un riesgo potencial epidémico de enfermedades, por las condiciones extremas de vulnerabilidad entre ellos: Contaminación del agua/ alimentos, hacinamiento, colapso de sistemas de agua y desagüe, exposición al frío y la humedad, falta de abrigo, presencia de vector y criaderos, falta de agua para aseo personal, presencia de vector y criaderos, presencia de roedores, inadecuada higiene, contacto con agua contaminada, interrupción del control sanitario de alimentos y agua, contaminación agua, alimentos, presencia del vector y falta de reordenamiento de la vivienda, alimentación en masa (olla común); así mismo expresa las condiciones inadecuadas de la preparación, distribución y almacenamiento de alimentos, proliferación de canes callejeros y pobladores con problemas de orden psicológico: ansiedad y estrés (36).

3.2. Tipo de investigación

El estudio fue una investigación observacional, retrospectiva, descriptiva, de corte transversal, porque ninguna de las variables está influenciada de ninguna manera, sino que utiliza métodos de observación para llevar a cabo el estudio; por lo tanto, la naturaleza de las variables o su comportamiento no está en manos del investigador, describe la realidad tal como se presenta en una situación de espacio y de tiempo dado sin introducir modificaciones (37)

3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo, cuyo propósito fue describir situaciones y eventos, de cómo se manifiestan determinados fenómenos; es decir busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades, etc., en este caso buscó describir la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020 (38).

3.4. Métodos de investigación

3.4.1. Método general

Se utilizó el método inductivo, es aquel que 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 (37).

3.4.2. Método Básico

Se utilizó el método descriptivo porque describe las características de la población de estudio en su forma natural, basada en la observación.

3.5. Diseño de investigación

Según Hernández el diseño es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea. El estudio correspondió a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental fue la de realizar una interpretación correcta del fenómeno (37).

Donde:

M O

M: puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020

O: Hemorragia posparto.

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

La población lo constituyeron todas las gestantes atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín durante el año 2020 y que fueron 500 HC de puérperas atendidas; Hernández refiere que 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 (37).

3.6.2. Muestra:

La muestra fue no probabilística por criterio, y se incluyeron todas las puérperas Hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020 y que fueron 52 puérperas (38).

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica:

La técnica utilizada fue el análisis documental; Esta técnica permitió el análisis documental de las Historias Clínicas, registros de seguimiento, de las puérperas atendidas Hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020, la información fue recolectada por los investigadores de campo previamente capacitados y estandarizados para tal fin.

3.7.2. Instrumento:

El instrumento fue la ficha de recolección de datos conteniendo la variable y subvariables a estudiar; la cual fue elaborada en base al planteamiento del problema, propósito, objetivos, variables de estudio entre otros y los datos recogidos fueron ordenados, codificados e ingresados a una tabla en Excel y luego para el análisis fue transportada al software SPSS 23,

paquete estadístico intuitivo y versátil que posibilita en análisis de datos de investigaciones con enfoque cuantitativo.

3.8. Técnica de procesamiento y análisis de datos

Primero se realizó un ordenamiento, clasificación y codificación de los datos recolectados en el trabajo de campo. Se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2016 y se importó la base de datos del Excel al programa SPSS 23 para Windows, con la finalidad de realizar el análisis estadístico descriptivo según la naturaleza del estudio y los datos son presentados en tablas de frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central.

CAPÍTULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1. Análisis de información

En el presente trabajo de investigación cuyo título: Hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020, cuya metodología fue de tipo descriptivo retrospectivo y de corte transversal con una población y muestra censal obtenida por criterios de inclusión y exclusión cuyos resultados se expone a continuación:

Tabla 1. Proporción de puérperas con hemorragia posparto atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020

| Total, de gestantes atendidas | Frecuencia N=500 | Porcentaje 100% | Porcentaje acumulado |
|--------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| Puérperas con HPP | 52 | 10.4 | 10.4 |
| Puérperas sin hemorragia posparto | 448 | 89.6 | 100.0 |
| Total | | 100.0 | |

Fuente: ficha de recolección de datos sobre Hemorragia posparto atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020.

En la tabla 1. Del total de puérperas con hemorragia posparto atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020, que fueron 52 (100%); el 10.4% (52) puérperas presentaron hemorragia posparto y el 89.6% (448) puérperas no presentaron hemorragia posparto.

Tabla 2. Características de las de las puérperas con hemorragia posparto atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020

| Características de puérperas | Frecuencia (n=52) | Porcentaje (h%=100%) | Porcentaje acumulado |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Edad de puérpera | | | |
| ≤ a 19 años | 08 | 15.4 | 15.4 |
| De 20 a 34 años | 38 | 73.1 | 88.5 |
| De 35 años a mas | 06 | 11.5 | 100.00 |
| Edad gestacional al parto | | | |
| Pretérmino <36semanas | 06 | 11.5 | 11.5 |
| A termino 37 a 41 semanas | 46 | 88.5 | 43.6 |
| Nivel de instrucción | | | |
| Sin instrucción | 4 | 7.7 | 7.7 |
| Primaria | 11 | 21.2 | 28.9 |
| Secundaria | 30 | 57.7 | 86.6 |
| Superior técnico | 04 | 7.7 | 94.3 |
| Superior universitario | 03 | 5.7 | 100.0 |
| Atención prenatal | | | |
| ≥ 6 APN | 28 | 53.8 | 53.8 |
| < 6 APN | 24 | 46.2 | 100.0 |
| Periodo intergenésico | | | |
| Sin periodo intergenésico | 05 | 9.6 | 9.6 |
| < 24 Meses | 14 | 26.9 | 36.5 |
| >24 meses | 33 | 63.5 | 100.0 |
| Contaba con plan de parto | | | |
| No | 39 | 75.0 | 75.0 |
| Si | 13 | 25.0 | 100.0 |
| Cumplió con el plan de parto | | | |
| No cumplió | 02 | 3.8 | 3.8 |
| Si cumplió | 11 | 21.2 | 25.0 |
| No tuvo plan de parto | 39 | 75.0 | 100.0 |

Fuente: ficha de recolección de datos sobre Hemorragia posparto atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020.

En la tabla 1. Del total de puérperas con hemorragia posparto atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020, que fueron 52 (100%); el 15.4% (08)

puérperas tuvieron menor de 18 años, el 73.1%(38) puérperas tuvieron la edad entre 20 y 34 años y el 11.5%(06) puérperas tuvieron mayor a 35 años.

El 11.5% (06) puérperas tuvieron menor de 36 semanas o parto pretérmino y el 88.5% (46) puérperas tuvieron parto a término.

El 7.7% (04) puérperas fueron sin instrucción, el 21.2% (11) puérperas tuvieron instrucción primaria, el 57.7% (30) puérperas tuvieron instrucción secundaria, el 7.7% (04) puérperas tuvieron instrucción superior técnico y el 5.7% (03) puérperas tuvieron instrucción superior universitario.

El 53.8% (28) puérperas tuvieron mayor o igual a 6 atenciones prenatales y el 46.2% (24) puérperas tuvieron menor a 6 atenciones prenatales.

El 9.6% (05) puérperas fueron sin periodo intergenésico, el 26.9% (14) puérperas tuvieron un periodo intergenésico menor a 24 meses y el 63.5% (33) puérperas tuvieron periodo intergenésico mayor a 24 meses.

El 75.0% (39) puérperas no contaba con plan de parto y el 25.0% (13) puérperas si contaban con plan de parto.

El 3.8% (02) puérperas no cumplieron con el plan de parto programado, el 21.2% (11) puérperas si cumplieron con el plan de parto y el 75.0% de puérperas no tuvieron su plan de parto programado.

Tabla 3. Causas de la hemorragia posparto primaria de las de las puérperas atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020

| Hemorragia posparto primaria | Frecuencia (n=52) | Porcentaje (h%=100%) | Porcentaje acumulado |
|-------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Atonía uterina | 14 | 26.9 | 26.9 |
| Traumas y laceraciones | 05 | 9.6 | 36.5 |
| Retención de placenta | 04 | 7.7 | 44.2 |
| No presentó HPP primaria | 29 | 55.8 | 100.0 |

Fuente: ficha de recolección de datos sobre Hemorragia posparto atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020.

En la tabla 3. Del total de puérperas con hemorragia posparto atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020, que fueron 52 (100%); el 26.9% (14) puérperas presentaron atonía uterina, el 9.6% (05) puérperas presentaron traumas y laceraciones en el canal de parto, el 7.7.%(04) puérperas presentaron retención de placenta y el 55.8%(29) puérperas no presentaron hemorragia posparto primaria o precoz.

Tabla 4. Causas de hemorragia uterina posparto secundario de las de las puérperas atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020

| Hemorragia uterina posparto secundaria | Frecuencia (n=55) | Porcentaje (h%=100%) | Porcentaje acumulado |
|---|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Subinvolución del lecho placentario | 11 | 21.2 | 21.2 |
| Endometritis | 03 | 5.8 | 27.0 |
| Retención de restos placentarios | 15 | 28.8 | 55.8 |
| No presenta HPP secundaria | 23 | 44.2 | 100.0 |

Fuente: ficha de recolección de datos sobre Hemorragia posparto atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020.

En la tabla 4. Del total de puérperas con hemorragia posparto atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020, que fueron 52 (100%); el 21.2% (11) puérperas presentaron hemorragia posparto secundaria por su involución del lecho placentario, el 5.8% (03) puérperas presentaron endometritis puerperal, el 28.2% (15) puérperas presentaron retención de restos placentarios y el 44.2% (23) No presentaron Hemorragia posparto secundaria.

Tabla 5. Complicaciones de la hemorragia uterina posparto de las puérperas atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020

| Complicaciones de puérperas con HPP | Frecuencia (n=52) | Porcentaje (h%=100%) | Porcentaje acumulado |
|--|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Choque hipovolémico | 07 | 13.5 | 13.5 |
| Anemia | 25 | 48.1 | 61.6 |
| Ninguno | 20 | 38.4 | 100.0 |

Fuente: ficha de recolección de datos sobre Hemorragia posparto atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020.

En la tabla 5. Del total de puérperas con hemorragia posparto atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020, que fueron 52 (100%); el 13.5% (07) puérperas presentaron shock hipovolémico como complicación de la hemorragia posparto, el 48.1% (25) puérperas presentaron Anemia y el 38.4% de las puérperas no presentaron complicación de la Hemorragia Posparto.

Tabla 6. Hemoglobina posparto en puérperas con HPP atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020.

| Hemoglobina Posparto | Frecuencia n=52 | Porcentaje 100% | Porcentaje acumulado |
|---|--------------------|--------------------|-------------------------|
| Hb > o igual a 11 g/dL | 27 | 51.9 | 51.9 |
| Hb de 10,0 a 10,9 g/dL (anemia leve) | 20 | 38.5 | 90.4 |
| Hb de 7,0 a 9,9 g/dL (anemia moderada) | 05 | 9.6 | 100.0 |

Fuente: ficha de recolección de datos sobre Hemorragia posparto atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020.

En la tabla 6. Del total de puérperas con hemorragia posparto atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020, que fueron 52 (100%); el 51.9% (27) puérperas no presentaron anemia posparto, el 38.5% (20) puérperas presentaron anemia leve posparto y el 9.6%(05) puérperas presentaron anemia moderada en el posparto.

4.2. Discusión de los resultados

Entre las características de las de las puérperas de parto vaginal con HPP atendidas en el Hospital de Pichanaki durante el año 2020, la mayoría el 73.1% tuvieron la edad entre 20 y 34 años, el 57.7% con instrucción secundaria, el 53.8% con control prenatal; el 63.5% con periodo intergenésico mayor a 24 meses; el 75.0% no tuvieron plan de parto y el 88.5% fueron gestantes a término, los resultados se contrastan con Ledesma (16) y Romero (17), en el que muestran que el grupo etario con mayor prevalencia fueron jóvenes los que padecieron HPP; así mismo tuvieron instrucción secundaria. Romero (17) encontró que fueron las multíparas en un 76,47% y el 23,53% primíparas y contrario al presente estudio que el 64.71% con controles prenatales incompletos. Los resultados muestran que las mujeres jóvenes representan el bono demográfico y por ende expuestos al embarazo y la exposición a la morbilidad en este caso la Hemorragia posparto.

La proporción de puérperas con hemorragia posparto atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020 fue del el 10.4%, el 44.2% de puérperas presentaron hemorragia posparto precoz o primaria de ellos el 26.9% por atonía uterina, el 9.6% por traumas y laceraciones en el canal de parto, el 7.7.% por retención de placenta, resultado que contrasta con Ramírez et al (19) en su estudio similar encontró una prevalencia de hemorragia postparto de 2.19% muy inferior al presente estudio; sin embargo similar al presente estudio encontró que la causa principal de la HHP precoz fue la atonía uterina. Por el contrario Crespo y Medieta (12), y Ledesma (16) en estudio similar hallaron una prevalencia de HPP inmediata muy superior al presente estudio, de 528 pacientes, 160 presentaron hemorragias en el puerperio inmediato; sin embargo las causas son similares al presente estudio donde el 48.75% de pacientes con HPP, fueron por desgarro del suelo pélvico, el 35% por hematomas en las paredes del suelo pélvico, el 20% por acretismo placentario, el 25% por atonía uterina y el 25% por coagulopatías. Los resultados del estudio de Pérez et al (14) refuerzan nuestro estudio al concluir que la atonía uterina, las anomalías de inserción

placentaria y los restos ovulares fueron las causas que produjeron el mayor número de hemorragias pospartos tempranas. La diferencia de la prevalencia de HPP, en los estudios expresa que los aspectos clínicos y fisiológicos del parto deben identificarse oportunamente a fin de brindarle el tratamiento adecuado.

El 55.8% de puérperas con HPP, presentaron hemorragia posparto secundaria o tardía de ellos el 21.2% por subinvolución del lecho placentario, el 5.8% por endometritis, el 28.2% por retención de restos placentarios, no se encontraron autores para contrastar estos resultados, sin embargo García et al (15) concluye que la hemorragia posparto tardía rara vez amenaza la vida de la mujer sin por ello dejar de afectarla seriamente, sin embargo exige alerta y manejo especializado para evitar complicaciones.

Entre las complicaciones de las puérperas con Hemorragia posparto atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020, el 13.5% presentaron shock hipovolémico, el 48.1% anemia, de ellos el 38.5% con anemia leve y el 9.6% con anemia moderada. Entre los autores contrastados Neira (21) en su estudio de revisión sistemática sobre HPP, encontró que la complicación de la hemorragia post parto fue la mortalidad materna en el 13%; así mismo Espinoza (20) en su estudio similar, encontró entre las complicaciones de la HPP entre otros indicadores encontró que el 23.6% de las puérperas tuvieron Anemia. Los resultados permiten valorar el riesgo potencial de la entidad médica y el grado de recomendación de suficiente y buena práctica clínica en el caso.

Conclusiones

1. Se determinó que las características de las de las puérperas de parto vaginal con HPP atendidas en el Hospital de Pichanaki durante el año 2022, la mayoría el 73.1% tuvieron la edad entre 20 y 34 años, el 57.7% con instrucción secundaria, el 53.8% con control prenatal; el 63.5% con periodo intergenésico mayor a 24 meses; el 75.0% no tuvieron plan de parto y el 88.5% fueron gestantes a término.
2. La proporción de puérperas con hemorragia posparto atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020 fue del el 10.4%.
3. Se determinó que las causas de HPP, en la población en estudio, el 44.2% de puérperas presentaron hemorragia posparto precoz o primaria de ellos el 26.9% por atonía uterina, el 9.6% por traumas y laceraciones en el canal de parto, el 7.7.% por retención de placenta.
4. Se determinó que el 55.8% de puérperas con HPP, presentaron hemorragia posparto secundaria o tardía de ellos el 21.2% por subinvolución del lecho placentario, el 5.8% por endometritis, el 28.2% por retención de restos placentarios.
5. Se determinó que las complicaciones de las puérperas con Hemorragia posparto atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020, el 13.5% presentaron shock hipovolémico, el 48.1% anemia, de ellos el 38.5% con anemia leve y el 9.6% con anemia moderada.

Recomendaciones:

Al gobierno regional de Junín

- Se recomienda implementar y promover el desarrollo de políticas públicas integrales para fortalecer la salud materna perinatal de calidad, incluyendo todos los procesos que aseguren la salud materna y perinatal.

A las autoridades de salud del Hospital de Pichanaki:

- Implementar guías de manejo abreviado de la hemorragia posparto, cuya implementación de recursos tenga una vigencia sostenida, ya que por tratarse de una entidad clínica de emergencia exige respuestas eficiente, inmediata y multidisciplinaria.
- Promover la capacitación de los profesionales del área, poniendo énfasis en la atención prenatal eficiente y de calidad, mejorando la cartera de servicios que se ofertan, con una adecuada integración de los servicios que se ofrecen para garantizar la continuidad de la atención.

Referencias bibliográficas

1. ANTEPARA, Delia Crespo; TOLEDO, Lenin Byron Mendieta. Contexto de las hemorragias, en el puerperio inmediato. Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, 2019, vol. 17, no 3.
2. OMDL, Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. World Health Organization, 2014, vol. 1, p. 1-38.
3. GARCÍA-LAVANDEIRA, Sandra, et al. Hemorragia posparto secundaria o tardía. Ginecología y obstetricia de México, 2017, vol. 85, no 4, p. 254-266.
4. CABRERA, Santiago. Hemorragia posparto. Revista peruana de ginecología y Obstetricia, 2010, vol. 56, no 1, p. 24-32.
5. OMS/OPS La hemorragia posparto. Boletín informativo 2015 https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54207/boletinhemorragias_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. OPS/OMS. [Internet]. Hemorragia Posparto; 2015; [citado 2022 ene 15]. [1 pantalla]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54207/boletinhemorragias_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. OPS/OMS. [Internet]. Iniciativa de la OPS/OMS busca reducir las muertes maternas por hemorragias en países de las Américas; 2015; [citado 2022 ene 15]. [1 pantalla]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10592:2015-pahowho-initiative-seeks-to-reduce-maternal-deaths-from-hemorrhage&Itemid=1926&lang=es
8. MINSA. [Internet]. Muerte materna; 2021; [citado 2022 ene 15]. 17p. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE042021/03.pdf>
9. Gogarten W. Postpartum hemorrhage an update. Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther. [Internet] 2011 [citado 2022 feb 20];46(7-8):508-

514. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21815120/>
doi:10.1055/s-0031-1284470
10. Watkins E, Kelley T. Postpartum hemorrhage. JAAPA. [Internet] 2020 apr[citado 2022 feb 20]; 33(4):29-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32224823/> doi: 10.1097/01.JAA.0000657164.11635.93.
11. Oyelese Y, Ananth C. Postpartum hemorrhage: epidemiology, risk factors, and causes. Clin Obstet Gynecol. [Internet]2010 [citado 2022 ene 21];53(1):147-156. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20142652/> doi:10.1097/GRF.0b013e3181cc406d
12. Crespo C, Mendieta L. Contexto de las hemorragias, en el puerperio inmediato. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. [Internet]2019 [citado 2022 feb 19]; 17(3):5-9. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v17n3/1812-9528-iics-17-03-5.pdf>
13. Zambrano V, Vera S, et al. Hemorragia postparto por desgarro perineal en mujeres primíparas. Rev Cumbres. [Internet] 2018 sep [citado 2022 feb 20];5(1):125-135. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7210411>
14. Pérez R, Reyes W, et al. Hemorragia posparto temprana en puérperas atendidas en el Hospital General Provincial Docente de Ciego de Ávila. Mediciego. [Internet]. 2017 abr [citado 2022 feb 17];23(4):1029-3035. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2017/mdc174b.pdf>
15. García Lavandeira S, Álvarez-Silvares E, Rubio-Cid P, Borrajo-Hernández E. Hemorragia posparto secundaria o tardía. Ginecol Obstet Mex 2017 abril;85(4):254-266.
16. Ledesma M. Factores asociados a la hemorragia post parto en puérperas del Hospital II-2 Tarapoto, 2019. Tesis de Posgrado. [Internet]. Universidad Nacional de San Martín; Tarapoto, Perú. 2021 [citado 2022 feb 9]. 63p. Disponible en: <https://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/3880>
17. Romero A. Características de las puérperas que presentaron hemorragia postparto inmediato, en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja. Tesis de Posgrado. [Internet]. Universidad Peruana los Andes; Huancayo, Perú. 2019

- [citado 2022 feb 10]. 96p. Disponible en: https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1464/TI037_20005373_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Ale K. Factores de riesgo para hemorragia post parto en las puérperas atendidas en el Hospital Daniel Alcides Carrión nivel III, Tacna en el año 2016. Tesis de Posgrado. [Internet]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; Tacna, Perú. 2017 [citado 2022 feb 13]. 106p. Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/2292>
19. Ramírez B, Castro K, Carhuayo S. Prevalencia y perfil epidemiológico de puérperas con hemorragia postparto. Ayacucho 2000-2015. Revista Colombiana Salud Libre. [Internet] 2017 [citado 2022 feb 18]; 12 (1): 7-14. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/326269924_Prevalencia_y_perfil_epidemiologico_de_puerperas_con_hemorragia_postparto_Ayacucho_2000-2015
20. ESPINOZA, Lourdes Isabel Naula, et al. Complicaciones del puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-2013. Revista latinoamericana de hipertensión, 2019, vol. 14, no 2, p. 205-212.
21. NEIRA CARRIÓN, Carmen Flor. Causas y complicaciones obstétricas relacionadas a la hemorragia post parto. 2022.
22. NIH. [Internet]. Información sobre el embarazo; 2020; [citado 2022 mar 3]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion>
23. Top Doctor. [Internet]. Embarazo; 2020; [Citado 2022 mar 4]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/embarazo#Gestaci%C3%B3n%20y%20parto>
24. Junta de Castilla y León. [Internet]. Fases del parto; 2020; [citado 2022 mar 5]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/ventanafamilias/es/embarazo-parto/parto/fases-parto>

25. Natalben. [Internet]. Qué sucede en el puerperio o cuarentena; 2022; [citado 2022 mar 8]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.natalben.com/puerperio>
26. MSD. [Internet]. Hemorragia posparto; 2020 ene; [citado 2022 marzo 9]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/hemorragia-posparto>
27. Karlsson H., Pérez C. Hemorragia postparto. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2009 [citado 2022 mar 30] ; 32(1): 159-167. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014&lng=es.
28. FASGO. [Intenet]. Hemorragia postparto; 2019; [citado 2022 mar 10]. 40p. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_2019_Hemorragia_Post_Partto.pdf
29. Rocio Moreno Selva HEMORRAGIA DEL POSTPARTO INMEDIATO, PRECOZ Y TARDÍO 2011. Complejo hospitalario universitario de Albacete. España 2011.
30. Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio. ministerio de salud de Chile. 1ª edición y publicación 2015. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO_web.-08.10.2015-R.pdf
31. Narváez H, Flores M, et al. [Internet]. Aplicación del proceso de atención de Enfermería en pacientes con hemorragias de postparto inmediato, mediano, tardío; 2019 may; [citado 2022 mar 15]; [1 pantalla]. Disponible en: <https://revistamedica.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-hemorragia-postparto/#ATENCION-DE-ENFERMERIA-EN-PACIENTES-CON-HEMORRAGIA-POSTPARTO>
32. FASGO. [Internet]. Hemorragia postparto; 2019; [citado 2022 mar 10]. 40p. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_2019_Hemorragia_Post_Partto.pdf

33. Stanford Children's Health. [Internet]. Hemorragia posparto; 2021; [citado 2022 mar 21]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=postpartumhemorrhage-90-P05596>
34. Castilla M, Donado C, et al. ¿Conocemos los factores asociados al descenso de hemoglobina en el posparto?. ClinInvestGinObst. [Internet] 2015 [citado 2022 mar 23];42(4):165-170. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-pdf-S0210573X14000240>
35. OMDL, Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. World Health Organization, 2014, vol. 1, p. 1-38.
36. Ministerio de salud. Dirección regional de Junín Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades DIRESA Junín Red de Salud Pichanaki 2019. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.dge.gob.pe/porta/1/docs/vig_post_desastres/sur/Junin020419.pdf
37. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Pilar Baptista Lucio M. Metodología de la investigación. 6.^a ed. México: McGraw-Hill; 2014.
38. Carrasco Diaz S. Metodología de la investigación científica. primera. Lima: San Marcos; 2005.
39. Bernal Torres CA. Metodología de la investigación. 3.^a ed. Colombia: Pearson; 2008. 322 p.

Apéndice:

Apéndice 1: Matriz de consistencia

TITULO: HEMORRAGIA POSPARTO EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI JUNIN 2020

| Problema | Objetivos | Variable / Dimensiones | Metodología |
|--|---|---|--|
| <p>¿Cómo es la Hemorragia Posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020?</p> | <p>Objetivo general: Determinar cómo es la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020.</p> <p>Objetivo específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir las características de las de las puérperas de parto vaginal con hemorragia posparto atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020. • Determinar las causas de la hemorragia uterina posparto primario de las puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020. • Determinar las causas de la hemorragia uterina posparto secundario de las puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020. • Determinar las complicaciones de las puérperas con Hemorragia posparto atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020. | <p>Univariable: Hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal</p> <p>Dimensión 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Características Características de las puérperas con hemorragia posparto <p>Dimensión 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia uterina postparto Primaria <p>Dimensión 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia uterina postparto Secundaria <p>Dimensión 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones de las puérperas con Hemorragia posparto | <p>Tipo de Investigación Descriptivo, prospectivo y transversal</p> <p>Nivel de Investigación Descriptivo</p> <p>Diseño de Investigación Descriptivo simple</p> <p>M O Donde: M= Ppuérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020.</p> <p>O= Hemorragia posparto.</p> <p>Población: Todas las 500 puérperas atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020.</p> <p>Muestra: No probabilístico por criterio</p> <p>Técnicas de Procesamiento y Análisis de datos</p> <p>a. Estadística Descriptiva b. programas Estadísticos</p> |

Apéndice 2: Instrumento de recolección de datos

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

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE HEMORRAGIA POSPARTO EN
PUERPERAS**

Investigación: HEMORRAGIA POSPARTO EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI JUNIN 2020

INSTRUCCIONES: El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas, registros de atención e informes de visita domiciliaria; el llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, no se permite borrar, tampoco cambiar o modificar los datos. Cada ficha de recolección de datos tiene un número y un espacio para anotar con claridad los datos solicitados. No debe considerar HC mal llenado; historia clínica incompleta; historia clínica judicializada.

I. CARACTERÍSTICAS DE LAS PUERPERAS CON HEMORRAGIA

POSPARTO:

- 1.1. Ficha N° HC N°
.....
- 1.2. Edad de la puérpera:Años
- 1.3. Edad gestacional a final de embarazo:Semanas
- 1.4. Nivel de instrucción: Sin Instrucción () Primaria () Secundaria ()
Superior Técnico () Superior universitario ()
- 1.5. Atención prenatal: a. \geq a 6 APN () < a 6 APN ()
- 1.6. Periodo intergenésico:Años yMeses
- 1.7. Contaba con Plan de parto: Si () No ()
- 1.8. Cumplió con el plan de parto: Si () No ()

II. HEMORRAGIA UTERINA POSPARTO PRIMARIA (marque con una "X" dentro del paréntesis)

- 2.1. **Atonía uterina:**
 - a. Sobredistincion Uterina ()
 - b. Corioamnionitis ()
 - c. Agotamiento muscular ()
- 2.2. **Retención de placenta y tejidos:**
 - a. Placenta retenida- especialmente Placenta acreta ()
 - b. Coágulos ()
 - c. Restos Placentarios ()
- 2.3. **Lesión del canal de parto.**
 - a. Desgarro del canal de parto ()
 - b. Rotura Uterina

c. Dehiscencia uterina

2.4. Inversión Uterina

a. Inversión uterina: Si () No ()

2.5. Defectos de Coagulación

a. Adquiridas ()

b. Congénitas ()

III. HEMORRAGIA UTERINA POSPARTO SECUNDARIA (marque con una “X” dentro del paréntesis)

3.1. Hemorragia uterina posparto secundaria.

a. Subinvolución del lecho placentario ()

b. Endometritis ()

c. Trastornos de la coagulación ()

IV. COMPLICACIONES DE LA HPP (marque con una “X” dentro del paréntesis)

a. Choque hipovolémico ()

b. Insuficiencia Renal ()

c. Insuficiencia Hepática ()

d. Isquemia del miocardio ()

e. Síndrome de dificultad respiratoria ()

f. Síndrome de sheehan ()

g. Muerte ()

h. Otro importante anote:

.....

V. HEMOGLOBINA POSPARTO DE PUERPERAS CON HPP

a. Hemoglobina después del parto hasta los 30 días postparto:

..... Gr/ Dl.

Apéndice 3: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar



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

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR
Dr.

.....
DIRECTOR DEL HOSPITAL DE PICHANAKI CHANCHAMAYO -JUNIN

SD.

Yo, Aroquipa Flores Yaneth, identificado (a) con D.N.I. N° 70038250, y Soto Silva, Susi Carem con D.N.I. 71229547, ambas de profesión obstetra, egresadas de la especialidad en EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto nos presentamos y exponemos:

Que, deseando realizar una investigación sobre HEMORRAGIA POSPARTO EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI JUNIN 2020; solicitamos a usted, nos 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.

Pichanaki, 02 de febrero del 2022.

.....
AROQUIPA FLORES YANETH,
D.N.I. N° 70038250

.....
SOTO SILVA, SUSI CAREM
D.N.I. N° 70038250