



UNIVERSIDAD ESTATAL DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA



**PREVALENCIA, CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA
HEMORRAGIA POSTPARTO (HPP) EN LAS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE
GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERIODO
ENERO – DICIEMBRE 2014.**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO Y MÉDICA**

AUTORES

JUAN JOSÉ CALLE SIGUENCIA.

DIANA ESTEFANÍA ESPINOZA BARRERA

DIRECTOR

DR. JORGE VICTORIANO MEJÍA CHICAIZA

ASESORA

DRA. BRIGITH VANESSA BORJA ROBALINO

CUENCA-ECUADOR

2015



RESUMEN

ANTECEDENTES.

La hemorragia postparto es considerada una de las principales complicaciones obstétricas a nivel mundial y representa una causa importante de mortalidad materna en nuestro país.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la prevalencia, causas y principales factores de riesgo asociados a hemorragia postparto.

METODOLOGÍA.

Estudio descriptivo retrospectivo de prevalencia que se llevó a cabo en el Hospital Vicente Corral Moscoso con las historias clínicas de las pacientes puérperas que acudieron al servicio de Gineco-Obstetricia desde Enero a Diciembre de 2014 y que presentaron como complicación hemorragia postparto.

RESULTADOS

El estudio permitió conocer que 104 mujeres presentaron hemorragia postparto de un total de 5020 nacimientos por parto y cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2014; la prevalencia de hemorragia postparto fue del 2,07% y la principal causa fue la atonía uterina con el 70,2%. Los factores de riesgo más frecuentes fueron: conducción con oxitocina un 54,8%, multiparidad 52,9% y fase activa prolongada de trabajo de parto con el 50%.

CONCLUSIONES

La hemorragia postparto es una complicación importante con una prevalencia del 2,07% en el Hospital Vicente Corral Moscoso asociado a factores de riesgo que aumentan su prevalencia como conducción, multiparidad y fase activa prolongada de trabajo de parto. La principal causa de hemorragia postparto en nuestro medio es la atonía uterina.

PALABRAS CLAVE

PREVALENCIA, HEMORRAGIA POSTPARTO, FACTORES DE RIESGO, CAUSAS



SUMMARY

BACKGROUND

Postpartum hemorrhage is considered one of the most common obstetric complications in the world and it represents the main cause of maternal mortality in our country.

OBJECTIVE

To determine the prevalence, causes and major risk factors associated with postpartum hemorrhage.

METHODOLOGY

Retrospective descriptive study of prevalence was held at the Vicente Corral Moscoso Hospital with patients who were attended in the Obstetrics and Gynecology Service from January to December 2014 and they presented as complication postpartum hemorrhage.

RESULTS

The study was based on 104 women who had postpartum hemorrhage from a total of 5020 births in the Vicente Corral Moscoso Hospital during 2014; the prevalence of postpartum hemorrhage was 2.07% and the main cause was uterine atony with 70.2%. The most frequent risk factors were driving oxytocin 54.8% and multiparity 52.9% and prolonged active phase of labor with 50%

CONCLUSIONS

Postpartum hemorrhage is an important complication with a prevalence of 2.07% at the Vicente Corral Moscoso Hospital associated with risk factors that increase the prevalence like labor conduction, multiparity and prolonged active phase of labor. The main cause of postpartum hemorrhage at this hospital is uterine atony.

KEYWORDS

PREVALENCE, POSTPARTUM HEMORRHAGE, RISK FACTORS, CAUSES



INDICE

RESUMEN..... 2

SUMMARY 3

CAPÍTULO I 12

 INTRODUCCIÓN..... 12

 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 13

 JUSTIFICACIÓN 15

 FUNDAMENTO TEÓRICO 16

CAPÍTULO II 30

 OBJETIVOS 30

 OBJETIVO GENERAL 30

 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 30

CAPÍTULO III 31

 DISEÑO METODOLÓGICO 31

 TIPO DE ESTUDIO 31

 ÁREA DE ESTUDIO..... 31

 UNIVERSO Y MUESTRA..... 31

 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN 31

 VARIABLES..... 31

 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 32

 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS..... 32

 INSTRUMENTOS..... 32

 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS 32

 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS 32

 ASPECTOS ÉTICOS 33

CAPÍTULO IV 34

 RESULTADOS Y ANÁLISIS 34

CAPÍTULO V 43

 DISCUSIÓN 43

CAPITULO VI..... 48

 CONCLUSIONES..... 48

 RECOMENDACIONES 50

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 51



BIBLIOGRAFÍA.....	58
ANEXOS	655
ANEXO 1.....	65
ANEXO 2.....	67
ANEXO 3.....	68



Yo, JUAN JOSE CALLE SIGUENCIA , autor de la tesis **“PREVALENCIA, CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA POSTPARTO (HPP) EN LAS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERIODO ENERO – DICIEMBRE ,2014”**; reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al artículo 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido así lo desee, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicara afección alguna de nuestros derechos morales o patrimoniales como autores.

Cuenca, 27 de Octubre de 2015

JUAN JOSE CALLE SIGUENCIA

CI 0302214945



Yo, DIANA ESTEFANIA ESPINOZA BARRERA, autora de la tesis **“PREVALENCIA, CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA POSTPARTO (HPP) EN LAS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERIODO ENERO – DICIEMBRE ,2014”**; reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al artículo 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido así lo desee, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicara afección alguna de nuestros derechos morales o patrimoniales como autores.

Cuenca, 27 de Octubre de 2015

A handwritten signature in blue ink, enclosed in a blue oval. The signature is cursive and appears to read "Diana Estefanía Espinoza Barrera".

DIANA ESTEFANÍA ESPINOZA BARRERA
CI 0105180426



AUTORÍA

Yo JUAN JOSÉ CALLE SIGUENCIA autor de la tesis **“PREVALENCIA, CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA POSTPARTO (HPP) EN LAS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERIODO ENERO – DICIEMBRE ,2014”** certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Cuenca, 27 Octubre de 2015

A handwritten signature in blue ink that reads "Juan Jose Calle Siguenca".

JUAN JOSE CALLE SIGUENCIA

CI 0302214945



AUTORÍA

Yo Diana Estefanía Espinoza Barrera autora de la tesis **“PREVALENCIA, CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA POSTPARTO (HPP) EN LAS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERIODO ENERO – DICIEMBRE ,2014”** certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Cuenca, 27 Octubre de 2015

A handwritten signature in blue ink, enclosed in a blue oval. The signature is cursive and appears to read "Diana Estefanía Espinoza Barrera".

DIANA ESTEFANÍA ESPINOZA BARRERA
CI 0105180426



DEDICATORIA

La presente tesis la dedicamos a Dios por darnos la sabiduría y las fuerzas para el cumplimiento de todas nuestras metas a lo largo de nuestra vida, a nuestras familias quienes nos han acompañado en este arduo camino y son el pilar fundamental de nuestros logros. Igualmente dedicamos este trabajo investigativo a nuestro director de tesis Dr. Jorge Mejía y a nuestra asesora Dra. Brighth Borja por su esfuerzo y tiempo para la realización de nuestra tesis.



AGRADECIMIENTO

Nuestro más sincero agradecimiento a nuestras familias por el apoyo constante, a nuestro director y asesor por los consejos brindados, a nuestra Universidad la cual con su calidad de docencia nos ha enriquecido con grandes conocimientos y un agradecimiento de manera especial al Hospital Vicente Corral Moscoso sobre todo al personal de estadística por abrirnos las puertas para la ejecución de nuestra tesis.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La hemorragia postparto (HPP) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial, considerada como la segunda causa de muerte materna en todo el mundo y la tercera en países subdesarrollados (1, 2).

La importancia de estudiar la hemorragia postparto radica en que ésta representa un importante número en los índices de mortalidad materna en nuestro país; de acuerdo a estudios las principales causas de muerte postparto son: hemorragia (25%), sepsis (15%), enfermedades hipertensivas del embarazo (12%) y labor de parto prolongada (8%) (3).

La literatura ha descrito una serie de factores de riesgo identificables para hemorragia postparto, estos permiten identificar a mujeres embarazadas con alto riesgo de presentar esta complicación; sin embargo en otros casos se puede presentar en mujeres sin factores de riesgo histórico o clínico asociados. Existe una gran cantidad de factores de riesgo que van desde condición socioeconómica hasta características anatómicas que deben ser identificadas oportunamente (3,4).

La atonía uterina al ser la principal causa de hemorragia postparto puede ser evitada con un manejo adecuado de la tercera etapa del parto con profesionales entrenados en la prevención y manejo de la misma, disminuyendo de esta manera la alta prevalencia de casos que se presentan en nuestros hospitales. En nuestro país de acuerdo al Ministerio de Salud Pública la hemorragia postparto es la segunda causa de muerte materna en Ecuador (3).



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización de las Naciones Unidas en el año 2000 propuso como Objetivo de Desarrollo del Milenio reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes para el año 2015. Para lograr esto se pretende reducir el número de complicaciones maternas asociadas a la hemorragia postparto. La disminución de la prevalencia en la población mencionada se logrará únicamente cuando exista el acceso total e integral de pacientes a los servicios de atención obstétrica con profesionales capacitados y entrenados (3).

Según la Organización Mundial de la Salud la hemorragia postparto afecta aproximadamente al 2 % de todas las mujeres parturientas y representa un cuarto de todas las defunciones maternas en todo el mundo; además es la principal causa de mortalidad materna en la mayoría de los países de ingresos bajos (5).

La Organización Mundial de la Salud considerando la alta tasa de muertes maternas a nivel mundial causadas por hemorragia postparto ha puesto en marcha un gran número de intervenciones encaminadas a evitar esta complicación mediante la identificación de factores de riesgo y causas asociadas. Una herramienta fundamental para prevenir la hemorragia postparto es la buena atención prenatal durante la gestación, la atención especializada durante el parto y puerperio así como la identificación oportuna de esta complicación. En toda patología obstétrica existen múltiples factores de riesgo asociados y solo la identificación temprana e intervención oportuna durante el control prenatal lograrían tener un impacto en la salud del binomio madre- hijo (6).

Recordemos que la causa más común de la hemorragia postparto es la imposibilidad del útero de contraerse adecuadamente (atonía uterina) es por ello que un aspecto fundamental de la prevención de esta complicación es la aplicación de una correcta terapia uterotónica.



El presente estudio permitió obtener cifras actuales sobre el número de pacientes que presentan hemorragia postparto así como la identificación de los factores de riesgo más comunes en nuestro medio y causas que llevaron a las pacientes a presentar esta complicación. Se pretende que posteriormente se desarrollen intervenciones encaminadas a disminuir el número de casos de esta complicación en nuestro Hospital.



JUSTIFICACIÓN

Este trabajo de investigación es importante porque nos permitió determinar la prevalencia actual de hemorragia postparto en el Hospital Vicente Corral Moscoso; teniendo en cuenta que es una de las principales causas de muerte materna a nivel mundial. Fue importante además determinar los factores de riesgo asociados a esta complicación para que estos datos puedan ser usados por investigaciones o intervenciones posteriores que permitan establecer medidas de prevención de los mismos.

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Vicente Corral Moscoso para que vaya en beneficio del personal médico, proporcionándoles datos actualizados sobre la prevalencia de esta complicación; además beneficia a la población cuencana permitiendo identificar factores de riesgo en nuestro medio y con los mismos encaminar posteriormente salud preventiva para evitar o disminuir dichos factores.



FUNDAMENTO TEÓRICO

HEMORRAGIA POSTPARTO

Se define a la hemorragia postparto como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o 1000 ml tras una cesárea, con repercusión en la paciente presentando síntomas y/o signos de hipovolemia (7). En la mayoría de los casos no se mide cuantitativamente las pérdidas sanguíneas sino únicamente se realiza una estimación visual de la pérdida de sangre, lo cual puede representar la mitad de la pérdida real (8). Comúnmente la hemorragia obstétrica es diagnosticada cuando los especialistas estiman que el sangrado excede la normalidad (9).

La mayoría de mujeres toleran bien pérdidas sanguíneas durante el parto sin embargo otras pacientes pueden presentar alteraciones hemodinámicas, por ello la importancia de considerar tanto la pérdida sanguínea así como la sintomatología presentada por la paciente (8).

Para conocer el volumen de pérdida sanguínea real se debe considerar tanto el peso corporal como los niveles iniciales de hemoglobina. Mujeres que en controles prenatales presenten hemoglobina menor de 11 g / dl deben ser investigadas y recibir tratamiento oportuno para mejorar el valor de hemoglobina antes del parto (10).

Por el tiempo en el que se presenta la hemorragia postparto podemos identificar la: hemorragia postparto precoz y tardía. La hemorragia postparto precoz es aquella que se presenta en las primeras 24 horas tras el parto. La tardía es la que acontece después de 24 horas tras el parto hasta 6 semanas del puerperio (7).

A partir del alumbramiento placentario es fundamental cuantificar la cantidad de sangre que se pierde puesto que es el periodo en donde se produce la mayor cantidad de muertes materna debida a hemorragia postparto. Identificar esta



complicación a tiempo permite establecer un tratamiento rápido, sobre todo encaminado a mantener el volumen sanguíneo de la paciente. Debemos considerar que en la mayoría de los casos, la pérdida de sangre es subestimada y esto podría retrasar la intervención del personal de salud, pudiendo agravar el cuadro clínico de la paciente, e incluso pudiendo llegar fácilmente a comprometer su vida (11).

En nuestro país en donde el primer contacto médico- paciente se da en un subcentro de salud, las pacientes embarazadas con alto riesgo de presentar hemorragia postparto deberían ser evaluadas y derivadas a centros de atención terciaria, donde equipos multidisciplinarios estarían prestos para tratar esta complicación en caso de presentarla. Estudios demuestran que la capacidad de predicción de la hemorragia postparto considerando la presencia de factores de riesgo es pobre: sólo el 40% de las mujeres con un factor de riesgo identificado o establecido desarrollan hemorragia postparto (12).

INCIDENCIA

La incidencia de hemorragia postparto es muy variable, puesto que la pérdida sanguínea es cuantificada visualmente. Anualmente 14 millones de mujeres sufren hemorragia postparto a nivel mundial y contribuye con 25-30% de muertes maternas en los países en desarrollo (4). Actualmente, la mejor atención obstétrica, la mayor disponibilidad y uso adecuado de fármacos oxitócicos han hecho que su incidencia no supere el 5% (los análisis estadísticos más optimistas calculan cifras en torno al 1%), teniendo en cuenta que estas cifras corresponden a estadísticas realizadas en países desarrollados (7).

En un análisis de datos basados en la población de Estados Unidos para pacientes hospitalizados para los años 1994-2006, el diagnóstico de hemorragia postparto aumentó desde 2,3 hasta 2,9 por ciento (13).



En Ecuador durante el año 2009 se reportó 208 muertes maternas y la hemorragia postparto representó el 14.9 % (4).

Según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) en el año 2013, la hemorragia postparto en nuestro país se encuentra como segunda causa de muerte materna, con un número de 21 pacientes que fallecieron por esta causa representando un 13,55% (14).

Causas de muerte materna	Número	%	RMM 1/
*Total de muertes maternas	155	100%	45,71
Causas obstétricas directas (O00-O94)	121	78,06%	35,69
O14 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] con proteinuria significativa	25	16,13%	7,37
O72 Hemorragia postparto	21	13,55%	6,19
O15 Eclampsia	16	10,32%	4,72
O85 Sepsis puerperal	8	5,16%	2,36
O02 Otros productos anormales de la concepción	6	3,87%	1,77
O45 Desprendimiento prematuro de la placenta [Abruptio placentae]	5	3,23%	1,47
O00 Embarazo ectópico	4	2,58%	1,18
O62 Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto	4	2,58%	1,18
O06 Aborto no especificado	3	1,94%	0,88
O10 Hipertensión preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio	2	1,29%	0,59
O71 Otro trauma obstétrico	3	1,94%	0,88
O73 Retención de la placenta o de las membranas, sin hemorragia	3	1,94%	0,88
O90 Complicaciones del puerperio, no clasificadas en otra parte	3	1,94%	0,88
O24 Diabetes mellitus en el embarazo	2	1,29%	0,59
O36 Atención materna por otros problemas fetales conocidos o presuntos	2	1,29%	0,59
Resto de causas obstétricas directas	14	9,03%	4,13
Causas obstétricas indirectas (O98-O99)	28	18,06%	8,26
O98 Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio	3	1,94%	0,88
O99 Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio	25	16,13%	7,37
Causas no especificadas (O95)	6	3,87%	1,77
O95 Muerte obstétrica de causa no especificada	6	3,87%	1,77
Causas de muerte materna después de 42 días del parto (O96 - O97)	3	1,94%	0,88
O96 Muerte materna debido a cualquier causa obstétrica que ocurre desdéspués de 42 días pero antes de un año del parto	3	1,94%	0,88
Total de muertes maternas incluidas tardías	158	100,00%	46,60
Estimación de nacidos vivos 1/	339.060		

1/ Razón de muerte materna calculada con la estimación de nacimientos para el año de estudio.

o 2013 la principal causa de mortalidad materna recae sobre las causas obstétricas directas que agrupa los códigos de causa O00-O94 con un total de 121 defunciones, alcanzando un porcentaje total de y una razón de mortalidad de 35,69. Las causas obstétricas indirectas que agrupan los códigos de causa O98-O99 con 28 defunciones es la segunda causa de muerte materna, alcanzando un porcentaje total de v una razón de mortalidad de 8.26. Las causas de muerte obstétrica no especificada con código O95 se muestran aisladas de las causas directas e indirectas por su característica obstétrica desconocida con un

Tabla 1 Causas de Mortalidad Materna en Ecuador. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (3)



FISIOPATOLOGIA DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

Los cambios hemodinámicos y hematológicos que ocurren durante el embarazo como la hipervolemia y la expansión de masa de glóbulos rojos; representan un factor protector contra la pérdida sanguínea que se produce durante el parto; sin embargo esto puede alterar las manifestaciones clínicas usuales del choque hipovolémico (15).

La hemorragia puede ser fatal, recordemos que la cantidad de sangre que llega al útero es entre 700 y 900 ml/min; además resulta difícil estimar la verdadera cantidad de pérdida sanguínea ya que puede haber retención dentro de la cavidad uterina y los cambios fisiográvidicos pueden enmascarar el cuadro clínico. La taquicardia y la vasoconstricción compensatoria mantienen la tensión arterial. La hipotensión puede presentarse tardíamente, cuando ya se ha perdido entre el 30 y el 50% de la volemia (16). Es muy importante determinar el volumen de sangre perdido y el porcentaje que ésta pérdida representa para ello sabemos que el volumen sanguíneo del ser humano es de aproximadamente 80 ml /kg (17).

A la séptima semana de embarazo el volumen plasmático tiende a incrementarse aproximadamente un 10%, con un pico máximo de 40 a 45 ml en la semana 32. De igual forma, la masa eritrocitaria se incrementa en cerca de 30% durante las etapas finales del embarazo. Al aumentar el volumen sanguíneo aumenta el gasto cardiaco entre 40% y 50%. Por esta razón la mujer embarazada tolera una pérdida sanguínea significativa antes de presentar signos de hipovolemia. (15).

La pérdida de volumen de sangre la mayoría de las veces es subestimada, ya que resulta difícil cuantificar exactamente; sin embargo, cuando la pérdida es significativa afecta a la perfusión y oxigenación tisular llevando al choque hipovolémico (15).



La pérdida sanguínea conduce de manera secuencial a inestabilidad cardiovascular, coagulopatía, disminución del transporte de oxígeno, disminución de la perfusión e hipoxia celular. Estas alteraciones conducen al desarrollo de respuesta inflamatoria sistémica, y finalmente a falla orgánica múltiple, lo cual contribuye al incremento en el riesgo de muerte (15).

Las mujeres embarazadas durante el segundo y tercer trimestre del embarazo aumentan la síntesis y la actividad de varios factores de la coagulación por lo que se encuentran en un estado de hipercoagulabilidad; ello disminuye la posibilidad de complicaciones hemorrágicas relacionadas con el parto (18).

Además recordemos que el miometrio está compuesto por fibras musculares dispuestas en tres capas y es la capa intermedia la que cumple un papel fundamental en el proceso de hemostasia del lecho placentario. Durante la retracción uterina normal, los vasos comunicantes entre la madre y la placenta son obliterados por estas fibras musculares, disminuyendo la pérdida sanguínea. Mientras que en el alumbramiento, las fibras musculares uterinas se contraen y se retraen; el miometrio progresivamente se engrosa y el volumen intrauterino disminuye. Las contracciones continuadas y coordinadas del músculo uterino van comprimiendo los vasos locales, esto disminuye el sangrado y permite la formación de un coagulo retro placentario. Si el útero falla en contraerse adecuadamente, se produce atonía uterina. En este caso, los vasos no fueron ocluidos y se produce una importante hemorragia, que en pocos minutos puede producir la muerte materna (19).

Todos estos mecanismos antes mencionados evitan la pérdida sanguínea masiva proporcionando un adecuado mecanismo de hemostasia.

FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo es aquella característica identificable en una persona que aumenta el riesgo o probabilidad de padecer una morbilidad, estos factores pueden



ser tipo biológico ambiental, socio cultural; y pueden clasificarse de acuerdo al tiempo de presentación ya sean durante el anteparto o intraparto (19,20).

Varios estudios demuestran que los factores que inciden en la presentación de hemorragia postparto son la episiotomía, la cesárea y el trabajo de parto prolongado. Recordemos que en nuestro medio además existe una alta prevalencia de mujeres anémicas quienes son más vulnerables a una pérdida de sangre en cantidad moderada durante el parto por ello la importancia de una buena atención prenatal que permita corregir estos factores de riesgo. A pesar de que existe una gran cantidad de factores de riesgo asociados a hemorragia postparto, no podemos olvidar que puede no estar asociada a ninguno de ellos y presentarse por factores desarrollados durante la atención de la tercera etapa del parto.(3)

Existen factores tanto maternos como fetales asociados a una mayor incidencia de hemorragia postparto e incluso se ha demostrado que la gran multiparidad y la gestación múltiple se asocian con un mayor riesgo de sangrado después del nacimiento. La identificación oportuna de cualquiera de los factores de riesgo durante los controles prenatales nos permitirá controlarlos e incluso erradicarlos disminuyendo la prevalencia de hemorragia postparto (21). El conocimiento de estos hechos, la anticipación y la prevención de la atonía uterina, así como evitar las cesáreas innecesarias, episiotomías y otros traumatismos del aparato genital tienen el potencial de reducir significativamente la mortalidad y morbilidad por hemorragia postparto (22).

Se ha evidenciado que el manejo activo de la tercera etapa del parto ha reducido el número de casos de hemorragia postparto ello incluye la administración de uterotónicos, tracción controlada del cordón umbilical y masaje uterino (23).



A. Presentes antes del parto y asociados a incremento sustancial de la incidencia de HPP

A las mujeres con estos factores de riesgo se les aconseja la atención del parto en centros de mayor complejidad.

Factor	OR* (IC 95%) para HPP	4 T
Sospecha o confirmación de desprendimiento placentario	13 (7,61 - 12,9)	Trombina
Placenta previa conocida	12 (7,17 - 23)	Tono
Embarazo múltiple	5 (3,0 - 6,6)	Tono
Preeclampsia hipertensión gestacional	4	Trombina

B. Presentes antes del parto y asociados a incremento bajo de la incidencia de HPP

Se deben tomar en cuenta al discutir el lugar donde se atenderá el parto.

HPP previa	3	Tono
Etnia asiática	2 (1,48 - 2,12)	Tono
Obesidad (IMC >35)	2 (1,24 - 2,17)	Tono
Anemia (Hb <9 g/dL)	2 (1,63 - 3,15)	-

C. Presentes durante el trabajo de parto y parto.

Estas pacientes requieren vigilancia adicional por el personal que atiende el parto y puerperio.

Cesárea de emergencia	4 (3,28 - 3,95)	Trauma
Cesárea electiva	2 (2,18 - 2,80)	Trauma
Inducción del trabajo de parto	2 (1,67 - 2,96)	-
Placenta retenida	5 (3,36 - 7,87)	Tejido
Episiotomía medio-lateral	5	Trauma
Parto vaginal asistido (fórceps/vacum)	2 (1,56 - 2,07)	Trauma
Trabajo de parto prolongado (>12 horas)	2	Tono
Macrosomía fetal (>4 kg)	2 (1,38 - 2,60)	Tono / Trauma
Pirexia durante la labor	2	Trombina
Edad mayor de 40 años, primípara	1,4 (1,16 - 1,74)	Tono

* OR= Odds Ratio / probabilidad

Tabla 2. Factores de riesgo asociados a hemorragia postparto en el Ecuador 2013. Ministerio de Salud Pública (3).

Si no se da la importancia que merece cada uno de estos factores de riesgo de seguro la paciente presentara como complicación una hemorragia postparto que puede llevarla a la muerte (24).

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal y prospectivo en el Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Mariana Grajales" de Santa Clara de enero de 2007 a



diciembre de 2008, con el objetivo de describir los principales factores de riesgo relacionados con la morbilidad obstétrica grave. Se constató que en el periodo del estudio: 93 pacientes presentaron morbilidad obstétrica grave. Las principales causas estuvieron relacionadas con la hemorragia con 39,8 % y la preeclampsia 37,6%; la sepsis solo apareció relacionada en un 4,3 %; el parto distócico por cesárea fue un evento obstétrico relacionado directamente con la morbilidad grave y la realización de histerectomías obstétricas (25).

En un estudio efectuado en Managua en agosto 2011 julio 2012, se evidenció que los riesgos relacionados a la hemorragia postparto fueron: multiparidad, periodo intergenésico corto, teniendo como característica que la mayor parte asistieron a menos de 4 controles. Los antecedentes personales patológicos más frecuentes fueron: obesidad, eclampsia, preeclampsia y hemorragias postparto anteriores (26).

En una investigación en Suecia se buscó estimar si la obesidad materna se asociaba con un aumento del riesgo de hemorragia postparto y si existe una asociación entre obesidad, causas de la hemorragia postparto y el tipo de parto de la madre. Este estudio incluyó 1114071 mujeres entre 1997 y 2008, que fueron divididos en seis clases de índice de masa corporal (IMC). El riesgo de hemorragia uterina por atonía aumentó rápidamente con el aumento de IMC. Hubo un riesgo dos veces mayor en la clase III de la obesidad (1,8%). Hubo un aumento del riesgo de hemorragia postparto para las mujeres con un IMC de 40 o superior (5,2%) después del parto normal (odds ratio [OR] 1,23, 95% intervalo de confianza [IC] 1,04-1,45) en comparación con las mujeres de peso normal (4,4%) (27).

Se realizó un estudio descriptivo y observacional, en 30 casos de pacientes diagnosticadas con hemorragia postparto y post cesárea, los cuales fueron atendidas en Hospital General "Dr. Rafael Rodríguez Zambrano", en la ciudad de Manta, durante el período de Septiembre 2012 a Febrero del 2013. Los objetivos fueron determinar la frecuencia de la hemorragia postparto, los factores de riesgo y determinar la causa más frecuente. Las edades de las pacientes fluctuaron entre 15



a 40 años, presentándose con mayor frecuencia en las pacientes de 15 a 20 años; que representan el 37% de los casos estudiados. El universo fue constituido por 1149 pacientes, de las cuales se sustrajo una muestra de 30 que reunían los criterios de inclusión de este estudio. De acuerdo a la paridad el mayor porcentaje se concentró en las nulíparas con 60% de los casos, es importante señalar que la atonía uterina fue una de las causas que mayormente desencadenaron cuadros de hemorragia postparto que se presentó en el 43% de los casos (28).

En un estudio efectuado en Estados Unidos durante los años 1988-2002, se evidenció que los factores de riesgo significativos para hemorragia postparto, fueron: placenta retenida (OR 3,5; IC del 95%: 2,1 a 5,8), la falta de progreso durante la segunda etapa del parto (OR 3,4; IC del 95%: 2,4 a 4,7), macrosomía (LGA) recién nacido (OR CI 1.9, 95% 1,6-2,4), trastornos hipertensivos (OR 1,7; IC del 95%: 1,2 a 2,1), la inducción del trabajo de parto (OR 1,4, IC 95% 1,1-1,7); por ello se debe dar especial atención a pacientes hipertensas o aquellas que se sometieron a la inducción del trabajo de parto o parto instrumental (29).

En otro estudio llevado a cabo en el 2009 en Estados Unidos se evidencio que la atonía uterina ocurrió en 1416 mujeres (6%). Las variables estudiadas fueron: múltiples gestaciones (OR 2,40; IC del 95% 1,95-2,93), la raza hispana materna (2,21, 1,90 a 2,57), peso al nacer > 4.500 g (2,05, 1,53 a 2,69), corioamnionitis (1,80, 1,55 a 2,09). Sin embargo se llegó a la conclusión de que 2/3 de las mujeres estudiadas carecen de un factor de riesgo o su atonía resulta de la combinación de varios factores de riesgo (30).

En un estudio efectuado en el año 2012 en el Hospital Vicente Corral Moscoso se evidencio una prevalencia de hemorragia postparto de 9%. Los factores asociados a hemorragia postparto fueron parto distócico conducido con un RP de 3,58 IC 95% p 0,000, recién nacido con peso mayor a 3500gramos con un RP de 3,34 IC 95% p 0,022, anemia previa con un RP 2,34 IC 95% p 0,012 conducción RP 3,63 IC 95% p 0,014 (31).



Un estudio descriptivo efectuado en la Habana entre enero y diciembre del 2011, muestra que de todas las pacientes que presentaron hemorragia puerperal inmediata un 53 % eran multíparas; 90 % de las pacientes con hemorragia puerperal inmediata tenían una edad gestacional entre 37 y 42 semanas y en 70% de ellas el parto fue eutócico (17).

En Genova en la Universidad de San Martino entre enero de 2000 y enero de 2012 se llevó a cabo un estudio retrospectivo relacionado con patología quirúrgica de embarazos a término, en donde se encontró que la hemorragia postparto secundaria ocurrió en un 0,3%, y la hemorragia postparto primaria ocurrió en un 0.05% (32).

En Panamá se efectuó un estudio descriptivo observacional con pacientes que tuvieron parto vaginal desde abril de 2007 hasta enero de 2009. De un total de 14.123 partos vaginales, 3.573 pacientes y 343 cumplían el criterio de gran multiparidad y se evidenció que las pacientes gran multíparas tienen un riesgo de 2,8 veces mayor de presentar episodios de hemorragia postparto, en comparación con las pacientes de paridad menor. Estas pacientes se caracterizan también por ser de mayor edad y tener controles prenatales de menor calidad (33). Existen estudios llevados a cabo en México en el año 2010, en el cual se demostró que la paciente Gran Multipara (GM) tiene un riesgo más elevado de presentar hemorragia postparto. Aunque la paciente se encuentre en un centro de tercer nivel se debe manejarla como una paciente de alto riesgo (34).

CAUSAS DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

La hemorragia postparto generalmente se clasifica como primaria o secundaria, la hemorragia postparto primaria ocurre dentro de las primeras 24 horas del parto y la hemorragia postparto secundaria se produce entre las 24 horas y 6-12 semanas postparto (35).



PRIMARIAS

1. Atonía uterina: La atonía uterina es considerada como la principal causa de hemorragia postparto representando entre 80-90% de casos, esta se produce cuando el útero no tiene capacidad para contraerse luego del alumbramiento perdiendo gran cantidad de sangre (8). Los vasos sanguíneos miometriales transcurren entre las células musculares del miometrio; el mecanismo inmediato de hemostasia luego del parto consiste en la contracción miometrial, causando oclusión de los vasos sanguíneos miometriales lo cual no sucede cuando se produce atonía uterina (36). Existe una gran cantidad de factores de riesgo para la atonía uterina entre los cuales podríamos mencionar la distensión uterina (por gestación múltiple, polihidramnios o feto macrosómico), agotamiento muscular (por parto excesivamente prolongado, rápido y/o gran multiparidad), corioamnionitis (fiebre, rotura prematura de membranas (RPM) prolongada) y la administración de fármacos que relajan el músculo uterino (anestésicos halogenados, B-simpaticomiméticos y sulfato de magnesio) (7,37).

2. Retención de tejido placentario y/o coágulos: Se puede esperar hasta 30 min para que se produzca la salida de la placenta mediante maniobras de tracción controlada más oxitocina, si la placenta y membranas no se eliminan durante este tiempo, se debe sospechar de una placenta retenida (8). Existen estudios que demuestran que un mayor número de cicatrices uterinas por procedimientos como cesáreas anteriores, miomectomias entre otros incrementan el riesgo de retención placentaria (7).

3. Traumas: hacen referencia a desgarros del canal genital, rotura uterina o inversión uterina.

– **Desgarros/laceraciones:** sobre todo del canal del parto (8). Ésta se manifiesta sobre todo en partos instrumentados o con episiotomía y el procedimiento a seguir es la reparación inmediata mediante sutura. Dentro de este grupo es importante



descartar presencia de hematomas ya formados o en formación sobre todo en las episiorrafias en donde el riesgo de hemorragia postparto podría aumentar (7).

– **Rotura uterina:** consiste en la pérdida de integridad de la pared del útero, generalmente por fragilidad del mismo por diversos factores asociados como cirugía uterina previa, siendo la cesárea con histerotomía transversa segmentaria baja, la más frecuente (7).

– **Dehiscencia uterina:** consiste en la separación de la capa miometrial que asienta sobre una cicatriz uterina previa (7).

– **Inversión uterina:** causada por una fuerte tracción de cordón y presión sobre fondo uterino (7).

4. **Alteraciones de la coagulación:** entre las cuales podemos mencionar coagulopatías congénitas o adquiridas durante el embarazo (7).

– Congénitas: enfermedad de Von Willebrand, Hemofilia tipo A.

– Adquiridas: preeclampsia grave, Síndrome HELLP, embolia de líquido amniótico, abruptio placentae, sepsis (7).



Manifestaciones iniciales y otros signos y síntomas típicos	Signos y síntomas que a veces se presentan	Diagnóstico probable	Frecuencia y Etiología
Hemorragia posparto inmediata Útero blando y no retraído	Taquicardia. Hipotensión.	Atonía uterina	70% Causa: Anomalía de la Contractilidad
Hemorragia posparto inmediata	Placenta íntegra. Útero contraído.	Desgarros del cuello uterino, la vagina o el perineo	20% Causa: Traumática
No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal. Dolor intenso.	Inversión uterina visible en la vulva (a) Hemorragia posparto inmediata (b)	Inversión uterina	
Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la rotura). Hemorragia posparto inmediata (el sangrado es intra-abdominal y/o vaginal)	Abdomen doloroso. Shock. Taquicardia. No se expulsa la placenta.	Rotura uterina	
No se expulsa la placenta dentro de los 30 minutos después del parto.	Útero contraído.	Retención de placenta	10% Causa: Retención de Productos de la gestación
Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas.	Hemorragia posparto inmediata Útero retraído.	Retención de restos placentarios	
Sangrado leve que continúa luego de 12 horas después del parto. Útero más blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto.	Sangrado variable (leve o profuso, continuo o irregular). Anemia.	Retención de restos placentarios	

(a) Puede no haber sangrado con la inversión completa.

(b) El sangrado puede ser leve si hay un coágulo que bloquea el cuello uterino o si la mujer está acostada de espaldas.

Tabla 3 Causas de hemorragia postparto (8)

SECUNDARIAS

Se las denomina así a las que ocurren a partir de las 24 horas hasta dos semanas posteriores al parto. (7) La causa más frecuente es la subinvolución uterina, con el desarrollo de una infección uterina o por la retención de restos placentarios (8).

En estos casos se debe evaluar sobre todo anemias y signos de infección e iniciar antibioticoterapia de inmediato para evitar complicaciones más graves (8).

Etiología

- Productos de concepción retenidos



- Infecciones (a menudo secundaria a la retención de productos)
- Laceraciones, incluyendo la episiotomía
- Otros (raro): discrasias sanguíneas, enfermedad trofoblástica, carcinoma de cuello uterino, miomas submucosos (causando subinvolución), lugar de la placenta causando subinvolución uterina (38).

De acuerdo a un estudio publicado para la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia en el año 2008 se determinó que cuando una paciente presenta hemorragia postparto se debe sospechar de forma inmediata las probables causas tomando en cuenta que entre las de mayor prevalencia tenemos: 70% la atonía uterina, 20% desgarros y/o laceraciones cervicales y/o vaginales, 10% restos en la cavidad uterina o placenta retenida y en menos de 1% podría deberse a trastornos de coagulación, el manejo de esta complicación es satisfactoria cuando se logra un adecuado control desde los cuidados prenatales hasta el manejo activo de la tercera etapa del parto, teniendo en cuenta que se puede evitar desde un inicio todos estos problemas (19).

Consecuencias de Hemorragia Postparto

Entre las secuelas de la hemorragia postparto podemos mencionar hipotensión ortostática y anemia. Ambas prevenibles; la hipotensión ortostática mediante infusión adecuada de cristaloides y la anemia con una adecuada administración de hierro durante todo el periodo de embarazo y posterior al parto (39). La transfusión puede ser necesaria y conlleva riesgos asociados incluyendo infección y reacciones transfusionales. Recordemos que el shock hemorrágico puede llevar a Síndrome de Sheehan (isquemia pituitaria posterior con retraso o fracaso de la lactancia), o la muerte (40).



CAPITULO II

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la Prevalencia, causas y factores asociados a Hemorragia Postparto en las pacientes del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Periodo Enero – Diciembre ,2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar al grupo de estudio
- Determinar la prevalencia de hemorragia postparto.
- Identificar los factores de riesgo asociados a hemorragia postparto.
- Identificar las principales causas de hemorragia postparto



CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo retrospectivo de prevalencia.

ÁREA DE ESTUDIO

Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo está constituido por las 5020 pacientes que tuvieron el parto o cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante los periodos de 01 Enero del 2014 a 31 de Diciembre del 2014. La muestra fue constituida por 104 pacientes que presentaron hemorragia postparto.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Inclusión

Puérperas que tuvieron su parto o cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso y que presentaron hemorragia postparto.

Pacientes en las cuales se registró su historia clínica completa

Exclusión

Historias clínicas incompletas.

Pacientes que no tuvieron su parto o cesaría en el Hospital Vicente Corral Moscoso

VARIABLES.

Ver anexo 1.



MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se procedió a la revisión de todas las historias clínicas de pacientes que presentaron dicha complicación en el postparto en el Servicio de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso y que se encontraban debidamente registradas en el servicio de estadística.

TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS

Se analizó contenidos bibliográficos, lecturas científicas, y revisión de historias clínicas de las pacientes con hemorragia postparto mediante el formulario elaborado por los investigadores.

INSTRUMENTOS

En esta investigación para la recolección de datos se empleó un formulario diseñado por los investigadores con variables que se desearon estudiar

PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Antes de iniciar el proceso de recolección de datos fue necesario solicitar el permiso a las autoridades competentes en el Hospital Vicente Corral Moscoso para llevar a cabo el estudio. Durante el proceso de realización del estudio, se presentó continuamente los avances que se tenían y se pidió las recomendaciones pertinentes al director y asesor de tesis sobre la marcha de la investigación, con el afán de una completa y correcta supervisión. Además se conformó un equipo de trabajo para la recolección conformado por los investigadores Diana Espinoza y Juan Calle quienes llenaron los formularios respectivos con los datos necesarios para la presente investigación.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Para la tabulación de los datos recogidos se utilizó Microsoft Excel 2010 e IBM-SPSS 15.00 versión evaluación.



En la presentación de los datos se empleó tablas simples con frecuencias relativas y porcentajes

ASPECTOS ÉTICOS

En nuestra investigación los datos recolectados fueron guardados con confidencialidad, se los utilizó únicamente para este estudio.



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Tabla #1
Prevalencia de Hemorragia Postparto en 5020 pacientes puérperas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014.

Hemorragia Postparto	Frecuencia (#)	Porcentaje (%)
Si	104	2,07
No	4916	7,92
Total	5020	100

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Diana Espinoza, Juan Calle

De los 5020 partos vaginales y cesáreas atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso 104 pacientes presentaron Hemorragia postparto que representa un 2,07%.



CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Tabla #2

Distribución de las 104 Pacientes con Hemorragia Postparto según Edad, Estado Civil, Residencia, Instrucción, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014.

Edad	Frecuencia (#)	Porcentaje (%)
10-19	22	21,2
20-29	57	54,8
30-39	23	22,1
40-49	2	1,9
Total	104	100,0
Estado Civil		
Soltero	22	21,2
Casado	46	44,2
Viudo	1	1,0
Unión Libre	35	33,7
Total	104	100,0
Residencia		
Rural	83	79,8
Urbano	21	20,2
Total	104	100,0
Instrucción		
Primaria	35	33,7
Secundaria	57	54,8
Superior	12	11,5
Total	104	100,0

Edad: Mínimo: 14 Media: 24,94 Máximo: 41 DS: 6,75

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Diana Espinoza, Juan Calle

De las 104 pacientes que presentaron hemorragia postparto 54.8% se ubican en el grupo entre 20-29 años, el menor porcentaje con 1.9% se encuentra en el grupo entre 40-49 años de edad, con una media de 25 años; se encontró que 44% de las pacientes se encuentran casadas, 79,8 % viven en zonas rurales y 54, 8% de las pacientes tienen instrucción secundaria.



Tabla #3

Distribución de las 104 Pacientes con Hemorragia Postparto según Vía de terminación de Embarazo, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014.

Vía de Terminación de Embarazo	Frecuencia (#)	Porcentaje (%)
Vaginal	95	91,3
Cesárea	9	8,7
Total	104	100,0

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Diana Espinoza, Juan Calle

De las 104 pacientes que presentaron hemorragia postparto 91,3% tuvieron parto vaginal y solo 8,7% fueron sometidas a cesárea.



CAUSAS DE HEMORRAGIA POSTPARTO

Tabla #4

Distribución de las 104 Pacientes con Hemorragia Postparto según Causa, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014.

Causa de Hemorragia Postparto	Frecuencia (#)	Porcentaje (%)
Atonía Uterina	73	70,2
Retención de tejidos	13	12,5
Traumatismo	18	17,3
Total	104	100,0

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Diana Espinoza, Juan Calle

De las 104 pacientes que presentaron hemorragia postparto 70,2 % presentaron atonía uterina seguida de un 17,3% por traumatismos y un 12,5% por retención de tejidos.



FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POSTPARTO

Tabla #5

Distribución de las 104 Pacientes con Hemorragia Postparto según Índice de Masa Corporal y Paridad, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014.

IMC	Frecuencia (#)	Porcentaje (%)
Bajo Peso	9	8,7
Normal	49	47,1
Sobrepeso	36	34,6
Obesidad	10	9,6
Total	104	100,0
Paridad		
1	42	40,4
2-4	55	52,9
5 o más	7	6,7
Total	104	100,0

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Diana Espinoza, Juan Calle

De las 104 pacientes que presentaron hemorragia postparto 47,1% presentaron un IMC normal y 52,9 % tuvieron una paridad entre 2-4 (múltipara).



Tabla #6

Distribución de las 104 Pacientes con Hemorragia Postparto según Edad Gestacional y Peso de Recién Nacido, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014.

Edad Gestacional	Frecuencia (#)	Porcentaje (%)
Pretérmino	11	10,6
Término	82	78,8
Postérmino	11	10,6
Total	104	100,0
Peso de Recién Nacido		
< 3500	78	75,0
= o > 3500	26	25,0
Total	104	100,0

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Diana Espinoza, Juan Calle

De las 104 pacientes que presentaron hemorragia postparto 78,8% tuvieron productos a término y 75% de los recién nacidos presentaron un peso menor a 3500gr.



Tabla #7

Distribución de las 104 Pacientes con Hemorragia Postparto según Trastorno Hipertensivo, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014.

Tipo de Trastorno Hipertensivo	Frecuencia (#)	Porcentaje (%)
Ninguno	90	86,5
Hipertensión Gestacional	2	1,9
Preclampsia	10	9,6
Eclampsia	2	1,9
Total	104	100,0

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Diana Espinoza, Juan Calle

De las 104 pacientes que presentaron hemorragia postparto 86,5% no presentaron ningún tipo de trastorno hipertensivo y de las 13,5% que presentaron trastorno hipertensivo se encontró que la preclampsia fue el trastorno hipertensivo más frecuente con un 9,6%.



Tabla #8

Distribución de las 104 Pacientes con Hemorragia Postparto según Anemia Previa, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014.

Anemia Previa	Frecuencia (#)	Porcentaje (%)
No Anemia	90	86,5
Leve	4	3,8
Moderada	10	9,6
Total	104	100,0

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Diana Espinoza, Juan Calle

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Hemoglobina previa	7,60	19,50	12,4731	1,85594
Hemoglobina post hemorragia	4,50	14,80	8,7221	1,89188

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Cantidad de Sangrado	500	2000	880,87	307,511

De las 104 pacientes que presentaron hemorragia postparto 13,5% presentaron anemia previa siendo la anemia moderada la más frecuente (9,6%). Se analizó el valor de la hemoglobina previa y posterior a la hemorragia postparto; la hemoglobina previa mínima fue de 7,6 g/dl con una media de 12,47 g/dl, mientras que la hemoglobina postparto la mínima fue de 4,5 g/dl con una media de 8,7g/dl. De las 104 pacientes estudiadas la media de sangrado fue 880,87cc con un sangrado máximo de 2000cc.



Tabla #9

Distribución de las 104 Pacientes con Hemorragia Postparto según Fase Activa Prolongada y Conducción, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014.

Fase activa prolongada	Frecuencia (#)	Porcentaje (%)
Si	52	50,0
No	52	50,0
Total	104	100,0
Conducción		
Si	57	54,8
No	47	45,2
Total	104	100,0

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Diana Espinoza, Juan Calle

De las 104 pacientes que presentaron hemorragia postparto 50% presentaron fase activa prolongada y 54,8% fueron conducidas con oxitocina.



CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En el presente estudio investigativo denominado Prevalencia, Causas y Factores de riesgo asociados a la Hemorragia Postparto en las pacientes del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, se encontró que durante el 2014 se atendieron 5020 partos entre vaginales y cesáreas, de este grupo 104 pacientes presentaron hemorragia postparto lo que representa un 2,07% , estos resultados son similares con la prevalencia de hemorragia postparto hallada en el Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta durante septiembre del 2012 a febrero del 2013 la cual fue 2.61% (28). Sin embargo en un estudio efectuado en el año 2012 en el Hospital Vicente Corral Moscoso se evidencio una prevalencia del 9%, dicho estudio trabajó con una muestra de 402 pacientes (31). La disociación en estos resultados es porque en el estudio efectuado en 2012 se utilizó funda retrocecal para calcular de manera objetiva la cantidad de sangrado de las pacientes, nuestro estudio se basa en valores registrados en las historias clínicas donde se realiza una estimación visual de la cantidad de sangrado postparto.

Entre las causas de hemorragia postparto tenemos que 70.2% de las pacientes con hemorragia postparto presentaron atonía uterina, los resultados concuerdan con el estudio publicado en la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia en el año 2008 en el cual se encontró que 70% de las pacientes del estudio tenían como primera causa atonía uterina (19). De acuerdo a la guía práctica clínica de hemorragia postparto 2013 en Ecuador la atonía uterina representa un 70%, trauma un 20%, tejidos un 10% y menos de 1% trastornos de la coagulación (3). En el mismo estudio mencionado anteriormente llevado a cabo en el hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano en la ciudad de Manta se evidencio que 43 % de las pacientes presentaron atonía uterina (28).

De acuerdo a la literatura revisada sabemos que la edad se considera como un factor de riesgo para hemorragia postparto en mujeres menores de 15 años y mayores a 35 años, en nuestro estudio si hay mujeres en estos grupos de riesgo que presentaron



hemorragia postparto, sin embargo el mayor porcentaje (54,8%) se encuentran entre 20-29 años y un menor porcentaje se presentó en el grupo entre 40 y 49 años con un 1,9%; la edad media fue 25 años; ello concuerda con los varios estudios efectuados en nuestro país. En el estudio efectuado en 2013 en el Hospital Vicente Corral Moscoso se encontró que la mayor prevalencia de hemorragia postparto con un 59,4% se encuentra en el grupo entre 20-34 años (31). Un estudio efectuado en 2012 en Cuba para ver mortalidad por hemorragia postparto masiva, mostró que un 50% de las pacientes se encontraron en el grupo etario entre 21 y 34 años (41). Igualmente en otro estudio descriptivo efectuado en el Hospital Verdi Cevallos Balda, Manta en el 2011 se evidencio que el mayor porcentaje de las pacientes que presentaron hemorragia postparto (57%) se encuentra entre 20-30 años (34); datos que concuerdan con nuestro estudio.

En cuanto a la residencia de las pacientes que presentaron hemorragia postparto 79,8% pertenecen a la zona rural y un 20,2% a la zona urbana, los resultados concuerdan con el estudio en el Hospital de Cuba Tamara Bunker Bider en el año 2011, en donde 60% de las pacientes pertenecían al sector rural (41). En otro estudio efectuado en el Hospital Verdi Cevallos Balda, Manta 2011 69,86 % de las mujeres son de zonas rurales y 30,14 % de zonas urbanas (34), lo que demuestra que la zona residencial dificulta el acceso a los sistemas de salud de manera oportuna para controles prenatales y atención del parto.

Se evidenció que en la población estudiada 54,8% de las pacientes tienen instrucción secundaria, un importante porcentaje: 33,7% tienen educación primaria, esto se relaciona con un aumento de la incidencia de ausentismo para los controles prenatales que constituye un factor de riesgo para hemorragia postparto. Además dentro de las características demográficas de nuestra población se estudió el estado civil de las pacientes y se encontró que 44,2% de ellas son casadas, seguido de 33,7 % con unión libre.



Se analizó la edad gestacional de las pacientes en nuestro estudio y se evidenció que 78,8 % de las pacientes se hallaban con su gestación a término. En un estudio efectuado en Cuba en 2011 se encontró que el 93 % de las pacientes con hemorragia puerperal inmediata tuvieron una edad gestacional entre 37 y 42 semanas lo cual concuerda con nuestro estudio (17).

El peso del recién nacido se asocia con hemorragia postparto sobre todo en niños con peso igual o mayor a 3500g en nuestro estudio solo un 25% de los partos dieron productos con este peso. Se tomó al peso fetal como un factor de riesgo puesto que Estados Unidos durante los años 1988-2002 se encontró que la macrosomía en el recién nacido tiene un OR 1.9 asociándose con hemorragia postparto (29); sin embargo en nuestro estudio la mayoría de niños se encuentran con un peso menor a 3500gr.

En cuanto a la vía de culminación del embarazo, 91,3% de las pacientes culminaron su parto por vía vaginal; datos que guardan relación con un estudio descriptivo efectuado en el Hospital Verdi Cevallos Balda, Manta en el 2011 en donde 91,78% de las pacientes que presentaron hemorragia postparto tuvieron parto vaginal (34). Otro estudio realizado en el Hospital Gineco-Obstétrico Tamara Bunker Bider en Santiago de Cuba reveló que un 53,8% de las pacientes que presentaron hemorragia postparto tuvieron su parto vaginal (41). Además en el estudio efectuado en la Manta en el Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano se encontró que 53,3% de las pacientes culminaron su parto por vía vaginal (28).

En las 104 pacientes que presentaron hemorragia postparto se analizó su IMC y se encontró que 47,1% de las pacientes tenían un IMC normal seguido de un importante porcentaje 34,6% con sobrepeso. Se estudió la prevalencia de sobrepeso y obesidad en este grupo poblacional ya que un estudio llevado a cabo en Suecia demostró que el riesgo de hemorragia uterina por atonía uterina aumenta rápidamente con el aumento de IMC (1,8%) (27). En una revisión sistémica efectuada en Bogotá en el 2012 se evidenció que 35% de las muertes maternas se



presentan en pacientes con IMC > 30; además aumenta el riesgo en un 13% de padecer hemorragia post parto. En nuestro estudio encontramos que 9,6% de las pacientes presentaron obesidad. Se asocia la obesidad con el riesgo de padecer hemorragia post parto puesto que en estas pacientes se produce alteración del calcio a nivel citoplasmático en las células miometriales provocando alteración en la contractibilidad favoreciendo a presentar atonía uterina (6).

La multiparidad constituye un factor de riesgo para hemorragia postparto ya que la atonía uterina puede ser consecuencia de sobre distensión uterina y el agotamiento muscular miometrial. En cuanto a los resultados encontrados en nuestra investigación se evidencio que el grupo de mayor prevalencia son las multíparas con un 52,9%. En estudios llevados a cabo en México en 2010, se demostró que la paciente gran multípara tiene mayor probabilidad de presentar hemorragia postparto (40), en otro estudio efectuado en Panamá entre 2007 y 2009 se evidenció que las pacientes gran multíparas tienen un riesgo 2,8 veces mayor de presentar episodios de hemorragia postparto en comparación con las pacientes de paridad menor (33), en nuestro estudio la gran multípara representó un 6,7%.

La presencia de trastorno hipertensivo se ha asociado con un incremento del riesgo de padecer hemorragia postparto; en nuestro estudio se evidenció que 86,5% de las pacientes no presentaron ningún tipo de trastorno hipertensivo, solo 13,5% de las pacientes que presentaron hemorragia postparto tuvieron algún trastorno hipertensivo; siendo el de mayor prevalencia la preclampsia. En un estudio efectuado en Estados Unidos durante los años 1988-2002 se evidencio que los trastornos hipertensivos se asocian con hemorragia postparto con un OR 1,7 por lo que es considerado como un factor de riesgo (29).

De acuerdo a la guía de práctica clínica sobre hemorragia postparto (3) la anemia previa tiene un OR 2 por lo que se considera también como un factor de riesgo para presentar hemorragia postparto; en nuestro estudio se evidencio que 13,4% de las pacientes presentaron anemia previa; 9,6% de ellas presentaron anemia moderada.



En el estudio efectuado en Manta se encontró que 40% de las pacientes presentaron anemia previa (28). En una revisión sistémica realizada en Bogotá en el 2012 se describe que el síndrome anémico severo aumenta las concentraciones hasta de siete veces de óxido nítrico con valores de hemoglobina menores a nueve, esto modifica el potencial de membrana y las concentraciones intracelulares de calcio produciendo alteración en la contractilidad uterina favoreciendo a la atonía uterina además , es importante considerar este factor de riesgo ya que en una paciente anémica los mecanismos de compensación a la pérdida sanguínea no responden como lo haría una mujer sin anemia (6).

Otro factor de riesgo importante asociado a hemorragia postparto es la fase activa prolongada y conducción con oxitocina. En las pacientes estudiadas 54,8% de ellas fueron sometidas a conducción con oxitocina, por lo que se debería considerar a este como un factor fuertemente relacionado con hemorragia postparto. Además 50% de ellas presentaron una fase activa prolongada de trabajo de parto. Esto se correlaciona con estudio efectuado en Estados Unidos durante los años 1988-2002 en un centro médico terciario en donde la conducción de parto presento un OR 1,4 asociándose a hemorragia postparto y la fase activa prolongada del parto se asocia a la presencia de hemorragia postparto con un OR 3,4 considerándose un factor de riesgo importante(29). Iguales resultados se evidenciaron en el estudio efectuado en Hospital Vicente Corral Moscoso donde se asocia fuertemente el parto distócico conducido con hemorragia postparto; en este estudio 51,4 % de las pacientes fueron conducidos por hipodinamia uterina (31).



CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

Una vez analizado los datos obtenidos de la presente investigación, de las pacientes que presentaron hemorragia postparto se concluyó:

- La prevalencia de hemorragia postparto en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el 2014 fue de 2.07% de los 5020 partos y cesáreas atendidos; el porcentaje concuerda con otros estudios pero se debería realizar una estimación objetiva del sangrado postparto.
- Las características demográficas de mayor prevalencia de las pacientes que presentaron hemorragia postparto fueron: edad entre 20-25 años, residencia rural, con un nivel de escolaridad secundaria y estado civil casado.
- La situación demográfica podría aumentar la incidencia de hemorragia postparto en mujeres que viven en zonas rurales ya sea por falta de acceso a sistemas de salud o por falta de controles prenatales de igual manera puede ser influenciado por el nivel de instrucción.
- Un 91,3% de los casos de hemorragia postparto se presentaron en partos por vía vaginal considerando una pérdida de 500ml o más, debido a estas cifras cabe recalcar la importancia del manejo activo de la tercera etapa de parto con personal entrenado.
- El volumen medio de sangrado de las pacientes que presentaron hemorragia postparto fue de 880,87 ml con una pérdida máxima de 2000ml; valores que demuestran la gravedad de esta complicación y por ende la importancia de una atención rápida para estabilizar hemodinámicamente a la paciente.
- Para realizar la cuantificación del volumen de sangrado vía vaginal se puede emplear la funda retrocecal mientras que en una cesárea la valoración del sangrado se realiza de manera visual subjetiva, por lo cual resulta difícil establecer el diagnóstico de hemorragia postparto en una cesárea.
- Los factores de riesgo asociados a hemorragia postparto que mayor porcentaje presentaron fueron conducción de labor de parto (54,8%), fase activa prolongada



(50%) y multiparidad (52,9%) demostrándose que son las principales causas asociadas a la presentación de esta complicación en nuestro medio.

- A pesar que en nuestro estudio el porcentaje de mujeres anémicas es pequeño (13,4%) se debe señalar a la anemia previa como un factor de riesgo modificable y corregible preparto. En general, en la mayoría de países incluyendo el nuestro, existen programas de tamizaje y administración de hierro a las embarazadas para prevenir anemia.
- La causa más frecuente de hemorragia postparto encontrada fue la atonía uterina, seguida por desgarros y finalmente retención de tejidos, en la muestra estudiada no se encontró pacientes con trastornos en la coagulación. Por ello cuando una paciente presenta hemorragia postparto, es importante evaluar a la paciente considerando dicho orden; además al ser la atonía uterina la causa más frecuente de hemorragia postparto se deben seguir estrictamente los protocolos de manejo activo de la tercera etapa del parto, con la utilización adecuada de uterotónicos, tracción controlada del cordón y masaje uterino.



RECOMENDACIONES

- Registrar adecuadamente los datos en las historias clínicas que permitan obtener datos confiables para las investigaciones, garantizando estudios de calidad.
- Capacitar adecuadamente al personal de salud para lograr un diagnóstico oportuno de esta complicación y tratamiento adecuado.
- Identificar aquellos factores de riesgo para hemorragia postparto que presenten las pacientes embarazadas para tomar las acciones necesarias y prevenir muertes maternas por esta causa.
- Tomando en cuenta que existen factores de riesgo controlables como la anemia, se debe concientizar a la mujer en edad reproductiva sobre la importancia del control prenatal desde el inicio del embarazo.
- Evaluar los niveles de hemoglobina antes del parto y, si es posible y necesario, debemos corregir estos niveles antes del nacimiento.
- Vigilar la correcta administración de uterotónicos durante la conducción del parto ya que un porcentaje importante de pacientes que presentaron hemorragia postparto fueron conducidas.
- Realizar y efectuar correctamente el manejo activo del tercer período de labor de parto pues está plenamente demostrada su eficacia para disminuir la prevalencia de hemorragia postparto.
- La subestimación de la pérdida de sangre en el parto, es común, el diagnóstico se realiza de manera subjetiva y muchas veces estas pérdidas no son detectadas. Se debe socializar la importancia de utilizar fundas retrocecales para la medición del cantidad de sangrado en parto vía vaginal.
- Debido a que la mayor parte de los casos de hemorragia postparto se presenta en parto por vía vaginal se debe capacitar adecuadamente al personal de salud que atiende el parto para prevenir dicha complicación y en caso de presentarse como manejarla correctamente.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bonifaz J. Hemorragias postparto. [Internet]. Riobamba 2010 [Citado 08 de Enero 2015]; disponible en:
<http://dspace.esoch.edu.ec/bitstream/123456789/1910/1/94T00089.pdf>
2. Garrido E. Gonzalez A, Sanchez L, Alumbremos Mt, Revisión del tratamiento quirúrgico de la atonía uterina. Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General Universitario de Ciudad Real. [Internet]. 2013 [Citado 26 de septiembre de 2015]; Disponible en:
<http://apuntes.hgucr.es/2013/06/27/revision-del-tratamiento-quirurgico-de-la-atonia-uterina/>
3. Ministerio de Salud Pública. Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto. Guía de Práctica Clínica. [Internet].2013 [Citado 10 de febrero 2015]; disponible en: <http://salud.gob.ec>
4. Sosa C. Factores de riesgo de hemorragia post-parto en partos vaginales en una población de América Latina Obstet Gynecol The American College of Obstetricians and Gynecologists [Internet]. Uruguay 2009 [Citado 08 de Enero 2015]; disponible en: http://journals.lww.com/greenjournal/documents/obstetgynecol_2009_113_1313_translated.pdf
5. OMS. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia postparto. [Internet]. 2013 [Citado 26 de septiembre de 2015]; Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141472/1/9789243548500_spa.pdf
6. Madariaga de La Roche A. Hemorragia postparto en pacientes con obesidad y/o anemia durante el embarazo: revisión sistemática. [Internet]. Universidad Colegio Mayor del Rosario. Bogotá D.C; Diciembre de 2012. [Citado 26 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4147/60449946-2012.pdf;jsessionid=03CBFDA01CB603B4CEDCA720045B7F36?sequence=1>



7. Karlsson H. Hemorragia postparto Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona An. Sist. Sanit. Navar. [Internet]. 2009 [Citado 11 de Enero 2015]; ; 32 (Supl. 1): 159-167 disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewarticle/6262>
8. Abalos E. Aspre I. García O. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto. [Internet]. 2008 [Citado 08 de Enero 2015] disponible en: http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/guia_hemorragia.pdf
9. Rodríguez J, Gomez A, Mompo A, Gredilla A, Lopez M. Gilsanz A. Hemorragia obstétrica masiva en una paciente con placenta percreta Massive obstetric haemorrhage in a patient with placenta percreta. Revista española de anestesiología y reanimación [Internet]. Octubre 2012 [Citado 08 de Enero 2015]; 59 (08). Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-espanola-anestesiologia-reanimacion-344/hemorragia-obstetrica-masiva-una-paciente-placenta-percreta-90155338-caso-clinico-2012>
10. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. Prevention and management of postpartum haemorrhage Minor revisions November 2009 and April 2011 [Internet]. 2011 [Citado 08 de Enero 2015]; Disponible en: <file:///C:/Users/Diana/Downloads/RCOG%20-%20Prevention%20and%20management%20of%20postpartum%20haemorrhage.pdf>
11. Hebbar S, Lavanya R, Akshara M. Comparison of blood loss in induced vs. Spontaneous vaginal delivery using specialized blood collection bag. Journal of Clinical and Diagnostic Research [Internet]. 2014 [Citado 08 de Enero 2015] ; 4 . Disponible en : http://www.jcdr.net//back_issues.asp
12. Gowri R. Postpartum Hemorrhage. [Internet]. London 2009 [Citado 08 de Enero 2015] disponible en: http://www.jogc.com/abstracts/full/200611_obstetrics_2.pdf
13. Belfort M. Overview of postpartum hemorrhage. [Internet]. 2010 [Citado 08 de Enero 2015]; disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum->



hemorrhage?Source=search_result&search=hemorragia+postparto&selectedtitle=1~122

14. INEC. Ecuador en Cifras [Internet]. 2013 [Citado 22 de septiembre de 2015]; disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf

15. Hernández G. Graciano L Buensuseso J Mendoza J. Hemorragia obstétrica postparto: reanimación guiada por metas. Rev Hosp Jua [Internet]. Mex 2013 [Citado 22 de septiembre de 2015] ; 80(3): 183-191 disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2013/ju133f.pdf>

16. Salcedo L. Fabiano P, Bolatti H. Manejo de la Hemorragia Obstétrica Crítica. [Internet]. [Citado 26 de septiembre de 2015]. Disponible en :<http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/cohemoob.pdf>

17. Lugo A. Caracterización de las pacientes con hemorragia uterina puerperal en las que se utilizó misoprostol. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2014 Jun [citado 2015 Sep 27]; 40(2): 145-154. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200002&lng=es

18. Bertucci S. Manejo anestésico de la hemorragia obstetrica postparto. Anest Analg Reanim [Internet]. 2014 Jun [citado 2015 Sep 27] ; 27(1): 5-5. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12732014000100005&lng=es

19. Calle A, Barrera M, Guerrero A. Diagnóstico y manejo de la hemorragia postparto. Rev. Per Ginecol. Obstet. [Internet]. 2009 [Citado 08 de Enero 2015]; 54:233-243. Disponible en:http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n4/pdf/a03v54n4.pdf

20. Canchila C, Laguna H, Paternina A, Arango A, De La Barrera A. Prevención de la hemorragia postparto. Universidad de Cartagena, Colombia. [Internet]. 2009 [Citado 08 de Enero 2015]; disponible en:



<http://www.monografias.com/trabajos-pdf3/prevencion-hemorragia-postparto/prevencion-hemorragia-postparto.pdf>

21. OMS. Recommendations for the prevention and treatment of postpartum [Internet]. 2012 [Citado 08 de Enero 2015] disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf

22. Oyelese Y. Ananth C. Postpartum Hemorrhage: Epidemiology, Risk Factors, and Cause. [Internet]. 2010 [Citado 26 de septiembre de 2015]; 53 (1)147-156. Disponible en: <http://journals.lww.com/clinicalobgyn/pages/articleviewer.aspx?year=2010&issue=03000&article=00016&type=abstract>

23. Manrique S Munar F Francés S. Update on the use of uterotonic agents Revista Española de Anestesiología y Reanimación [Internet]. February 2012 [Citado 26 de septiembre de 2015]; 59(2) 91–97. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034935612000527>

24. Altirriba J. Riesgo de hemorragia postparto en la paciente gran múltipara: estudio retrospectivo observacional REVISTA, [Internet]. 2011 [Citado 08 de Enero 2015]; 38 (5). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-riesgo-hemorragia-postparto-paciente-gran-90027077>

25. Le Riverend J. El Observador Habanero.[Internet]. octubre 2012 [Citado 26 de septiembre de 2015], 7 145-58. Disponible en: http://bvscuba.sld.cu/?read_result=cumed-50919&index_result=4

26. Rodríguez C. Hemorragia postparto en Menores de 20 años en la sala de labor y parto del Hospital Gabriela Alvarado, durante el periodo de Agosto del 2011 a Julio 2012. [Internet]. dic 2012 [Citado 26 de septiembre de 2015], 105. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=678597&indexSearch=ID>

27. Blomberg M. Maternal Obesity and Risk of Postpartum Hemorrhage. Obstetrics & Gynecology [Internet] September 2011 [Citado 08 de Abril 2015]; 118 (3) p 561–568 disponible en:



http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2011/09000/Maternal_Obesity_and_Risk_of_Postpartum_Hemorrhage.10.aspx

28. Chica K. Frecuencia de la hemorragia postparto y post cesárea en pacientes del hospital “Rafael Rodriguez Zambrano” de la ciudad de Manta durante el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013 [Internet]. 2013 [Citado 08 de Abril 2015] disponible en <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1839/1/TESIS%20FRECUCENCIA%20ODE%20HEMORRAGIA%20POSTPARTO%20KATTY%20CHICA.pdf>

29. Sheiner E. Sarid L. Levy A. Obstetric risk factors and outcome of pregnancies complicated with early postpartum hemorrhage: a population-based study. *Matern Fetal Neonatal Med.* [Internet]. 2005 [Citado 30 agosto 2015]; ; 18:149. Disponible en <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage/abstract/16>

30. Rouse D. Leindecker S. Landon M. The MFMU Cesarean Registry: uterine atony after primary cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* [Internet].2005 [Citado 30 agosto 2015]; 193:1056. Disponible en <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage/abstract/18>

31. Lopez V. Determinación del sangrado durante el parto y factores asociados a hemorragia. Hospital Vicente Corral Moscoso cuenca Ecuador. [Internet]. 2013 [Citado 24 de Agosto 2015] disponible en <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4004/1/MEDGO13.pdf>

32. Marchetti D. Vellone V. Dhimitri O. Post-partum hemorrhage and malpractice claims: what can we learn from the findings of placental examination and endometrial curettage? A retrospective analysis of surgical pathology reports. *The Royal Society of Journals of Medicine.* [Internet]. February 4, 2014 [Citado 08 de Abril 2015] Disponible en <http://msl.sagepub.com/content/early/2014/02/04/0025802413518197.abstrac>

33. ELSEVIER. Risk of postpartum hemorrhage in grand multiparous patients: Retrospective, descriptive, observational study *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia* [Internet]. 2011 [Citado 18 agosto 2015]; 38(05)



Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-riesgo-hemorragia-postparto-paciente-gran-90027077#elsevierItemBibliografias>

34. Alcívar L. Causas y Factores de riesgo que aumentan la incidencia de hemorragia postparto en el área Gineco Obstétrica del Hospital Verdi Cevallos Balda [Internet]. 2011 [Citado 08 de Enero 2015] disponible en: <http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/4979/1/tesis%20%2824%29.pdf>

35. American Congress of Obstetricians & Gynecologists (Acog), District II [Internet]. Octubre 2012 [Citado 08 de Enero 2015] disponible en: https://www.acog.org/~media/Districts/District%20II/PDFs/Final_Hemorrhage_Web.pdf

36. Lalonde A. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. Int J Gynaecol Obstet. [Internet]. 2012 [Citado 08 de Enero 2015]; 117(2):108-18. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Lalonde%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22502595

37. Walfish M, Neuman A, Wlody D. Maternal haemorrhage. Br J Anaesth [Internet]. 2009 [Citado 08 de Abril 2015] ; 103(Suppl 1):i47-56. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20007990>

38. Auckland. Postpartum Haemorrhage (PPH) [Internet]. 2014 [Citado 09 de Enero 2015] disponible en: http://nationalwomenshealth.adhb.govt.nz/Portals/0/Documents/Policies/Postpartum%20Haemorrhage_.pdf

39. Berens P. Overview of postpartum care University of Texas, [Internet]. 2010 [Citado 08 de Enero 2015] disponible en: http://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-care?Source=search_result&search=hemorragia+postparto&selectedtitle=4~122

40. Evensen A., Postpartum Hemorrhage: Third Stage Pregnancy [Internet]. 2009 [Citado 12 de Enero 2015] disponible en:



http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/about_us/initiatives/also-also/also_syllabus/chapterj-postpartum-hemorrhage.pdf

41. Machado Y. Jardines J. Díaz I. Morando D. Morbilidad materna por pérdida masiva de sangre en el Hospital Ginecoobstétrico "Tamara Bunke Bider" [Internet]. 2012 [Citado 20 Agosto 2015] disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol17_5_13/san07175.htm



BIBLIOGRAFÍA

1. Abalos E. Aspre I. García O. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto. [Internet]. 2008 [Citado 08 de Enero 2015] disponible en:http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/guia_hemorragia.pdf
2. Alcívar L. Causas y Factores de riesgo que aumentan la incidencia de hemorragia postparto en el área Gineco Obstétrica del Hospital Verdi Cevallos Balda [Internet]. 2011 [Citado 08 de Enero 2015] disponible en: <http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/4979/1/tesis%20%2824%29.pdf>
3. Altirriba J. Riesgo de hemorragia postparto en la paciente gran múltipara: estudio retrospectivo observacional REVISTA, [Internet]. 2011 [Citado 08 de Enero 2015]; 38 (5). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-riesgo-hemorragia-postparto-paciente-gran-90027077>
4. American Congress of Obstetricians & Gynecologists (Acog), District II [Internet]. Octubre 2012 [Citado 08 de Enero 2015] disponible en: https://www.acog.org/~media/Districts/District%20II/PDFs/Final_Hemorrhage_Web.pdf
5. Auckland. Postpartum Haemorrhage (PPH) [Internet]. 2014 [Citado 09 de Enero 2015] disponible en: http://nationalwomenshealth.adhb.govt.nz/Portals/0/Documents/Policies/Postpartum%20Haemorrhage_.pdf
6. Belfort M. Overview of postpartum hemorrhage. [Internet]. 2010 [Citado 08 de Enero 2015]; disponible en: http://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage?Source=search_result&search=hemorragia+postparto&selectedtitle=1~122
7. Berens P. Overview of postpartum care University of Texas, [Internet]. 2010 [Citado 08 de Enero 2015] disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum->



care?Source=search_result&search=hemorragia+postparto&selectedtitle=4~12
2

8. Bertucci S. Manejo anestésico de la hemorragia obstetrica postparto. Anest Analg Reanim [Internet]. 2014 Jun [citado 2015 Sep 27] ; 27(1): 5-5. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12732014000100005&lng=es

9. Blomberg M. Maternal Obesity and Risk of Postpartum Hemorrhage. Obstetrics & Gynecology [Internet] September 2011 [Citado 08 de Abril 2015]; 118 (3) p 561–568 disponible en: http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2011/09000/Maternal_Obesity_and_Risk_of_Postpartum_Hemorrhage.10.aspx

10. Bonifaz J. Hemorragias postparto. [Internet]. Riobamba 2010 [Citado 08 de Enero 2015]; disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1910/1/94T00089.pdf>

11. Calle A, Barrera M, Guerrero A. Diagnóstico y manejo de la hemorragia postparto. Rev. Per Ginecol. Obstet. [Internet]. 2009 [Citado 08 de Enero 2015]; 54:233-243. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n4/pdf/a03v54n4.pdf

12. Canchila C, Laguna H, Paternina A, Arango A, De La Barrera A. Prevención de la hemorragia postparto. Universidad de Cartagena, Colombia. [Internet]. 2009 [Citado 08 de Enero 2015]; disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos-pdf3/prevencion-hemorragia-postparto/prevencion-hemorragia-postparto.pdf>

13. Chica K. Frecuencia de la hemorragia postparto y post cesárea en pacientes del hospital “Rafael Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta durante el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013 [Internet]. 2013 [Citado 08 de Abril 2015] disponible en <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1839/1/TESIS%20FRECUENCIA%20ODE%20HEMORRAGIA%20POSTPARTO%20KATTY%20CHICA.pdf>



14. Garrido E. Gonzalez A, Sanchez L, Alumbremos Mt, Revisión del tratamiento quirúrgico de la atonía uterina. Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General Universitario de Ciudad Real. [Internet]. 2013 [Citado 26 de septiembre de 2015]; Disponible en: <http://apuntes.hgucr.es/2013/06/27/revision-del-tratamiento-quirurgico-de-la-atonia-uterina/>
15. ELSEVIER. Risk of postpartum hemorrhage in grand multiparous patients: Retrospective, descriptive, observational study *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia* [Internet]. 2011 [Citado 18 agosto 2015]; 38(05) Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-riesgo-hemorragia-postparto-paciente-gran-90027077#elsevierItemBibliografias>
16. Evensen A., Postpartum Hemorrhage: Third Stage Pregnancy [Internet]. 2009 [Citado 12 de Enero 2015] disponible en: http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/about_us/initiatives/also-biso/also_syllabus/chapterj-postpartum-hemorrhage.pdf
17. Gowri R. Postpartum Hemorrhage. [Internet]. London 2009 [Citado 08 de Enero 2015] disponible en: http://www.jogc.com/abstracts/full/200611_obstetrics_2.pdf
18. Hebbar S, Lavanya R, Akshara M. Comparison of blood loss in induced vs. Spontaneous vaginal delivery using specialized blood collection bag. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* [Internet]. 2014 [Citado 08 de Enero 2015] ; 4 . Disponible en : http://www.jcdr.net//back_issues.asp
19. Hernández G. Graciano L Buensuseso J Mendoza J. Hemorragia obstétrica postparto: reanimación guiada por metas. *Rev Hosp Jua* [Internet]. Mex 2013 [Citado 22 de septiembre de 2015] ; 80(3): 183-191 disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2013/ju133f.pdf>
20. INEC. Ecuador en Cifras [Internet]. 2013 [Citado 22 de septiembre de 2015]; disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf



- 21.** Karlsson H. Hemorragia postparto Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona An. Sist. Sanit. Navar. [Internet]. 2009 [Citado 11 de Enero 2015]; ; 32 (Supl. 1): 159-167 disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewarticle/6262>
- 22.** Lalonde A. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. Int J Gynaecol Obstet. [Internet]. 2012 [Citado 08 de Enero 2015] ; 117(2):108-18. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Lalonde%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22502595
- 23.** Le Riverend J. El Observador Habanero. [Internet]. octubre 2012 [Citado 26 de septiembre de 2015], 7 145-58. Disponible en :http://bvscuba.sld.cu/?read_result=cumed-50919&index_result=4
- 24.** Lopez V. Determinación del sangrado durante el parto y factores asociados a hemorragia. Hospital Vicente Corral Moscoso cuenca Ecuador. [Internet]. 2013 [Citado 24 de Agosto 2015] disponible en <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4004/1/MEDGO13.pdf>
- 25.** Lugo A. Caracterización de las pacientes con hemorragia uterina puerperal en las que se utilizó misoprostol. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2014 Jun [citado 2015 Sep 27]; 40(2): 145-154. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200002&lng=es
- 26.** Machado Y. Jardines J Díaz I. Morando D. Morbilidad materna por pérdida masiva de sangre en el Hospital Ginecoobstétrico "Tamara Bunke Bider" [Internet]. 2012 [Citado 20 Agosto 2015] disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol17_5_13/san07175.htm
- 27.** Manrique S Munar F Francés S. Update on the use of uterotonic agents Revista Española de Anestesiología y Reanimación [Internet]. February 2012 [Citado 26 de septiembre de 2015]; 59(2) 91–97. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034935612000527>
- 28.** Madariaga de La Roche A. Hemorragia postparto en pacientes con obesidad y/o anemia durante el embarazo: revisión sistemática. [Internet].



Universidad Colegio Mayor del Rosario. Bogotá D.C; Diciembre de 2012. [Citado 26 de septiembre de 2015]. Disponible en: [http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4147/60449946-](http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4147/60449946-2012.pdf;jsessionid=03CBFDA01CB603B4CEDCA720045B7F36?sequence=1)

2012.pdf;jsessionid=03CBFDA01CB603B4CEDCA720045B7F36?sequence=1

29. Marchetti D. Vellone V. Dhimitri O. Post-partum hemorrhage and malpractice claims: what can we learn from the findings of placental examination and endometrial curettage? A retrospective analysis of surgical pathology reports. The Royal Society of Journals of Medicine. [Internet]. February 4, 2014 [Citado 08 de Abril 2015] Disponible en <http://msl.sagepub.com/content/early/2014/02/04/0025802413518197.abstrac>

30. Ministerio de Salud Pública. Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto. Guía de Práctica Clínica. [Internet].2013 [Citado 10 de febrero 2015]; disponible en: <http://salud.gob.ec>

31. OMS. Recommendations for the prevention and treatment of postpartum [Internet]. 2012 [Citado 08 de Enero 2015] disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf

32. Oyelese Y. Ananth C. Postpartum Hemorrhage: Epidemiology, Risk Factors, and Cause. [Internet]. 2010 [Citado 26 de septiembre de 2015]; 53 (1)147-156. Disponible en [:http://journals.lww.com/clinicalobgyn/pages/articleviewer.aspx?year=2010&issue=03000&article=00016&type=abstract](http://journals.lww.com/clinicalobgyn/pages/articleviewer.aspx?year=2010&issue=03000&article=00016&type=abstract)

33. Rodríguez C. Hemorragia postparto en Menores de 20 años en la sala de labor y parto del Hospital Gabriela Alvarado, durante el periodo de Agosto del 2011 a Julio 2012. [Internet]. dic 2012 [Citado 26 de septiembre de 2015], 105. Disponible en [:http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=678597&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=678597&indexSearch=ID)

34. Rodríguez J, Gomez A, Mompo A, Gredilla A, Lopez M. Gilsanz A. Hemorragia obstétrica masiva en una paciente con placenta pércreta Massive obstetric haemorrhage in a patient with placenta percreta. Revista española de



anestesiología y reanimación [Internet]. Octubre 2012 [Citado 08 de Enero 2015]; 59 (08). Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-espanola-anestesiologia-reanimacion-344/hemorragia-obstetrica-masiva-una-paciente-placenta-percreta-90155338-caso-clinico-2012>

35. Rouse D. Leindecker S. Landon M. The MFMU Cesarean Registry: uterine atony after primary cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol. [Internet]. 2005 [Citado 30 agosto 2015]; 193:1056. Disponible en <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage/abstract/18>

36. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. Prevention and management of postpartum haemorrhage Minor revisions November 2009 and April 2011 [Internet]. 2011 [Citado 08 de Enero 2015]; Disponible en: <file:///C:/Users/Diana/Downloads/RCOG%20-%20Prevention%20and%20management%20of%20postpartum%20haemorrhage.pdf>

37. Salcedo L. Fabiano P, Bolatti H. Manejo de la Hemorragia Obstétrica Crítica. [Internet]. [Citado 26 de septiembre de 2015]. Disponible en :<http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/conhemoob.pdf>

38. Sheiner E. Sarid L. Levy A. Obstetric risk factors and outcome of pregnancies complicated with early postpartum hemorrhage: a population-based study. Matern Fetal Neonatal Med. [Internet]. 2005 [Citado 30 agosto 2015]; ; 18:149. Disponible en <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage/abstract/16>

39. Sosa C. Factores de riesgo de hemorragia post-parto en partos vaginales en una población de América Latina Obstet Gynecol The American College of Obstetricians and Gynecologists [Internet]. Uruguay 2009 [Citado 08 de Enero 2015]; disponible en: en http://journals.lww.com/greenjournal/documents/obstetgynecol_2009_113_1313_translated.pdf



- 40.** OMS. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia postparto. [Internet]. 2013 [Citado 26 de septiembre de 2015]; Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141472/1/9789243548500_spa.pdf
- 41.** Walfish M, Neuman A, Wlody D. Maternal haemorrhage. Br J Anaesth [Internet]. 2009 [Citado 08 de Abril 2015] ; 103(Suppl 1):i47-56. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20007990>



ANEXOS

ANEXO 1

VARIABLES

Variables	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido en Años desde la fecha de nacimiento hasta la fecha de registro en la historia clínica.	Años cumplidos	Tiempo en Años	Numérica
Estado civil	Relación civil entre dos personas reconocidas por la ley.	Estado civil registrado en la ficha	Testimonio verbal de la paciente.	Soltera Casada Viuda Unión libre Divorciada
Residencia	Área geográfica del lugar de nacimiento.	Lugar registrado en la historia clínica	Área geográfica	Rural Urbano
Edad gestacional	Tiempo de duración en semanas del embarazo a partir de la fecha de FUM	Semanas de gestación registradas en la historia clínica	Edad gestacional en semanas	Pretérmino Término Postérmino
Paridad	Número de embarazos anteriores	Número de embarazos registrados en la historia clínica	Número de embarazos	1 2-4 5 o más
Instrucción	Nivel de educación años aprobados	Años de estudio aprobados.	Tiempo en años	Ninguna Primaria Secundaria Superior
Índice de masa corporal	Estado de salud dependiente de la relación entre el peso y talla.	Cociente de peso en kg para la talla en m elevado al cuadrado	Índice de masa corporal en kg/m ³	Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad
Peso de Recién Nacido	Características antropométricas del recién nacido	Medidas antropométricas	Peso del recién nacido	Mayor o igual a 3500 g Menor 3500 g
Vía de terminación de embarazo	Forma de expulsión del feto por vía vaginal o abdominal con o sin complicación	Vía de terminación de la gestación.	Tipo de parto registrado en las HC	Vaginal Cesárea
Fase activa prolongada	Tiempo desde la primera contracción	Horas de trabajo de parto.	Tiempo en horas	Si No



	verdadera hasta el expulsivo.			
Trastornos hipertensivos del embarazo	<p>Hipertensión Gestacional: Hipertensión alta sin proteinuria</p> <p>Preeclampsia leve: Hipertensión alta + proteinuria</p> <p>Preeclampsia grave: Hipertensión alta + proteinuria+ sintomatología grave</p> <p>Eclampsia: Hipertensión alta + proteinuria+ convulsiones</p> <p>Hipertensión Crónica más Preeclampsia:</p>	<p>Tensión arterial \geq 140/90 mmHg, mayor a las 20SG retorna a lo normal dentro de las 12</p> <p>Tensión arterial \geq 140/90 mmHg, mayor a las 20SG proteinuria \geq a 300 mg/24 horas sin criterios de gravedad</p> <p>Tensión arterial \geq 160/110 mmHg, mayor a las 20SG proteinuria \geq a 5g/24 horas + Alteraciones sistémicas.</p> <p>Preeclampsia grave sumada a convulsiones tónico - clónicas generalizadas y/o de coma inexplicado</p> <p>Aparición de proteinuria en paciente hipertensa crónica luego de las 20 semanas</p>	Registro de la Tensión arterial, proteinuria y /o episodios convulsivos.	<p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p>
Anemia	Alteración sistémica relacionada con niveles de hemoglobina bajo	Valor de hemoglobina.	Hemoglobina en g/dl	No Si
Volumen de sangre perdido	Cantidad de sangre perdido postparto o post cesárea.	Cantidad de sangre	Mililitros de sangre	Numérica
Causas de hemorragia postparto :	Problemas orgánicos o funcionales que pueden llevar a hemorragia postparto	<p>Falta de contracción uterina luego del parto</p> <p>Falta de eliminación de restos placentarios o membranas</p> <p>Desgarros del canal genital, rotura uterina</p>	Causa	<p>Atonía uterina</p> <p>Retención de productos</p> <p>Traumatismo</p>



		o inversión uterina Coagulopatías congénitas o adquiridas durante el embarazo. .		Coagulopatías
--	--	--	--	---------------

ANEXO 2

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	Me	Me	Me	Me	Me	Me	
	s 1	s 2	s 3	s 4	s 5	s 6	
Recolección de los datos	X						JUAN JOSE CALLE SIGUIENCIA DIANA ESTEFANIA ESPINOZA BARRERA
Análisis e interpretación de los datos		X	X				
Elaboración y presentación de la información				X			
Obtención de las conclusiones y recomendaciones					X		
Entrega del informe final						X	



ANEXO 3

UNIVERSIDAD ESTATAL DE CUENCA



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

PREVALENCIA, CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA
HEMORRAGIA POSTPARTO (HPP) EN LAS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE
GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERIODO
ENERO – DICIEMBRE 2014.

NUMERO DE FORMULARIO _____

NOMBRE: _____

HC: _____

EDAD: _____ PROCEDENCIA URBANO ___ RURAL _____

ESTADO CIVIL: _____ PARIDAD _____

PESO: ___ TALLA: _____ IMC: _____

INSTRUCCIÓN _____

EMBARAZO ACTUAL:

EDAD GESTACIONAL: _____

PESO FETAL: _____

TRASTORNO HIPERTENSIVO SI _____

NO _____

CUAL TRASTORNO HIPERTENSIVO: _____

VIA DE TERMINACION DE EMBARAZO: VAGINAL: _____ CESAREA: _____

ANEMIA PREVIA: SI _____ NO _____

HEMOGLOBINA PREVIA _____

HEMOGLOBINA POSTPARTO _____

CANTIDAD DE SANGRADO: _____

DURACION DE FASE ACTIVA DE TRABAJO DE PARTO: _____

CONDUCCION: SI ___ NO _____

CAUSA DE HEMORRAGIA POSTPARTO

ATONÍA UTERINA__ RETENCIÓN DE PRODUCTOS ___

TRAUMATISMO__ COAGULOPATÍAS___