



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

## **TESIS**

# **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN LAS PUÉRPERAS DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES LIMA, 2018**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**Autor: Bachiller Francia Malpartida, Rosa Isabel**

**Asesor: Dr. Luis Carlos Araujo Cachay**

**Lima, Perú**

**2019**

**HOJA DE APROBACIÓN**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO  
EN LAS PUÉRPERAS DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E.  
BERNALES LIMA, 2018**

Esta Tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título de Médico Cirujano

---

Dr. Holguin Coppa, Carlos Gabriel

Miembro

---

Dr. Llajaruna Zumaeta, Edwin Luis

Secretario

---

Dra. Jauregui Caycho, Lissette

Presidente

**Lima, Perú**

**2019**

## **DEDICATORIA**

Esta tesis está dedicada a Dios, quien supo por qué poner cada eventualidad en mi camino, y a mi querida familia, por su amor, educación y guía.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mis amados padres, Javier y Edith quienes con su amor, paciencia y sacrificio han permitido a mis hermanos y a mí, superarnos como personas y lograr nuestros sueños. Agradecer a mi asesor de tesis el Dr. Luis Araujo por la valiosa contribución con este trabajo.

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir las principales características clínicas de las puérperas con hemorragia postparto en del Hospital Nacional Sergio E. Bernales lima, 2018.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo-observacional de tipo transversal. La población constó de 112 casos de hemorragia postparto en el Hospital Sergio E. Bernales de donde se revisaron las historias clínicas de 96 de ellas, cantidad obtenida mediante técnica de muestreo.

**Resultados:** La hemorragia postparto temprano representó el 76.04% casos. En cuanto a las causas de hemorragia postparto, la retención placentaria representó el 37.50% del total, mientras que la atonía uterina un 35.42%. El 87.50% de casos cursaba entre las edades de 18 y 35 años, un 55.21% era multíparas y un 85.42% no presentaba la característica previa de distensión uterina en el momento de la hemorragia. Se halló que el 71.88% de casos ocurrieron tras un parto por vía vaginal, un 86.46% no tenía anomalías en la placentación, un 35.42% se le realizó episiotomía y un 79.17% recibió profilaxis de hemorragia obstétrica.

**Conclusiones:** Las principales características clínicas de la hemorragia postparto fueron tener entre 18 y 35 años, ser multípara. Las principales patologías de hemorragia postparto temprano, fue la atonía uterina, seguido de la retención placentaria, y en tercer lugar las lesiones del canal obstétrico. Mientras que la principales causas de hemorragia postparto tardío, a la retención placentaria seguido de las lesiones del canal obstétrico y la endometritis. Las principales características clínicas anteparto fue tener entre 18 y 35 años y ser multípara; en caso de las características intraparto fueron vía de parto vaginal.

**Palabras clave:** Hemorragia postparto, característica clínica, Hospital Sergio E. Bernales.

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the main clinical characteristics of puerperal women with postpartum hemorrhage in the National Hospital Sergio E. Bernales Lima, 2018

**Methods and materials:** A cross-sectional, descriptive-observational study was carried out. The population consisted of 112 cases of postpartum hemorrhage in the Sergio E. Bernales Hospital; the sample consisted of 96 cases in which the clinical histories were reviewed, amount obtained by sampling technique.

**Results:** Immediate postpartum hemorrhage represented 76.04% cases. Regarding the causes of postpartum hemorrhage, the retention of placental remains accounted for 37.50% of the total, while uterine atony a 35.42%. 87.50% of cases were between the ages of 18 and 35 years, 55.21% were multiparous and 85.42% had no uterine distension at the time of bleeding. It was found that 71.88% of cases occurred after vaginal delivery, 86.46% did not have abnormalities in the placentation, 35.42% underwent an episiotomy and 79.17% received obstetric hemorrhage prophylaxis.

**Conclusions:** The main clinical characteristics of postpartum hemorrhage were between 18 and 35 years old, being multiparous. The main pathologies of early postpartum hemorrhage were uterine atony, followed by placental retention, and thirdly, obstetric channel lesions. While the main causes of late postpartum hemorrhage, to placental retention followed by obstetric channel lesions and endometritis. The main antepartum clinical characteristics were between 18 and 35 years old and being multiparous; in case of intrapartum characteristics were vaginal delivery

**Key words:** Postpartum hemorrhage, clinical characteristic, Sergio E. Bernales Hospital.

## ÍNDICE

HOJA DE APROBACIÓN.....	2
DEDICATORIA .....	3
AGRADECIMIENTOS.....	4
RESUMEN .....	5
ABSTRACT .....	6
ÍNDICE.....	7
INTRODUCCIÓN .....	11
<b>CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>12</b>
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	12
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	14
1.2.1 PROBLEMA GENERAL .....	14
1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	15
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	15
1.3.1 OBJETIVO GENERAL .....	15
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	15
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	16
<b>CAPITULO II MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>18</b>
2.1 BASES TEÓRICAS .....	18
2.1.1 Hemorragia postparto .....	18
2.1.1.1 Hemorragia postparto temprano.....	21
2.1.1.2 Hemorragia postparto tardío.....	21
2.1.2 Causas de hemorragia postparto.....	22
2.1.2.1 Atonía uterina .....	22
2.1.2.2 Rotura y/o inversión uterina.....	24
2.1.2.3 Lesión del canal obstétrico .....	25
2.1.2.4 Alteraciones de la coagulación .....	27
2.1.2.5 Retención placentaria.....	29
2.1.2.6 Infecciones (Endometritis) .....	30
2.1.3 Características clínicas de la hemorragia postparto .....	31
2.1.3.1 Características anteparto.....	33
2.1.3.2 Características intraparto.....	36
2.2 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN .....	38
2.2.1 NACIONALES.....	38

2.2.2 INTERNACIONALES.....	40
<b>CAPITULO III METODOLOGÍA.....</b>	<b>41</b>
3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	41
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	41
3.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	42
3.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	42
3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	42
3.4 PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS .....	44
<b>CAPITULO IV RESULTADOS .....</b>	<b>45</b>
4.1 ANALISIS DESCRIPTIVO, TABLA DE FRECUENCIA, GRAFICO, DIBUJOS, FOTOS, TABLAS.....	45
4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	62
4.3 CONCLUSIONES .....	68
4.4 RECOMENDACIONES.....	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
<b>ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO 2: REGISTRO DE OBSERVACIÓN .....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO 3: APROBACIÓN DE PROYECTO .....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO 4 : MATRIZ DE CONSISTENCIA.....</b>	<b>81</b>

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla N°01</b> Causas y características clínicas de hemorragia postparto en relación a la etiología. _____	20
<b>Tabla N°02</b> Alteraciones de la coagulación. _____	27
<b>Tabla N°03</b> características clínicas anteparto y postparto de la hemorragia postparto. _____	33

## LISTA DE CUADROS

<b>Cuadro N°01.</b> Casos de hemorragia postparto durante el año 2018. _____	45
<b>Cuadro N°02.</b> Tipo de hemorragia postparto. _____	46
<b>Cuadro N°03.</b> Causas de hemorragia postparto. _____	47
<b>Cuadro N°04.</b> Causas de hemorragia postparto temprano _____	48
<b>Cuadro N°05.</b> Causas de hemorragia postparto tardío _____	49
<b>Cuadro N°06.</b> Edad de las puérperas que presentaron hemorragia postparto ____	50
<b>Cuadro N°07.</b> Paridad _____	51
<b>Cuadro N°08.</b> Gran distensión uterina. _____	52
<b>Cuadro N°09.</b> Antecedentes obstétricos de importancia _____	53
<b>Cuadro N°10.</b> Anormalidades de la placentación _____	54
<b>Cuadro N°11.</b> Antecedente de trastorno de la coagulación. _____	55
<b>Cuadro N°12.</b> Vía de parto. _____	56
<b>Cuadro N°13.</b> Progresión del trabajo de parto. _____	57
<b>Cuadro N°14.</b> Episiotomía. _____	58
<b>Cuadro N°15.</b> Desgarros y laceraciones. _____	59
<b>Cuadro N°16.</b> Maniobra de Kristeller. _____	60
<b>Cuadro N°17.</b> Profilaxis de la hemorragia postparto _____	61

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico N°01.</b> Casos de hemorragia postparto durante el año 2018. _____	45
<b>Gráfico N°02.</b> Frecuencia y porcentaje según el tipo de hemorragia postparto. ____	46
<b>Gráfico N°03.</b> Causas de hemorragia postparto. _____	47
<b>Gráfico N°04.</b> Causas de hemorragia postparto inmediato. _____	48
<b>Gráfico N°05.</b> Causas de hemorragia postparto tardío. _____	49
<b>Gráfico N°06.</b> Edad de las pacientes que cursaron hemorragia postparto. _____	50
<b>Gráfico N°07.</b> Paridad. _____	51
<b>Gráfico N°08.</b> Gran distensión uterina. _____	52
<b>Gráfico N°09.</b> Antecedentes obstétricos de importancia. _____	53
<b>Gráfico N°10.</b> Anormalidades de la placentación. _____	54
<b>Gráfico N°11.</b> Antecedente de trastorno de la coagulación. _____	55
<b>Gráfico N°12.</b> Vía de parto. _____	56
<b>Gráfico N°13.</b> Progresión del trabajo de parto. _____	57
<b>Gráfico N°14.</b> Episiotomía. _____	58
<b>Gráfico N°15.</b> Desgarros y laceraciones del canal del parto. _____	59
<b>Gráfico N°16.</b> Maniobra de Kristeller. _____	60
<b>Gráfico N°17.</b> Profilaxis de hemorragia postparto. _____	61

## INTRODUCCIÓN

La hemorragia postparto es una indeseada complicación durante el parto que conforma el primer lugar de causa de muerte materna en países en desarrollo, y tomando en cuenta que el Perú aún se encuentra en esta categoría desafortunadamente, se debe de estudiar a profundidad, ya que su incidencia y desenlace reflejan la realidad socioeconómica y sanitaria del país.

Las investigaciones revelan una larga lista de características clínicas identificables para la presencia de hemorragia postparto, orientado en su frecuencia y significancia, con el fin de su prevención; pero cabe resaltar que muchas veces, estas se presentan sin ningún factor identificable o varía mucho de acuerdo al hospital, a la región y principalmente a la pobreza y la carente educación, son notables dichos factores socioeconómicos cuando se comparan las cifras de distintos países y de estos mismos dentro de sus diversas regiones.

Al identificar a una paciente con factores potenciales de desarrollar hemorragia postparto, es muy importante el manejo apropiado desde ya, el derivar o no a un centro de mayor nivel, educarla, mejorar el cuidado obstétrico, de manera de prevenir muertes que se pueden evitar. El presente estudio pretende investigar las causas y circunstancias que contribuye a producir hemorragia postparto más prevalentes en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante todo el año 2018, para así contribuir en la identificación temprana de gestantes en riesgo y así disminuir la razón de muerte materna nacional.

## **CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

Durante años se han realizado múltiples estrategias con el fin de reducir la mortalidad materna mediante diversos programas de salud a nivel mundial alcanzándose una reducción del 44% de la razón de mortalidad materna (RMM) en los últimos 25 años, sin embargo no se logró alcanzar el quinto objetivo del milenio que consistía en reducir en un 75% la RMM a nivel mundial para el 2015.

La Organización Mundial de Salud (OMS) revela que aún continúa produciéndose exagerada cantidad de casos de muerte materna prevenibles a nivel mundial, tal es así que se calcula que en el mundo diariamente fenecen aproximadamente 830 mujeres debido a complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. En el 2015 se estimaron unas 303 000 muertes maternas; donde el 99% de ellas correspondieron a los países de vías del desarrollo; por ello en septiembre de 2015, los países miembros de las Naciones Unidas admitieron los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), cuya reducción de la mortalidad materna continúa siendo una prioridad.(1)

Los datos estadísticos a nivel mundial, revelan que la principal causa de la mortalidad materna en el 75% de los casos están dadas por complicaciones postparto, donde principalmente están comprendidas las hemorragias postparto; de igual manera, es principal causa en nuestro país, siendo su razón de muerte materna de 46.1 muertes maternas por cien mil nacidos vivos, favorablemente con una tendencia a la reducción. En el estudio realizado por la Dirección General de Epidemiología, donde se analizó la mortalidad materna desde año 2002 al 2011, y se observó que existió mayor riesgo en la zona rural, ya que

razón de muerte materna fue de 97.3 por cien mil nacidos vivos y que existió 5 veces más riesgo que una mujer muera por hemorragia obstétrica en la zona rural que en la zona urbana. (2)(3)

En el Perú, según nuestro sistema de vigilancia nacional, durante el primer semestre del año 2018, la mortalidad materna debida a las hemorragias se encontraron en segundo lugar en frecuencia, de ellos 57,4 % del total de muertes fueron debidas a causas obstétricas directas, mientras que el 32,4 % a causas indirectas y el 10,2 % fueron debidas a causas incidentales; donde las causas directas más frecuentes representadas, fueron los trastornos hipertensivos (28,7 %) y las hemorragias (19,4 %). (4)

Al indagar sobre este tema se describe cuatro grandes causas principales de hemorragia postparto: Atonía uterina, retención de restos placentarios, traumas del canal del parto y coagulopatías, donde el 80 a 90% corresponden al grupo de las atonías uterinas. La literatura mundial describe múltiples factores predisponentes, es decir características clínico obstétricas previas al desarrollo de hemorragia postparto, donde los más importantes, en caso de la atonía uterina incluyen: la sobre distensión uterina debida a embarazo múltiple, macrosomía fetal o polihidramnios; y por agotamiento muscular del útero. (5)

A nivel internacional tanto la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la OMS, promueven la prevención de la morbimortalidad materno-fetal secundaria a hemorragias postparto, mediante guías de acción, donde se enfocan en los factores de riesgo, características clínica epidemiológicas; estos protocolos fundamentados en importantes investigaciones de medicina basada en la evidencias y considerando también las opiniones de expertos.

En nuestro medio la guía de manejo lleva como nombre: La norma técnica de salud para la atención integral de salud materna, que fue establecida en el año 2014 y aprobada por resolución ministerial N° 8272012/MINSA, provee del manejo estandarizado, eficiente y de calidad en la atención materna, dicha norma que tiene como objetivo de contribuir en la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal. (6)

Si bien se sabe que la hemorragia postparto es una de las complicaciones obstétricas más graves y siendo unas de las principales causas de mortalidad materna a nivel mundial, cabe resaltar que es altamente posible preverlo, esto, conociendo los factores que predisponen a desarrollar dicha complicación, de manera que permitirá al personal de salud identificarlo a tiempo, y así merminar las consecuencias de esta terrible emergencia.

Con el presente trabajo se pretende investigar e identificar los factores causales y las características clínicas previas más prevalentes para presentar hemorragia postparto en las puérperas atendidas en el hospital de categoría III-1, Hospital Sergio E. Bernales, debido a la gran población de pacientes, como lo es Lima Norte; y a la alta frecuencia de esta complicación obstétrica que pueda condicionar morbimortalidad materna. Se busca además adoptar medidas estratégicas para reducir dicho riesgo.

## 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

### 1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son las principales características clínicas de la hemorragia postparto en las puérperas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales Lima, 2018?

## 1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1. ¿Cuáles son las principales patologías más frecuentes que originan hemorragia postparto temprano en las puérperas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales lima, 2018?
2. ¿Cuáles son las principales patologías más frecuentes que originan hemorragia postparto tardío en las puérperas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales lima, 2018?
3. ¿Cuáles son los principales características anteparto en las puérperas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales lima, 2018?
4. ¿Cuáles son los principales características intraparto en las puérperas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales lima, 2018?

## 1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las principales características clínicas de las puérperas con hemorragia postparto en del Hospital Nacional Sergio E. Bernales lima, 2018

### 1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las principales patología más frecuente de la hemorragia postparto temprano en las puérperas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales lima, 2018.
2. Identificar las principales patología más frecuente de la hemorragia postparto tardío riesgo en las puérperas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales lima, 2018.

3. Identificar las principales características anteparto de las puérperas con hemorragia postparto en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales lima, 2018.
4. Identificar las principales características intraparto de las puérperas con hemorragia postparto en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales lima, 2018.

#### 1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La mortalidad materna continuará considerándose uno de los asuntos prioritarios en salud pública a nivel mundial, esto debido a que trae consecuencias serias en la familia, comunidad y sociedad; además de ser un indicador de desarrollo social, ya que permite representar la desigualdad social, educativa y laboral, y sobre todo la capacidad de respuesta del sistema de salud; por ello partir del 2015 se retomaron estrategias por parte de la OMS para acabar con la mortalidad materna prevenible, con el nombre de Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que tiene como meta reducir a nivel mundial la razón de mortalidad materna (RMM) a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre los años 2016 y 2030. (7)

Al analizar las principales causas de muerte materna, a nivel mundial, aproximadamente el 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas, donde las cuatro causas principales son las hemorragias severas (generalmente inmediatamente después del parto), las infecciones, en este caso la septicemia, hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia) y el parto obstruido, además de las complicaciones del aborto peligroso corresponden al 13% de esas muertes. (8)

En el Perú, la última información sobre mortalidad materna según nuestro sistema de vigilancia nacional, durante el primer semestre del año 2018, la mortalidad materna debida a las hemorragias se encontraron en segundo lugar en frecuencia; donde las causas directas más frecuentes representadas, fueron los trastornos hipertensivos (28,7 %) y las hemorragias (19,4 %). Las estadísticas del MINSA para el 2007 mostraron que las cinco principales causas de muertes relacionadas con el embarazo en Perú son: hemorragia (40.5%), preclamsia (18.9%), infección (6.1%), complicaciones tras un aborto (6.1%) o un parto obstruido (0.9%). (4)(9)

Es importante estudiar continuamente las principales causas de mortalidad materna, en este caso la hemorragia postparto; otra información que se dispone muestra que la mayor tasa de mortalidad materna corresponde a las mujeres que se encuentran en condición de pobreza y que residen en zonas remotas y que no cuentan con profesionales de salud calificados.

El Hospital Nacional Sergio E. Bernales al ser un hospital de referencia de categoría III-1, que atiende a la gran población de lima norte y allegados, y que a su vez esta población contiene un gran porcentaje de pobreza, con el presente estudio obtendrá una clara información sobre las características clínicas para desarrollar hemorragia postparto y así pudiendo derivar recursos necesarios para su prevención y disminuir la morbimortalidad materna.

## CAPITULO II MARCO TEÓRICO

### 2.1 BASES TEORICAS

#### 2.1.1 Hemorragia postparto

Durante mucho tiempo la hemorragia postparto (HPP) se definió como “la pérdida de sangre mayor de 500 ml en un parto por vía vaginal o mayor a 1.000 ml si el parto es por cesárea”. Habiendo diferencia por la vía de parto; otros indicadores que habrían caído en desuso, fue el caso de la de la hemoglobina y el hematocrito, los cuales no son concluyentes debido a que no es preciso su determinación previa al parto en la mayoría de veces.

(10)

Actualmente la OMS define a la hemorragia postparto como “la pérdida de sangre de 500 ml o más en el término de 24 horas después del parto, sin importar la vía de terminación del embarazo”, mientras que la hemorragia postparto grave se define como “la pérdida de sangre de 1.000 ml o más dentro del mismo límite de tiempo”. Además, se toma en cuenta como HPP a cualquier pérdida sanguínea que comprometa estado hemodinámico normal para una puérpera. (1)

La hemorragia postparto es una de las complicaciones obstétricas más graves, como lleva el nombre dada durante el puerperio. Por ello, es importante distinguir la existencia de dos tipos; la hemorragia postparto temprana (o primaria) y tardía (o secundaria), la primera es aquella que se establece durante las primeras 24 horas posterior al nacimiento del producto, mientras que la hemorragia tardía es la que se presenta ya en el intervalo de las 24 horas hasta las 12 semanas después del parto. (11)

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) define la hemorragia posparto como “la pérdida de sanguínea acumulada igual a 1.000 ml o más, asociado a signos o síntomas de hipovolemia en las primeras 24 horas después del parto” (por lo que incluye a la hemorragia que se da durante el parto), independientemente de la vía de nacimiento. (12)

Estas definiciones tienen como gran problema, la subjetividad al estimar el volumen de sangre perdido; ya que el cálculo visual de esta cantidad al ser propio del operador es prácticamente indeterminado con exactitud, lo que conlleva a un retraso en el inicio del manejo terapéutico. Por esta razón, es admisible que las diversas guías de manejo consideren a la hemorragia posparto como la pérdida sanguínea de tal manera que produzca algún compromiso hemodinámico dentro de las 24 horas posparto. (13)

Cabe mencionar que múltiples estudios nos revelan que la gran mayoría, aproximadamente 66% de los casos de hemorragia posparto no se logra identificar ningún factor predisponente. (11)

La hemorragia posparto puede resultar de una falla del útero para contraerse, como es en el caso de la atonía o inercia uterina, o por diversas causas más graves que afecten la integridad de este, como traumatismo genital, inversión uterina, ruptura uterina; o a causa de la placenta, como es el caso de la retención de restos placentarios, también pueden presentarse alteraciones hematológicas de la paciente.

A estas causas se les denominan las cuatro T: Tono (atonía o inercia uterina), Tejido (retención de restos placentario y/o membranas

corioamnióticas), Trauma (lesiones del canal del parto o del útero), Trombina (alteraciones de la coagulación) (tabla N°01). (14)

La norma técnica de salud para la atención integral de salud materna nos indica la administración rutinaria de oxitocina dentro del minuto después del nacimiento, reduce la probabilidad de hemorragia puerperal en un 40% de los casos. Se recomienda usar oxitocina de 10 a 20 unidades en un litro por infusión lenta endovenosa o 10 unidades por vía intramuscular. No se recomienda administrar en bolo, ya que su principal efecto secundario es la hipotensión. (6)

**Tabla N°01** Causas y características clínicas de hemorragia postparto en relación a la etiología.

<b>ETIOLOGIA</b>	<b>CAUSAS</b>	<b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS</b>
<b>TONO 70%</b> <b>Atonia uterina</b>	Sobre distensión uterina,	Gestación múltiple, polihidramnios, macrosomía, gran múltipara.
	Agotamiento muscular uterino	Parto prolongado, precipitado.
<b>TRAUMA 20%</b> <b>Lesiones del canal del parto</b>	Desgarro del canal del parto	Parto precipitado, episiotomía
	Ruptura uterina	Cesárea convertida, cirugía uterina previa, hiperdinámia
	Inversión uterina	Acretismo, maniobra de Crede, excesiva tracción del cordón, gran múltipara.
<b>TEJIDO 9%</b> <b>Retención de tejidos</b>	Retención placentaria	Acretismo, placenta previa, miomatosis, cirugía uterina previa.
	Anormalidades de la placentación	
<b>TROMBINA 1%</b> <b>Alteraciones de la coagulación</b>	Adquiridas	Preeclampsia, HELLP, sepsis, abrupcio placentario, CID, etc.
	Congénitas	Enfermedad Von Willebrand, hemofilia A

Fuente: Fescina et al. (14)

#### 2.1.1.1 Hemorragia postparto temprano

“Es aquella hemorragia puerperal que se acontece en las primeras 24 horas después del parto”; su ocurrencia es más frecuente en las primeras 2 horas. Por ser la hemorragia más frecuente, es la más importante también; Por ello se recomienda realizar la vigilancia estricta de toda puérpera cada 15 minutos durante estas dos primeras horas, registrando los signos vitales, la altura uterina y sangrado vaginal, en las que estos dos últimos parámetros deben ir en disminución, ya que al rededor del 70% de casos de hemorragia postparto temprano obedecen a inercia uterina o atonía uterina. (6)

#### 2.1.1.2 Hemorragia postparto tardío

La hemorragia posparto tardío o secundaria, está poco descrito en la bibliografía médica y en los estudios de investigación, probablemente debida a que no se considera causa frecuente de mortalidad materna, aunque si es la más frecuentes de morbilidad, tanto así que determina un número importante de ingresos hospitalarios.

La hemorragia postparto tardío abarca a la “pérdida hemática que ocurre entre las 24 horas y las 6 o hasta las 12 semanas posteriores al parto”, según la OMS muchos autores incluso aceptan hasta seis semanas posparto. La etiología relacionada más frecuente para desarrollar hemorragia postparto tardío, es la retención placentaria y las infecciones, principalmente la endometritis. (15)

## 2.1.2 Causas de hemorragia postparto

Dentro de las causas más frecuentes de hemorragia postparto se describen las siguientes:

### 2.1.2.1 Atonía uterina

Se define como “el útero que luego de haber concluido el período expulsivo y alumbramiento, etapa donde es expulsado el feto y seguido la placenta, no logra contraerse adecuadamente para cerrar los vasos (arterias espirales maternas) por lo que existe pérdida sanguínea constante, dificultando la hemostasia”. (10)

La atonía uterina es la responsable del 80-90% de las hemorragias postparto temprano y del 4% de la mortalidad materna. Y además de ser la causa más frecuente de histerectomía postparto. (10)

Se describen una larga lista de factores que influyen a la atonía uterina donde la principal, es la sobre distensión de las fibras musculares del útero, lo que ocurre en los casos de embarazo gemelar, polihidramnios o macrosomía fetal; así mismo la fatiga muscular debido a la constante distención genera la dificultad para la contracción posteriormente, lo que sucede en trabajo de parto prolongado, precipitado y/o gran multiparidad; igualmente en casos de infecciones, estas impiden su contractibilidad, principalmente corioamnionitis, por RPM prolongado, más frecuentemente.(8)

También existen otras posibles causas como el uso de fármacos para la inducción del parto (uso continuo de oxitocina), sulfato de magnesio, tocolíticos, la anestesia general o el cursar con desprendimiento prematuro de placenta incluso ciertos

antecedentes obstétricos, como la paridad y edad multiparidad (>4 partos), gestantes >35 años. La desnutrición de la paciente, en el manejo del parto, al realizar la maniobra de Kristeller, o la tracción inadecuada del cordón umbilical durante el tercer periodo del parto. (16)

El cuadro clínico se caracteriza por el sangrado rojo brillante por vía vaginal asociado a la disminución de la firmeza del útero al palpar del fondo uterino, evidenciándose un tamaño superior para el tiempo transcurrido y con las medidas preventivas realizadas, como el uso de oxitócicos. Reconocer los signos de alarma respectivos, la alteración de los signos vitales, como taquicardia, hipotensión y taquipnea. La pérdida hemática constante y de grandes volúmenes, llegarán a un cuadro de shock hipovolémico que a su vez puede llegar a serias complicaciones como: insuficiencia renal, coagulación intravascular diseminada (CID) y finalmente la muerte. (16)

El diagnóstico se dispone clínicamente y por la exploración del útero que se encuentra no contraído, que de esta manera revela la causa etiológica, aunque siempre es importante descartar las otras posible etiologías, al explorar el canal genital como desgarros del canal del parto y o útero. (8)

El manejo inmediato de la atonía y o inercia uterina consiste en ejercer el masaje uterino, esto siempre asociado a las medidas de estabilización hemodinámica, como la doble vía periférica para la administración de fluidos o transfusión sanguínea; la colocación de

la sonda urinaria, para vigilar la diuresis. Este masaje o compresión uterina, estimula la contracción uterina, y debido a la compresión disminuye la hemorragia, dando tiempo a la acción de los fármacos uterotónicos ya administrados. (17)

Las medidas farmacológicas más usadas son: la oxitocina, que produce contracción de las fibras musculares del útero; los ergóticos, como la metilergonovina es un poderoso uterotónico se usan para aumentar el efecto de la oxitocina, pero por sus efectos adversos se está dejando de usar, o el misoprostol, que es una prostaglandina y funciona aumentando las contracciones musculares. Si la hemorragia persistiera, se tendrá que recurrir a la intervención quirúrgica de emergencia, denominada histerectomía. (17)

La histerectomía que puede ser subtotal o total, es el último recurso, se practica cuando fracasa todos los métodos de control. La histerectomía trata directamente la fuente del sangrado de manera muy eficaz pero radical, por ello la desventaja principal es la imposibilidad de conservar la fertilidad en la paciente. (18)

#### 2.1.2.2 Rotura y/o inversión uterina

La rotura uterina se define como la pérdida de integridad de la pared del útero o cualquier desgarro del útero, no considerándose a la perforación por legrado o la prolongación de la incisión de la cesárea. La ruptura uterina, es la complicación, obstétrica más grave, aunque inusual que se asocia a una alta morbimortalidad

materna y perinatal, requiere de una intervención quirúrgica inmediata.

El factor de riesgo más comúnmente implicado es el antecedente de una cirugía uterina, como la cesárea o una miomectomía o grandes traumas. Otras características obstétricas que se asocian son los partos traumáticos, la hiperdinamia, y la hiperestimulación uterina.

La inversión uterina es una complicación rara que se relaciona a la excesiva tracción de cordón o a la presión sobre fondo uterino (Maniobra de Credé), provocando la salida del fondo uterino en la cavidad endometrial. Los principales factores de riesgo son el acretismo placentario y el alumbramiento manual. El prolapso es tan obvio que no son necesarias pruebas de imagen confirmatorias, salvo en casos de inversiones incompletas con estabilidad hemodinámica de la paciente y mínimo sangrado. (19)

#### 2.1.2.3 Lesión del canal obstétrico

Entre ellos, los traumas del canal del parto (perineo, vagina y cérvix) comprenden la segunda causa más frecuente de hemorragia postparto, según la literatura, estas se producen en su mayoría naturalmente durante el período expulsivo del parto, ya que el feto debe de transitar por el estrecho canal vaginal, para su expulsión; además pueden ser consecuencia de la manipulación para la extracción del feto y pueden provocar un sangrado continuo de leve cantidad, o según sea la extensión y la

profundidad de la lesión, se relacionará con la pérdida hemática, de igual manera el tiempo transcurrido hasta la reparación. (16)

El cérvix conforma el área donde con mayor frecuencia se presentan las lesiones traumáticas durante el parto. Se consideran como normales en el transcurso del expulsivo, debida a la presión de la presentación fetal por el canal del parto. Estos desgarros curan rápidamente, raramente se extienden hasta involucrar las arterias importantes, como la arteria uterina, donde en ese caso sería necesaria la intervención quirúrgica. (8)

El diagnóstico se hace a la exploración del canal de parto seguido del alumbramiento, donde se evidencia la lesión sangrante, u horas después cuando la paciente presenta dolor en flanco, desestabilización de los signos vitales por hipovolemia, entonces se debe sospechar en un hematoma retroperitoneal. (8) Existen características clínicas obstétricas previas que predisponen la formación de los desgarros del canal de mayor severidad:

- Primera gestación.
- Gestante de edad avanzada.
- Presentación fetal anormal.
- Alumbramiento manual.
- Parto precipitado o prolongado.
- Pujos durante una dilatación incompleta del cérvix.
- Dilatación manual del canal cervical.
- Inadecuado control del período expulsivo.

Es importante identificar las estructuras afectadas (capas musculares, tejido subcutáneo, piel) y repararse inmediatamente después del parto. Se puede dejar un tapón de gasa intravaginal apretado, para favorecer la hemostasia. (16)

#### 2.1.2.4 Alteraciones de la coagulación

La existencia de diversas afecciones que comprometen la coagulación sanguínea, favorece las situaciones de pérdida sanguínea. Se sabe que los principales mecanismos involucrados en esta alteración de la coagulación son:

- A. Vasoconstricción
- B. Adhesión y agregación de plaquetas
- C. Activación de los factores de coagulación

La clasificación de las alteraciones de la coagulación puede visualizarse en la TABLA N°02.

**Tabla N°02** Alteraciones de la coagulación.

COAGULOPATÍAS CONGÉNITAS	COAGULOPATÍAS ADQUIRIDAS
Hemofilia A y B	Coagulación intravascular diseminada
Enfermedades de Von Willebrand	Hiperfibrinólisis
Desfibrinogenemia	Trombocitosis

García S. Álvarez (15)

Durante el embarazo aumentan ciertos factores de coagulación por lo que se dice que la gestación es un estado protrombótico; pero si la paciente presenta alguna coagulopatía previa, existe gran riesgo

de hemorragia, por lo que es importante un adecuado seguimiento y tratamiento multidisciplinario, las patologías más frecuentemente son:

Hemofilia A y B: coagulopatía caracterizada por el déficit del factor VII, en caso de la hemofilia A o IX en la hemofilia B. Este trastorno hereditario que está ligada al cromosoma X y afecta a 1 de cada 10,000, en caso de la hemofilia A y 1 de cada 30,000 de la hemofilia tipo B de la población general.

Se describe mayor incidencia en la hemorragia postparto temprano (3.5%) y tardío (0.5-1.3%) en gestantes con hemofilia. (20)

Este trastorno requiere evaluación multidisciplinaria, principalmente con el área de hematología, confirmando en diagnóstico durante las semanas 28 a 34. Cabe mencionar que no existe contraindicación para el parto vaginal.

Enfermedad de von Willebrand: Constituye la coagulopatía hereditaria más frecuente, aqueja al 1-2% de la población en general.

El factor de von Willebrand interviene en la adhesión plaquetaria. El sangrado durante el embarazo se puede observar hasta en 33% de las pacientes antes de la semana 13, con 21% de abortos en el primer trimestre. El 15-22% se asocia a la hemorragia postparto temprana y el 20-28% a la tardía.

El uso de agentes antifibrinolíticos como el ácido tranexámico se usa para controlar el sangrado hasta la tercera y cuarta semana postparto. (15)

#### 2.1.2.5 Retención placentaria

Se define como "la no expulsión de la placenta o de una parte de ella después del parto y dentro de los primeros 30 minutos"; La placenta al encontrarse bien adherida o encarcelada en el útero, no logra ser expulsada debido a que no logra contraerse eficazmente, causando una incorrecta involución uterina, por lo que el sangrado continúa, dando lugar a una hemorragia postparto temprano. En cuanto a si la retención es solo de una parte, o solo restos placentarios, cotiledones o restos de membranas ovulares adheridos a la pared uterina, estas generan en el 5 a 10% hemorragia postparto tardía. (16)

La literatura describe una serie de factores asociados con esta complicación; por ejemplo, una inadecuada contractilidad uterina durante el tercer período del parto o un manejo inadecuado del alumbramiento, dificultan el desprendimiento placentario. El antecedente de cirugía ginecológica como cesárea o legrado, miomatosis uterina, alteran desde ya la adecuada placentación; maniobras inadecuadas durante el alumbramiento dirigido como (fuerte tracción del cordón, exceso de oxitocina o su aplicación en un momento no oportuno, etc.); conducirán a la resistencia del desprendimiento de esta. La existencia previa de acretismo placentario es una causa conocida de retención de placenta, que posteriormente llevará a la hemorragia postparto, el cual requiere diagnóstico precoz, en el control prenatal y un tratamiento específico. (8)

El diagnóstico de la retención placentaria se realiza mediante la revisión de la integridad de la placenta y membranas expulsadas, confirmando su incompleta estructura, mediante la falta de algún cotiledón y posterior se realiza la revisión del contenido uterino. (21)

Una vez realizada la exploración de la cavidad uterina confirmar que la placenta no ha sido extraída completamente, el manejo es proceder a la extracción manual de la placenta.

La retención de restos placentarios es en general la principal causa de hemorragia postparto tardío, ya que se evidencian días después, debido a que los fragmentos placentarios retenidos pueden, al sufrir necrosis y la exposición de fibrina en su superficie ocasionando sangrado intermitente, loquios fétidos, endometritis; en estos casos el manejo es la extracción de estos restos mediante legrado uterino y antibioticoterapia. (18)

#### 2.1.2.6 Infecciones (Endometritis)

Entre las principales etiologías de la hemorragia postparto tardío se encuentra la retención placentaria y las infecciones puerperales. La cesárea es el factor de riesgo más importante para la infección postparto, corresponde a 1.1 a 25% en comparación con el parto eutócico que sólo tiene un riesgo de 0.2 a 5.5%, aunque la profilaxis antibiótica antes de la cesárea ha disminuido considerablemente este riesgo.

La infección posparto más frecuente es la endometritis, afectación que suele asentarse en el sitio de implantación de la placenta, o en el área de incisiones quirúrgicas.

Otros factores predisponentes más relevantes para la infección puerperal son el parto instrumentado, ruptura prolongada de membranas, corioamnionitis, los múltiples tactos durante el parto y la extracción manual de la placenta.

La flora bacteriana identificada generalmente polimicrobiana, que ascienden al endometrio desde el canal vaginal o periné o que parte de la incisión de la cesárea.

El tratamiento más adecuado es la combinación de clindamicina y gentamicina, que son los que han mostrado menor número de fracasos frente a las penicilinas.

Según Dossou y su grupo, la endometritis fue la etiología causal de la hemorragia postparto tardío en el 10% de las pacientes. La endometritis se encuentra relacionada en su mayoría en los casos de hemorragia postparto debido que interfiere con el mecanismo fisiológico de contracción uterina. (17)

### 2.1.3 Características clínicas de la hemorragia postparto

Se definen como “Cualidad, circunstancia o exposición de un individuo que identifica y se relaciona con la mayor probabilidad de sufrir una lesión o enfermedad” Se relaciona a los factores de riesgo para hemorragia postparto, (2). Según Karlsson y Pérez, en el 66% de los casos de hemorragia postparto no se logra identificar un factor atribuible, es decir no presentaron características clínico obstétricas previas que supongan

hemorragia postparto, por ello las guías de manejo refieren lo indispensable que es aplicar las medidas preventivas a toda paciente gestante. Un adecuado control prenatal puede identificar a aquellas pacientes que tienen mayor riesgo, y así prepararlas y prevenir esta grave complicación obstétrica. (10)

Sheiner y colaboradores en su estudio realizado a una gran población, de 154 311 nacimientos, la hemorragia postparto complicó el 0.4% es decir se presentaron 666 casos donde los factores significativamente asociados con la hemorragia postparto, fueron: placenta retenida (OR 3.5), progresión lenta durante el periodo expulsivo (OR 3.4), placenta acreta (OR 3.3), laceraciones (OR 2.4), parto instrumental (OR 2.3), grande para la edad gestacional (OR) 1.9), trastornos hipertensivos (OR 1.71), inducción del parto con oxitocina (OR 1.4). (22)

Se ha informado muchos factores relacionados a la hemorragia postparto y que a menudo son dependientes entre sí, aun así es indispensable y necesario identificarlos, para una acción oportuna antes que se produzca el daño y minimizar la afección; según muchos autores estas características clínico epidemiológicas son clasificados según el momento en el que acontecen, por ejemplo Calle y colaboradores describen a los factores antes del parto y los factores que ocurren durante el parto, estos pueden entenderse como las características clínicas previas, antes de cursar con hemorragia postparto. Así se demuestra en la tabla N°03. (23)

**Tabla N°03** características clínicas anteparto y postparto de la hemorragia postparto.

ANTEPARTO	INTRAPARTO
Presencia de preeclampsia	Trabajo de parto prolongado (> de 15 a 18 horas)
Nuliparidad	Período expulsivo prolongado
Gran distensión uterina (macrosomía, embarazo múltiple, polihidramnios, miomatosis uterina)	Episiotomía
Antecedente de cesárea anterior	Descenso de presentación prolongado
Antecedente de hemorragia postparto previa	Desgarros y laceraciones (cervicales, vaginales, perineales)
Antecedente de trastorno de la coagulación	Uso de fórceps

Anderson J, et al. (23)

### 2.1.3.1 Características anteparto

Se define como “el conjunto de cualidades y modos de conducta presentes previas al parto, que influyen en la presentación, distribución y causas de las enfermedades obstétricas, en este caso hemorragia postparto”

Las características clínicas epidemiológicas que predisponen para presentar hemorragia postparto más relevantes son la edad materna, la paridad, la distensión uterina durante la gestación, los antecedentes obstétricos como preeclampsia, cirugías uterinas, hemorragias postparto previas, anormalidades en la placentación como acretismo y placenta previa, y la presencia de trastornos de coagulación.

A continuación se describe la importancia de cada una de ellos:

Edad materna:

Además de las causas descritas, la existencia de otros factores asociados incrementa el riesgo potencial de producir hemorragia postparto; como los antecedentes epidemiológicos, entre ellos: la edad, que es una característica siempre incluida en la investigación; por ejemplo se considera a las gestantes de menor de 35 años como un factor protector en que incluso se viene implementando en países desarrollados, y para Solari la edad materna avanzada constituye uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de hemorragia postparto. Aunque cabe mencionar que en múltiples investigaciones la edad materna no influyo como factor de riesgo para presentar hemorragia postparto, es importante identificar la característica etaria de las pacientes. (8)(17)

Multiparidad:

Una mujer que ha cursado a lo largo de su vida con múltiples partos, independientemente de la vía, tiene mayor riesgo de cursar con hemorragia postparto. Principalmente en la cesárea, al realizar las incisiones uterinas múltiples veces de la cesárea segmentaria transversal tipo Kerr, que es la más usada; las cicatrices de cada intervención van debilitando los tejidos, de manera que en cada embarazo aumenta la probabilidad de sufrir hemorragia postparto por ruptura uterina y un potencial riesgo de muerte maternoperinatal. (18)

Gran distensión uterina:

La sobredistensión uterina, sea por gestación múltiple, polihidramnios o feto macrosómico, provoca la dificultad y/o ausencia de contracción uterina, dificultando el periodo expulsivo y alumbramiento por lo que se opta por la intervención quirúrgica para la finalización del parto por medio de una cesárea, aunque con grandes probabilidades que cursar con hemorragia postparto por atonía uterina. (24)

Antecedentes obstétricos de importancia:

En los cuales se encuentran incluidos principalmente al trastorno hipertensivo del embarazo, antecedente de cirugía previa (cesárea, miomectomía, legrados, etc) y el antecedente de hemorragia postparto previa; estos antecedentes deben causar alerta por parte del personal de salud, pues ya se va orientando a una gestación complicada, que debe estar estrictamente vigilada por los especialistas a su cargo.

Anormalidades de la placentación:

Estas se encuentran por ejemplo el acretismo placentario que es la adherencia anormal de la placenta al miometrio, su incidencia va en aumento debido a la gran cantidad de cesáreas realizadas. En una gestación normal, solo con antecedente de placenta previa, la incidencia de acretismo es del 5%; cuando existe antecedente de cesárea previa la incidencia aumenta al 10% y con más de una cesárea previa la incidencia se eleva a más del 50% para la aparición de acretismo placentario. (25)

Trastorno de coagulación:

Además de las anomalías de la coagulación congénitas ya descritas anteriormente, existen ciertas patologías que también cursan con trastorno de la coagulación, como la sepsis y el trastorno hipertensivo del embarazo. (3)

#### 2.1.3.2 Características intraparto

Las características intraparto se definen como “atributos o exposiciones relacionados con todo aquel antecedente o afectación génito-mamaria que aumente la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad u otro resultado específico durante el trabajo de parto”.

Los factores relacionados a hemorragia postparto intraparto más relevantes son la vía del parto, anomalías en el progreso del trabajo de parto, la existencia de episiotomía o desgarros, el uso de maniobras nocivas como kristeller y la adecuada utilización de profilaxis farmacológica.

A continuación se describe la importancia de cada una de ellos:

Vía del parto:

Se sabe que la vía abdominal del parto genera mayor pérdida hemática a diferencia de la vía vaginal, tal es así que anteriormente se distinguía una cantidad mayor en la cesárea con respecto a la vía vaginal para calificarlo como hemorragia postparto. La cesárea al ser una vía de parto no fisiológica, como procedimiento quirúrgico presenta mayor riesgo de complicaciones maternas y de consecuencias a largo plazo, ya que en mayoría las

mujeres presentan más de un embarazo, y las incisiones reiterativas aumentan cada vez más el riesgo de múltiples complicaciones, principalmente la hemorragia postparto. (4)

Progresión del trabajo de parto:

Según la ACOG considera el tiempo de trabajo de parto prolongado como uno de los principales factores de riesgo para presentar hemorragia postparto, es decir es una característica clínica previa de importancia. Al- Zirqui y su grupo refieren que unos de los factores de riesgo más importante para hemorragia obstétrica en la población noruega es el parto prolongado. (12)(26)

Episiotomía y desgarros:

Se trata de un procedimiento muy común en el parto vaginal a menudo en las primíparas, sin embargo puede llevar a la aparición de desgarros de tercer y cuarto grado; lo que puede conducir a una de las causas de hemorragia postparto.

Maniobra de Kristeller:

Es uso de esta maniobra ya poco usado, o quizás poco registrado en las historias, puede llevar a diversas complicaciones al usar una fuerza mayor a lo recomendado. La complicación más temida, si bien es rara, es la ruptura del útero, en su lugar, puede ocurrir más frecuentemente, laceraciones en el perineo causado por la rápida expulsión de la cabeza fetal. (27)

Uso profiláctico de oxitócicos:

Según Cochrane la oxitocina profiláctica a cualquier dosis disminuye el riesgo de presentar hemorragia posparto, administrar

oxitocina profiláctica como parte del tratamiento activo del alumbramiento a una dosis de 10 UI como un bolo intravenoso. Si la administración intravenosa no es posible, se puede utilizar la vía intramuscular. Además hubo una tendencia hacia una disminución en la necesidad de uterotónicos terapéuticos, aunque no fue estadísticamente significativa. (17)

## 2.2 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

### 2.2.1 NACIONALES

- Rosadio en su trabajo para obtención del grado de licenciada en obstetricia titulado "*Factores de riesgo asociados a la hemorragia post parto en pacientes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales Comas en el período 2012- 2014*", presentado en la Universidad San Martín de Porres en el año 2015. Donde realizó un estudio analítico, de casos y controles, donde los resultados encontrados fueron una incidencia de HPP de 0,41. Dentro de los factores sociodemográficos: adultas con 69,2% y amas de casa 70,5%. Entre los factores obstétricos: control prenatal adecuado ( $\geq 4$ ) 64,1%, multíparas 53,8%, duración del trabajo de parto adecuado 43,6%, parto precipitado 33,3%, parto vía vaginal 94,9%, macrosomía fetal 53,8%, lesiones del canal de parto 79,5%, maniobra de Kristeller 5,1% y retención de restos placentarios 66,7%. Los que resultaron ser estadísticamente significativos. (28)
- Flores realizó una investigación con el fin de optar por el título de médico cirujano titulada "*Factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato, Hospital PNP "Luis N. Sáenz", julio 2016 - julio 2017*", presentado en la Universidad Ricardo Palma en el año 2018. Se realizó un

estudio tipo analítico de caso y controles. De 716 puérperas atendidas, se presentaron 20 casos que cursaron con hemorragia postparto inmediato. Los factores de riesgo que registraron significancia para presentar hemorragia del puerperio inmediato en el presente trabajo fueron la edad mayor de 35 años ( $p = 0.000$ ;  $OR=7,9$ ), multiparidad ( $p = 0,001$ ;  $OR 7,42$ ), antecedentes obstétricos ( $p = 0,00$ ;  $OR = 11$ ), cesárea ( $p =0.001$ ;  $OR =8.3$ ) y el antecedente obstétricos más frecuente fueron pacientes multigestas representando 60%. El antecedente de cesárea previa no es un factor de riesgo significativamente estadístico ( $p = 0,065$  y  $OR = 2,78$ ). (29)

- Gil en su trabajo para la obtención del título de médico cirujano, titulado *“Factores asociados a hemorragia post parto inmediato por atonía uterina en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el período enero – septiembre del 2015”*, presentado en la Universidad Ricardo Palma en el año 2016. En su estudio analítico, retrospectivo, transversal, de casos y controles donde su población abarcó a toda paciente con hemorragia postparto inmediato por atonía uterina, donde se estudió 80 casos con sus 80 controles. En los resultados obtenidos se observa que los factores de riesgo para desarrollar hemorragia post parto por atonía uterina fueron la edad mayor a 30 años, pacientes multigestas, multiparidad, parto por cesárea, antecedente de cesárea previa y antecedentes obstétricos relacionados con atonía uterina, fueron estadísticamente significativos. El antecedente obstétrico más frecuente fue el embarazo múltiple representando 65,4%.(30)

## 2.2.2 INTERNACIONALES

- Chiriboga en su trabajo de investigación con el fin de obtener el título de obstetra, titulado “*Causas y factores de riesgo que conllevan a presentar hemorragias post-parto en pacientes atendidas en el Hospital Enrique C. Sotomayor de septiembre 2012 a febrero 2013*”, en la Universidad Guayaquil en el 2016, quien en su investigación descriptiva y correlacional, donde su muestra estuvo constituida por 251 mujeres; sus resultados concluyeron que la causa principal de hemorragias postparto fue la lesión del canal obstétrico con un 44%; y de igual manera el principal factor de riesgo fueron las pacientes manejadas con inducción del trabajo de parto por medio de uso de oxitocina con un 7%, al ser mayor en frecuencia. (31)
- Iglesias en su trabajo para la obtención del título de médico cirujano, en el año 2016, titulado “*Factores de riesgo asociados a hemorragia post- parto, en las mujeres que fueron atendidas en el servicio de GinecoObstetricia, del HECAM, Matagalpa en el período 2010-2013.*” En su estudio descriptivo retrospectivo, con enfoque cuali – cuantitativo, se observó que de las 127 pacientes estudiadas; los factores de riesgo antes del parto para presentar HPP que tuvieron mayor frecuencia son: ser Primigesta con 52.8 % en frecuencia, anemia (71.7%) y multiparidad con 19.7 %. Mientras que los factores de riesgo durante el parto más importantes que ocurrieron fueron: partos institucionales (63.8%), parto precipitado (18.1%), parto domiciliario (12.6%); los resultados de los factores de riesgo después del parto por orden de frecuencia fueron: la hipotonía uterina (35.4%), los desgarros obstétricos (33.9%), la retención placentaria (23.6%) y de restos placentarios (21.3%). (32)

## CAPITULO III METODOLOGÍA

### 3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente trabajo de investigación fue un estudio observacional, descriptivo retrospectivo, transversal. Es descriptivo porque se describió los factores causales y las características de las pacientes que cursaron con hemorragia postparto.

### 3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

- Población:

La población se encontró constituida por todos los casos de hemorragia postparto registrados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el año 2018, los cuales suman, según la oficina de estadística y epidemiología, un total de 112 casos.

- Muestra:

Para la elección de la muestra se realizó la técnica de muestreo, debido a la cantidad de 112 pacientes que cursaron con hemorragia postparto.

$$n = \frac{Z\alpha^2 \times N \times p \times q}{i^2(N - 1) + Z\alpha^2 \times p \times q}$$

Donde:

Z= Valor correspondiente a la distribución de gauss  $Z_{\alpha=0.01}=2.58$

N= Población, 112

p=Prevalencia esperada del parámetro a evaluar, 0.5

q=1 – p ,0.5

i=error que se prevé cometer, 5%

$$n = \frac{(2.58)^2 \times 112 \times 0.5 \times 0.5}{5^2 \times (112 - 1) + (2.58)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

n= Muestra resultante, 96

### 3.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todas las pacientes puérperas de parto vaginal y cesárea institucional y extrainstitucional, que presentaron hemorragia postparto durante el año 2018.

### 3.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes puérperas que no presentaron hemorragia postparto durante el año 2018.

Pacientes que cursaron con hemorragia postparto, con historias clínicas incompletas

### 3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

A continuación se definen las variables:

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL
<b>Hemorragia postparto</b>	Perdida sanguínea mayor de 500cc dentro de las primeras 24hrs tras el parto vía vaginal o cesárea.(1)
<b>Características clínicas</b>	Son el conjunto de cualidades y modos de conducta que influyen en la presentación, distribución y causas de las enfermedades humanas. (2)

Elaboración propia.

A continuación se muestran las dimensiones e indicadores:

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	
<b>Hemorragia postparto</b>	Hemorragia postparto temprana	Atonía uterina	<b>Si</b>	<b>No</b>
		Rotura y/o inversión uterina	<b>Si</b>	<b>No</b>
		Lesión del canal obstétrico	<b>Si</b>	<b>No</b>

		Alteraciones de la coagulación	<b>Si</b>		<b>No</b>	
	Hemorragia postparto tardío	Retención placentaria	<b>Si</b>		<b>No</b>	
		Infección (Endometritis)	<b>si</b>		<b>No</b>	
<b>Características clínicas</b>	Anteparto	Edad materna	< 18 años	18-35 años	> 35 años	
		paridad	primípara	multípara	gran múltipara	
		Gran distensión uterina	polihidramnios	Gestación múltiple	macrosomía	
		Antecedentes obstétricos de importancia	Trastorno hipertensivo del embarazo	Antecedente de cirugía uterina previa	Antecedente de hemorragia postparto previa	
		Anormalidades de la placentación	Acretismo	Parto pretérmino	Placenta previa	
		Antecedente de trastorno de coagulación	Sepsis	Pre-eclampsia	Síndrome HELLP	Trastorno congénito
	Intraparto	Vía del parto	Vía vaginal		Vía abdominal	
		Progresión del trabajo de parto	precipitado	normal	prolongado	
		Episiotomía	Sí		No	
		Desgarros y laceraciones	Sí		No	
		Maniobra de Kristeller	Sí		No	
		Profilaxis de HPP	Sí		No	

Elaboración propia.

### 3.4 PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

Con el respaldo del comité de ética de la facultad universitaria se realizaron las coordinaciones respectivas con las autoridades del Hospital Nacional Sergio E. Bernales como el jefe de la oficina de apoyo a la docencia e Investigación y con el jefe del servicio de ginecología y obstetricia del hospital, permitiendo la autorización de acceder a la base de datos e historias clínicas de las pacientes hospitalizadas en el servicio.

La técnica descriptiva e indiferenciada se obtuvo de la información de los documentos de registro de historias clínicas de las pacientes. Se utilizó una ficha de recolección de datos diseñada y validada por expertos en la materia, que permitió obtener y registrar los datos requeridos de los siguientes documentos:

Finalmente se empleó el programa Microsoft Excel para la realización de tablas y gráficos mediante el uso de hojas de cálculo de dicho programa. Para la estadística descriptiva utilizamos las medias, histogramas, tablas, tortas entre otros métodos estadísticos. Por el carácter descriptivo de esta investigación, no se realizó estadística inferencial.

## CAPITULO IV RESULTADOS

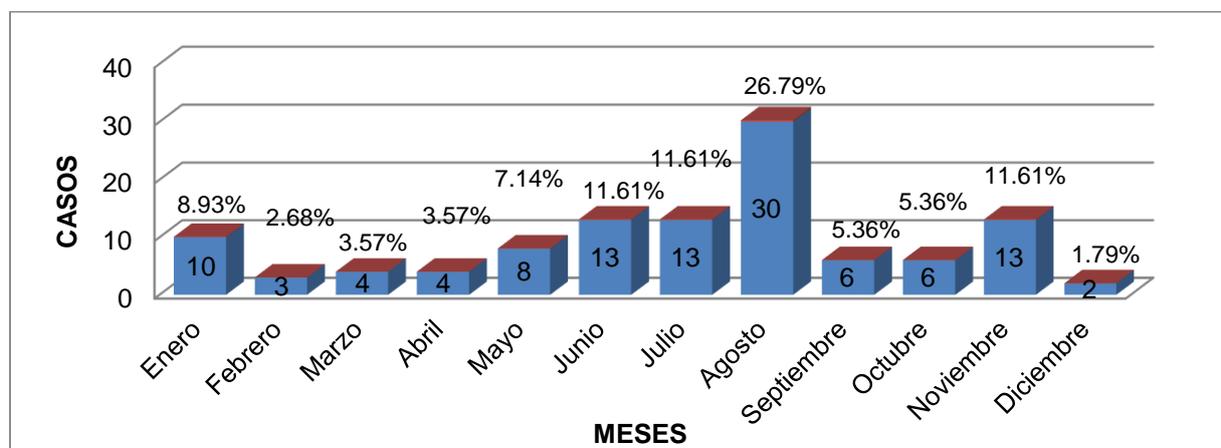
### 4.1 ANALISIS DESCRIPTIVO, TABLA DE FRECUENCIA, GRAFICO, DIBUJOS, FOTOS, TABLAS

**Cuadro N°01.** Casos de hemorragia postparto durante el año 2018.

Casos de hemorragia postparto	Frecuencia	Porcentaje
Enero	10	8.93%
Febrero	3	2.68%
Marzo	4	3.57%
Abril	4	3.57%
Mayo	8	7.14%
Junio	13	11.61%
Julio	13	11.61%
Agosto	30	26.79%
Septiembre	6	5.36%
Octubre	6	5.36%
Noviembre	13	11.61%
Diciembre	2	1.79%
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100.00%</b>

Elaboración propia.

En el cuadro N°01 se observa que durante el año 2018 ocurrieron 10 casos de hemorragia postparto en el mes de enero, 3 casos en el mes de febrero, 4 casos en los meses de marzo y abril, 8 casos en el mes de mayo. 13 casos en los meses de junio y julio, 30 casos en el mes de agosto y 2 casos en el mes de diciembre. Lo cual se representa en el siguiente gráfico.



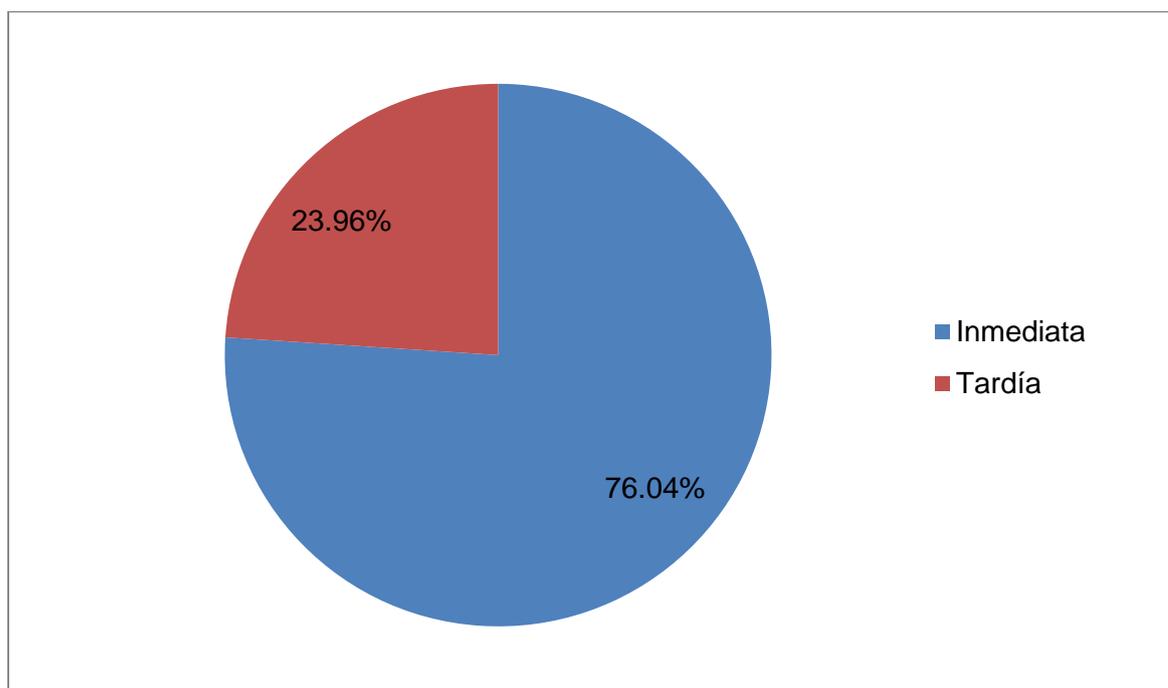
**Gráfico N°01.** Casos de hemorragia postparto durante el año 2018. (Elaboración propia)

**Cuadro N°02.** Tipo de hemorragia postparto.

<b>Tipo de Hemorragia postparto</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Temprano	73	76.04%
Tardía	23	23.96%
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

Elaboración propia.

En el cuadro N°02 se evidencia que el tipo de hemorragia postparto que con mayor frecuencia se presentó durante el año 2018 fue la hemorragia postparto temprano, pues representó un 76.04% del total; mientras que la hemorragia postparto tardía representó el 23.96% del total. Esto mismo se ve representado en el siguiente gráfico.



**Gráfico N°02.** Frecuencia y porcentaje según el tipo de hemorragia postparto.

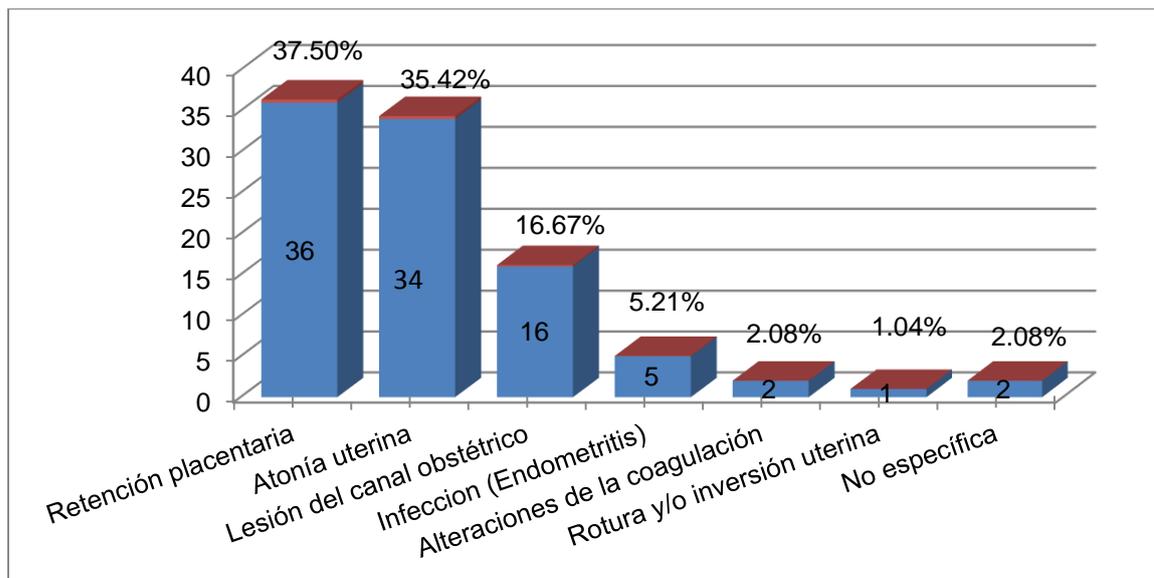
(Elaboración propia)

**Cuadro N°03.** Causas de hemorragia postparto.

Causa de hemorragia postparto	Frecuencia	Porcentaje (%)
Retención placentaria	36	37.50%
Atonía uterina	34	35.42%
Lesión del canal obstétrico	16	16.67%
Infección (Endometritis)	5	5.21%
Alteraciones de la coagulación	2	2.08%
Rotura y/o inversión uterina	1	1.04%
No específica	2	2.08%
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

Elaboración propia.

En el cuadro N°03 se observa que durante el período del año 2018, la principal causa de hemorragia postparto fue la retención de restos placentarios con un 37.50% seguido de muy cerca por la atonía uterina pues se encontró una frecuencia de 35.42%, seguido y en menor cantidad las que fueron debidas a lesiones del canal obstétrico con 16.67% en frecuencia.



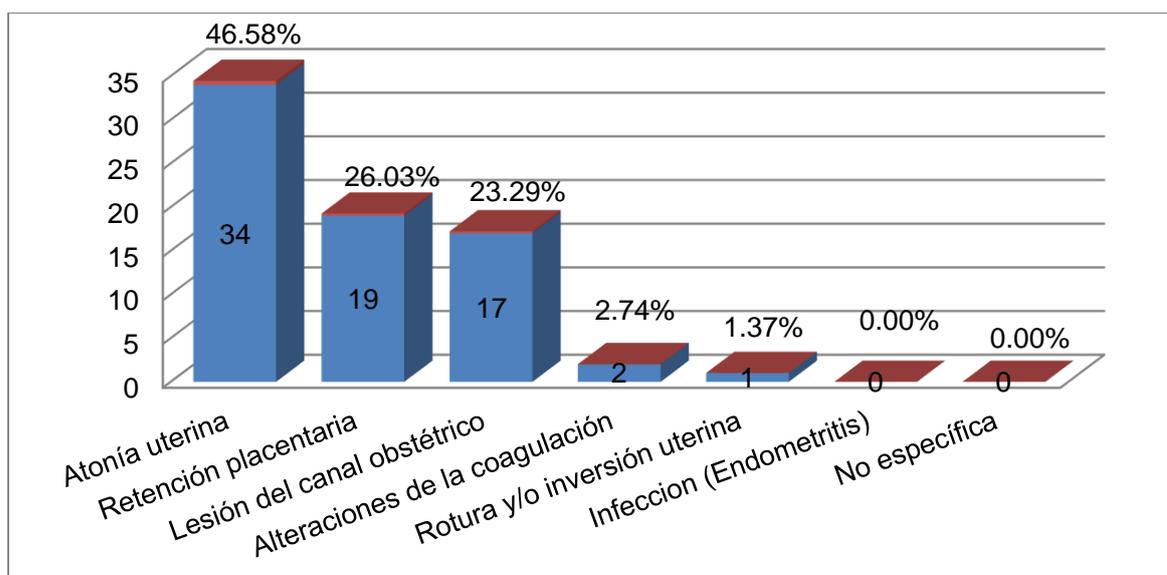
**Gráfico N°03.** Causas de hemorragia postparto. (Elaboración propia.)

**Cuadro N°04.** Causas de hemorragia postparto temprano

Causa de hemorragia postparto temprano	Frecuencia	Porcentaje (%)
Atonía uterina	34	46.58%
Lesión del canal obstétrico	17	23.29%
Alteraciones de la coagulación	2	2.74%
Rotura y/o inversión uterina	1	1.37%
Otros: Retención de restos placentarios	19	26.03%
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100.00%</b>

Elaboración propia.

En el cuadro N°04 se observa que del total de casos de hemorragia postparto temprano (73 casos), la principal causa de hemorragia postparto temprano fue la atonía uterina, representada con un 38.54% seguido de por la retención de restos placentarios, pues se encontró una frecuencia de 26.03%, seguido y en tercer lugar, las debidas a lesiones del canal obstétrico con 23.29% en frecuencia. Esto también se muestra en el siguiente gráfico.



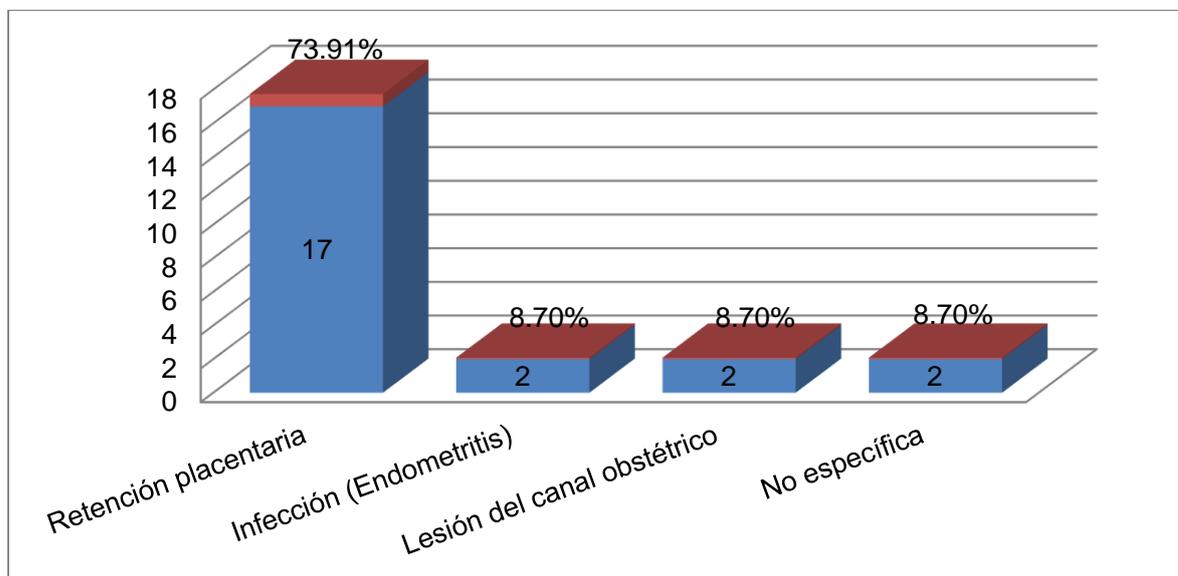
**Gráfico N°04.** Causas de hemorragia postparto temprano. (Elaboración propia.)

**Cuadro N°05.** Causas de hemorragia postparto tardío

Causa de hemorragia postparto tardío	Frecuencia	Porcentaje (%)
Retención placentaria	17	73.91%
Infección (Endometritis)	2	8.70%
Otros: Lesión del canal obstétrico	2	8.70%
No específica	2	8.70%
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100.00%</b>

Elaboración propia.

En el cuadro N°05 se observa que del total de casos de hemorragia postparto tardío (23 casos), la principal causa de hemorragia postparto tardío fue la retención de restos placentarios, representando el 73.91% de estos casos; las lesiones del canal obstétrico y la endometritis coincidieron con un escaso 8.70%; No se presentó ningún caso de atonía uterina, anomalías de la coagulación o rotura uterina. Esto también se muestra en el siguiente gráfico.



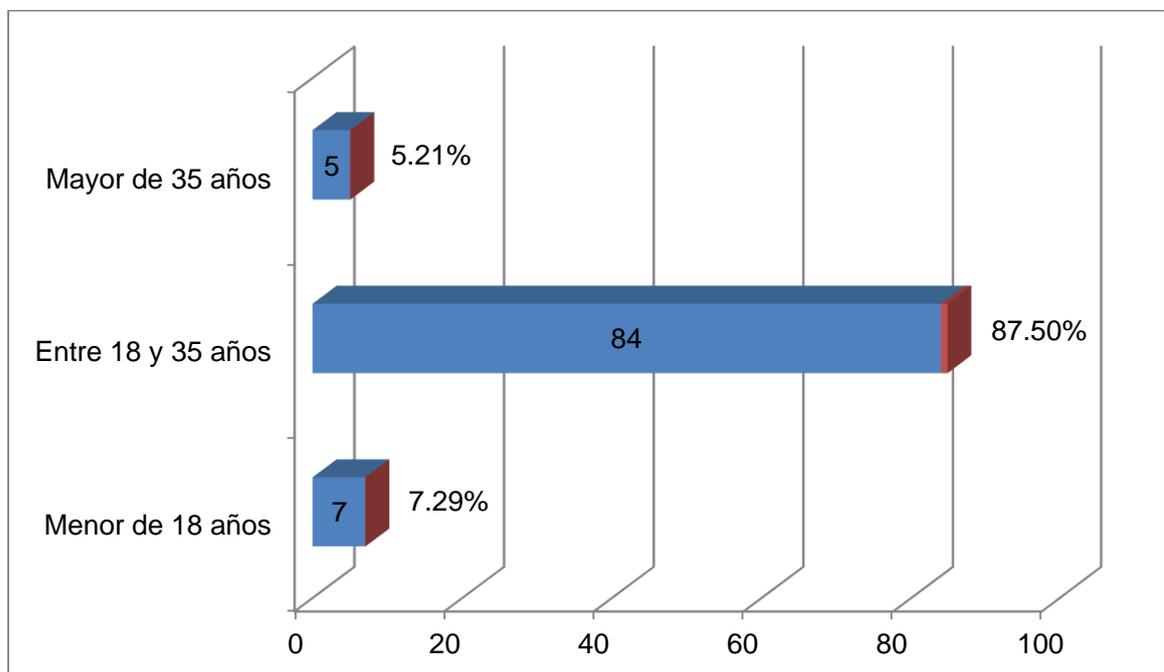
**Gráfico N°05.** Causas de hemorragia postparto tardío. (Elaboración propia.)

**Cuadro N°06.** Edad de las puérperas que presentaron hemorragia postparto

Edad materna	Frecuencia	Porcentaje (%)
Menor de 18 años	7	7.29%
Entre 18 y 35 años	84	87.50%
Mayor de 35 años	5	5.21%
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

Elaboración propia.

En el cuadro N°06 se observa que la mayoría de puérperas que cursaron con hemorragia postparto fueron mujeres entre 18 y 35 años, pues representó el 87.50%. Ya con menor frecuencia las mujeres de menor de 18 años con un 7.29% y las mayores de 35 años, con un 5.21%. Esto también se visualiza en el siguiente gráfico.



**Gráfico N°06.** Edad de las pacientes que cursaron hemorragia postparto.

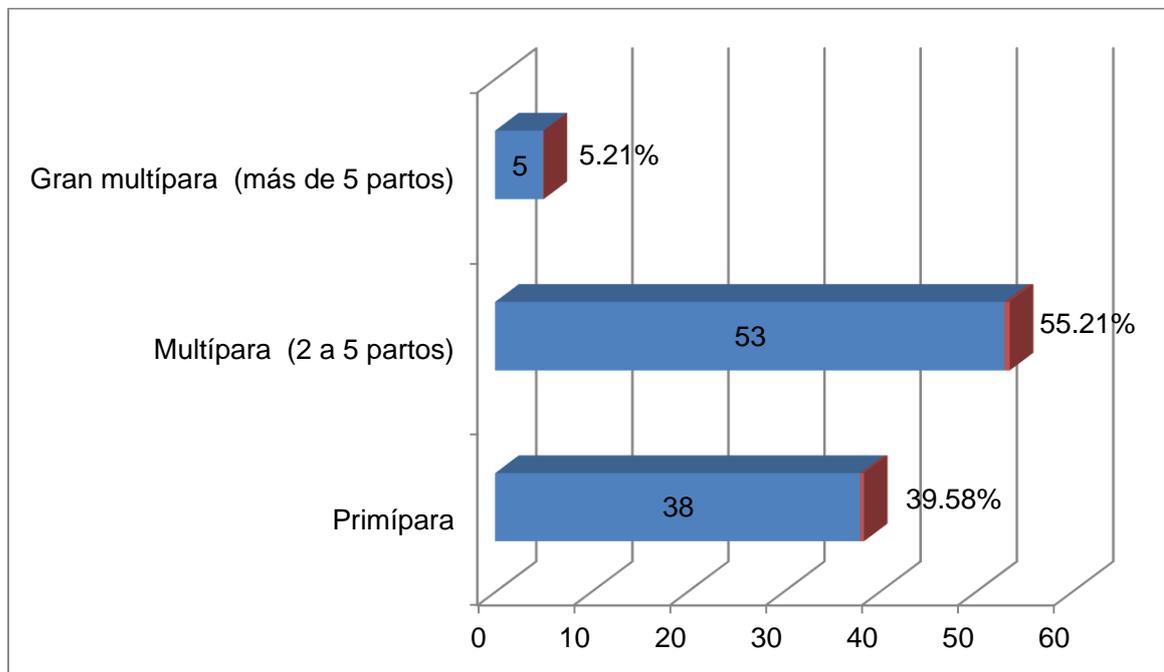
(Elaboración propia)

**Cuadro N°07. Paridad**

Paridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primípara	38	39.58%
Múltipara (2 a 5 partos)	53	55.21%
Gran múltipara (más de 5 partos)	5	5.21%
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

Elaboración propia.

En el cuadro N°07 se observa que 55.21 % de puérperas que cursaron con hemorragia postparto, habrían tenido como antecedente de 2 a 5 partos; el 39.58% no habrían tenido partos anteriores y el 5.21% habrían sido gran múltiparas, es decir habrían tenido más de 5 partos anteriores. Esto se puede visualizar en el siguiente gráfico.



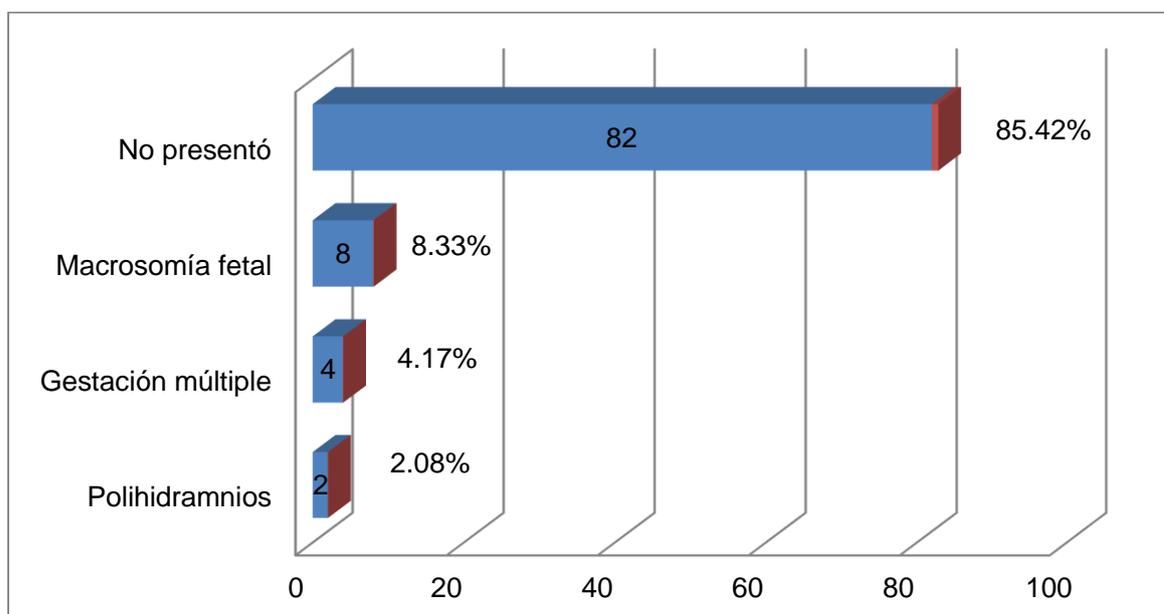
**Gráfico N°07. Paridad. (Elaboración propia)**

**Cuadro N°08.** Gran distención uterina.

Gran distención uterina	Frecuencia	Porcentaje (%)
Macrosomía fetal	8	8.33%
Gestación múltiple	4	4.17%
Polihidramnios	2	2.08%
No presentó	82	85.42%
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

Elaboración propia.

En el N°08 se observa que la mayoría de mujeres que cursaron con hemorragia postparto no presentaron como antecedente ninguna causa de gran distención uterina, representando el 85.42% del total; el 8.33% de las puérperas habrían presentado macrosomía como antecedente, el 4.17% presentaron gestación múltiple y por último el 2.08% presento polihidramnios.



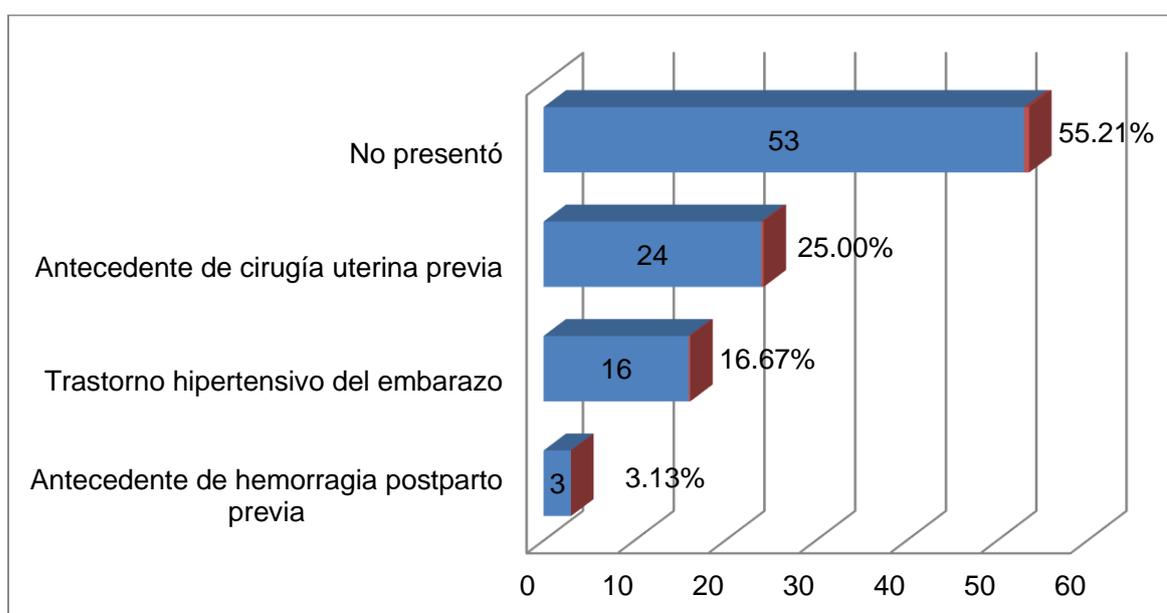
**Gráfico N°08.** Gran distención uterina. (Elaboración propia)

**Cuadro N°09.** Antecedentes obstétricos de importancia

<b>Antecedentes obstétricos de importancia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Antecedente de cirugía uterina previa	24	25.00%
Trastorno hipertensivo del embarazo	16	16.67%
Antecedente de hemorragia postparto previa	3	3.13%
No presentó	53	55.21%
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

Elaboración propia.

En el cuadro N°09 se observa que el 55.21% de las puérperas que cursaron con hemorragia postparto no presentaron antecedentes obstétricos de importancia, el 25.00% presentaron antecedente de cirugía uterina previa, seguido por el 16.67% que cursó con trastorno hipertensivo del embarazo y el 3.13% ya habrían tenido como antecedente de hemorragia postparto previa. Esto se puede visualizar en el siguiente gráfico.



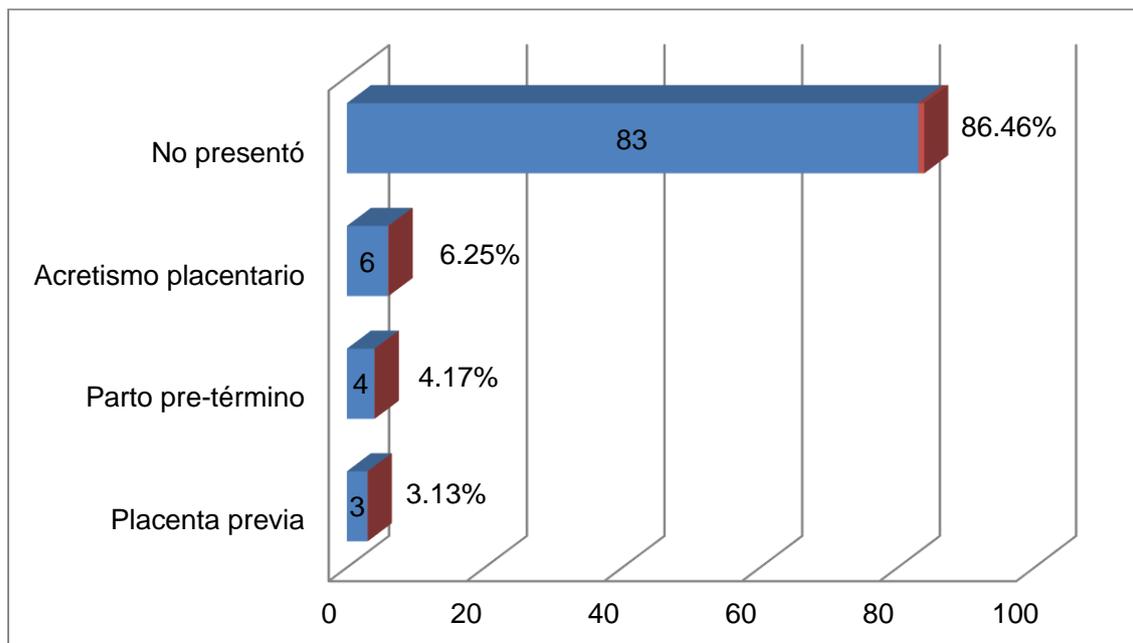
**Gráfico N°09.** Antecedentes obstétricos de importancia. (Elaboración propia)

**Cuadro N°10.** Anormalidades de la placentación

Anormalidades de la placentación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Acretismo placentario	6	6.25%
Parto pre-término	4	4.17%
Placenta previa	3	3.13%
No presentó	83	86.46%
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

Elaboración propia.

En el cuadro N°10 se observa que la mayoría de los casos de pacientes no presentaban anomalías de la placentación, conformando el 86.46% se observó también que el 6.25% se confirmó la causa directa de la hemorragia postparto fue debida el acretismo placentario, como un tipo de anomalía en la placentación; el 4.17% fueron partos pre-término y el 3.13% se debieron a placenta previa. Esto se puede visualizar en el siguiente gráfico.



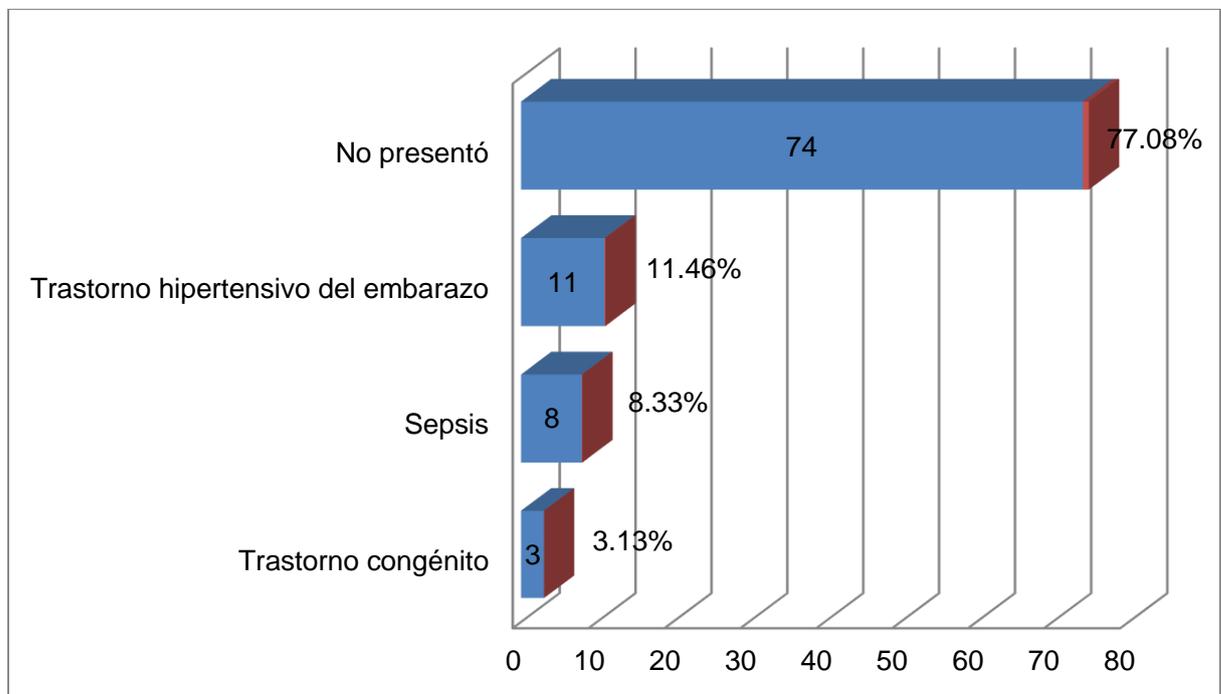
**Gráfico N°10.** Anormalidades de la placentación. (Elaboración propia)

**Cuadro N°11.** Antecedente de trastorno de la coagulación.

<b>Antecedente de trastorno de la coagulación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Trastorno hipertensivo del embarazo	11	11.46%
Sepsis	8	8.33%
Trastorno congénito	3	3.13%
No presentó	74	77.08%
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

Elaboración propia.

En el cuadro N°11 se observa que la mayoría de puérperas que cursaron con hemorragia postparto no presentaban antecedente de trastorno de la coagulación, puesto representaron el 77.08% seguido el 11.46% representaron a las puérperas que cursaron con trastorno hipertensivo del embarazo. Esto se puede visualizar en el siguiente gráfico.



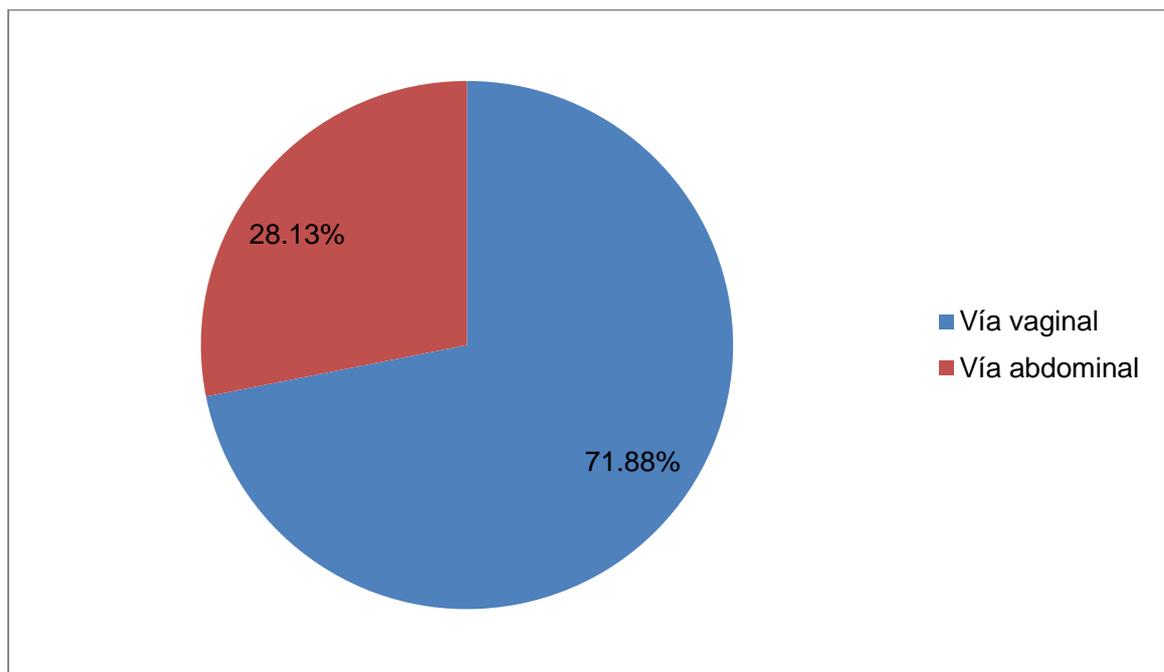
**Gráfico N°11.** Antecedente de trastorno de la coagulación. (Elaboración propia)

**Cuadro N°12.** Vía de parto.

Vía de parto	Frecuencia	Porcentaje (%)
Vía vaginal	69	71.88%
Vía abdominal	27	28.13%
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

Elaboración propia.

En el cuadro N°12 se observa que el 71.88% de los casos de hemorragia postparto se presentaron en partos vaginales, mientras que el 28.13% ocurrieron en partos por vía abdominal. En Esto se puede visualizar en el siguiente gráfico.



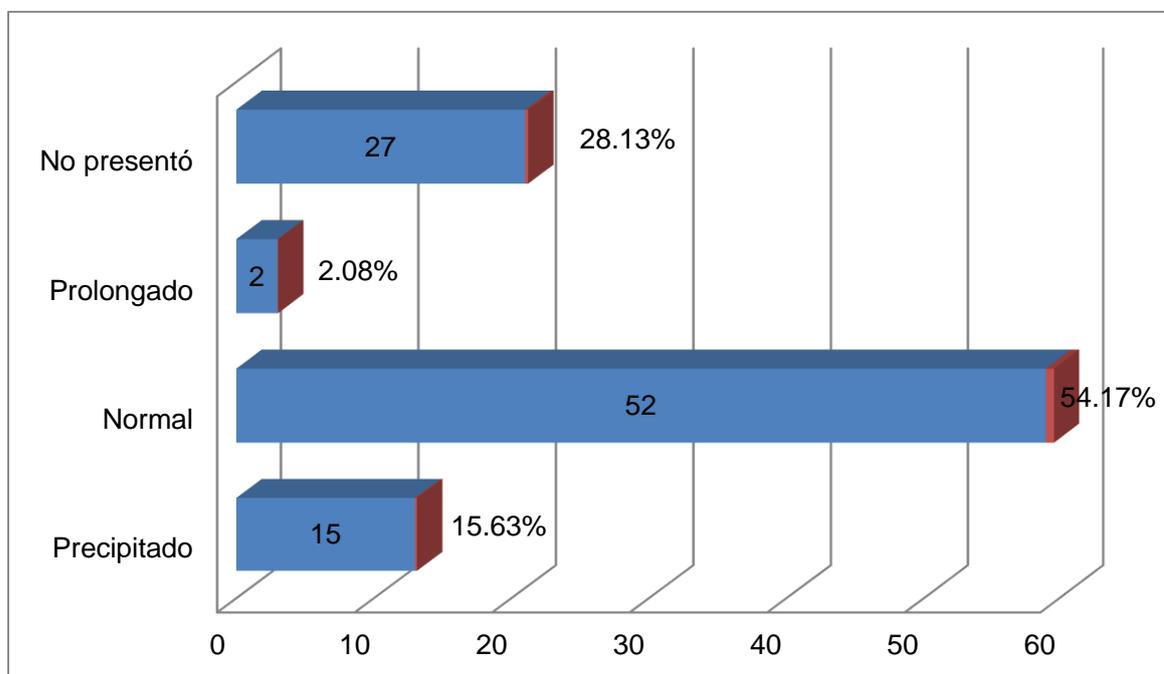
**Gráfico N°12.** Vía de parto. (Elaboración propia)

**Cuadro N°13.** Progresión del trabajo de parto.

Progresión del trabajo de parto	Frecuencia	Porcentaje (%)
Precipitado	15	15.63%
Normal	52	54.17%
Prolongado	2	2.08%
No presentó	27	28.13%
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

Elaboración propia.

En el cuadro N°13 se observa 54.17% de las puérperas que cursaron con hemorragia postparto presentaron una progresión de trabajo de parto normal, el 15.63% presentaron una progresión trabajo de parto precipitado, mientras que el 2.08% presentaron un trabajo de parto prolongado. Esto se puede visualizar en el siguiente gráfico.



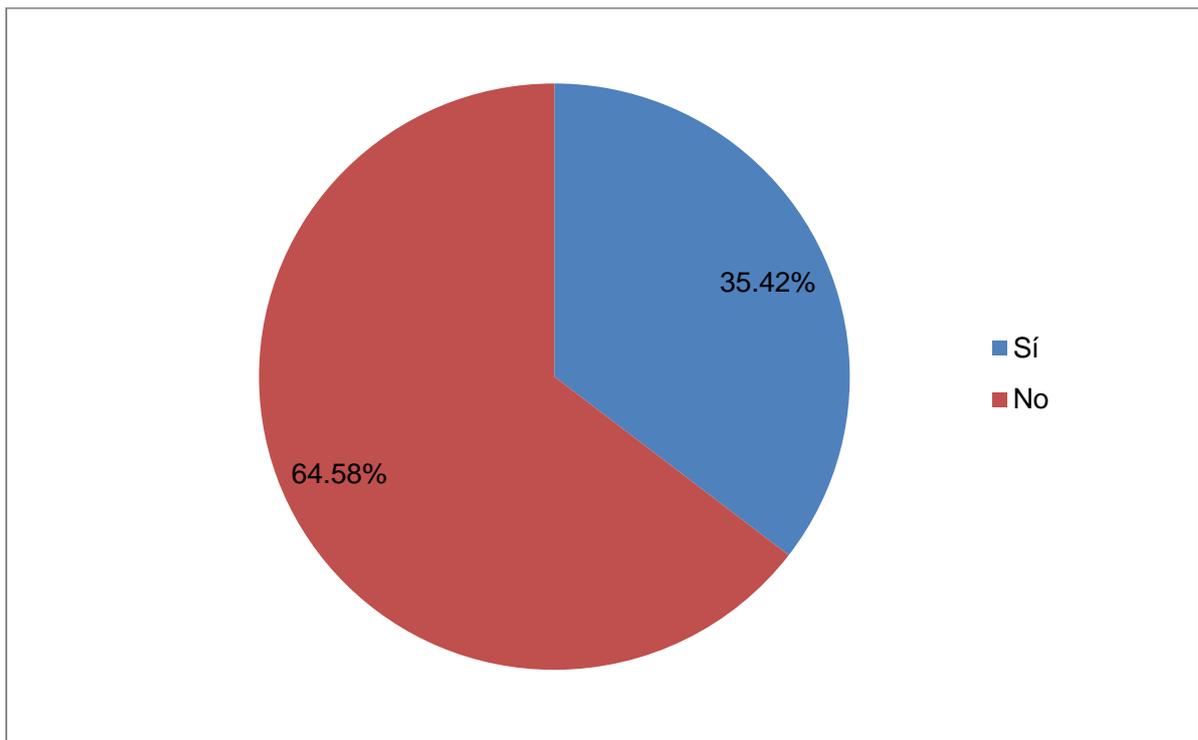
**Gráfico N°13.** Progresión del trabajo de parto. (Elaboración propia)

**Cuadro N°14. Episiotomía.**

<b>Episiotomía</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Sí	34	35.42%
No	62	64.58%
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

Elaboración propia.

En el cuadro N°14 se observa que el 64.58% no se les realizó episiotomía, mientras que el 35.42% si se les realizo episiotomía y seguido cursaron con hemorragia postparto. En el siguiente grafico también se puede apreciar esto.



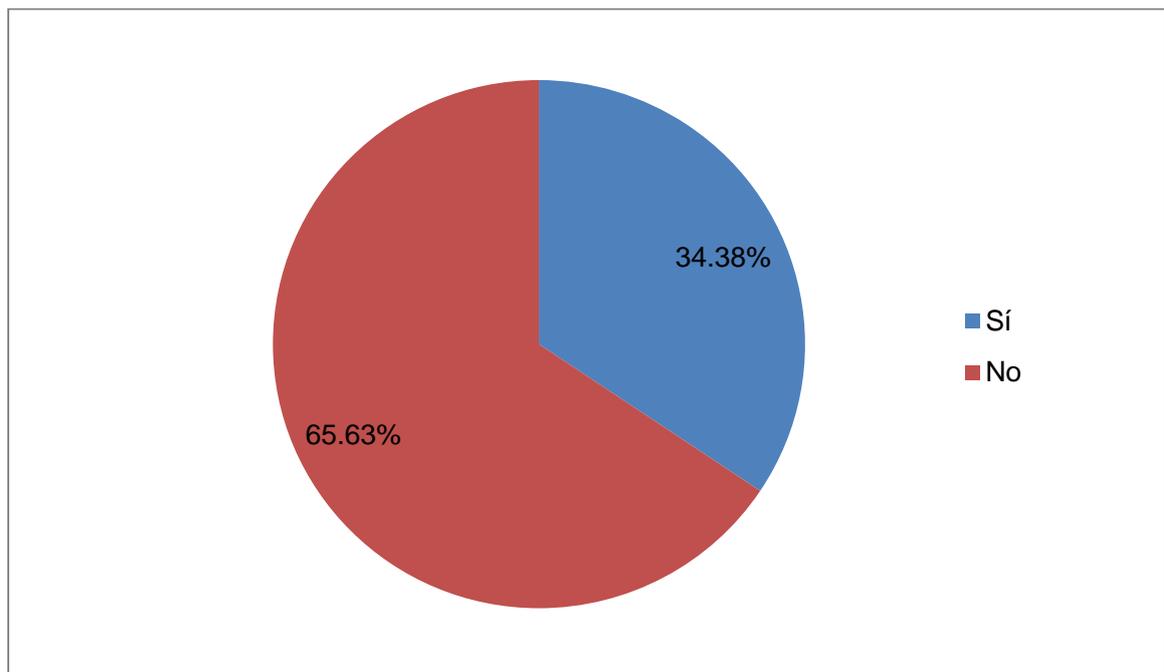
**Gráfico N°14. Episiotomía. (Elaboración propia)**

**Cuadro N°15.** Desgarros y laceraciones.

<b>Desgarros y laceraciones:</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Sí	33	34.38%
No	63	65.63%
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

Elaboración propia.

En el cuadro N°15 se observa que en el 65.63% de los casos de hemorragia postparto no presentaron desgarros y laceraciones, mientras que el 34.38% si presentaron desgarros y/o laceraciones del canal obstétrico. Esto se puede visualizar en el siguiente gráfico.



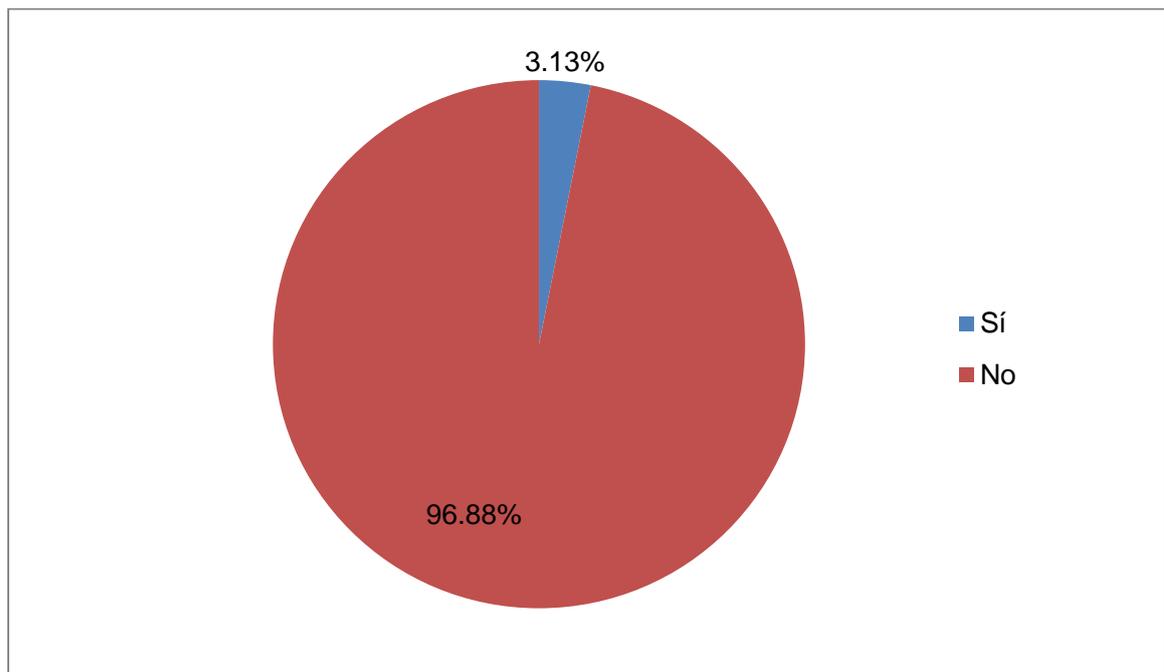
**Gráfico N°15.** Desgarros y laceraciones del canal del parto. (Elaboración propia)

**Cuadro N°16.** Maniobra de Kristeller.

<b>Maniobra de Kristeller:</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Sí	3	3.13%
No	93	96.88%
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

Elaboración propia.

En el cuadro N°15 se observa que la mayoría de mujeres que cursaron con hemorragia postparto no se le realizó la maniobra de Kristeller durante el parto, conformando el 96.88% y por el contrario al 3.13% si se les realizó esta maniobra. Esto se puede visualizar en el siguiente gráfico.



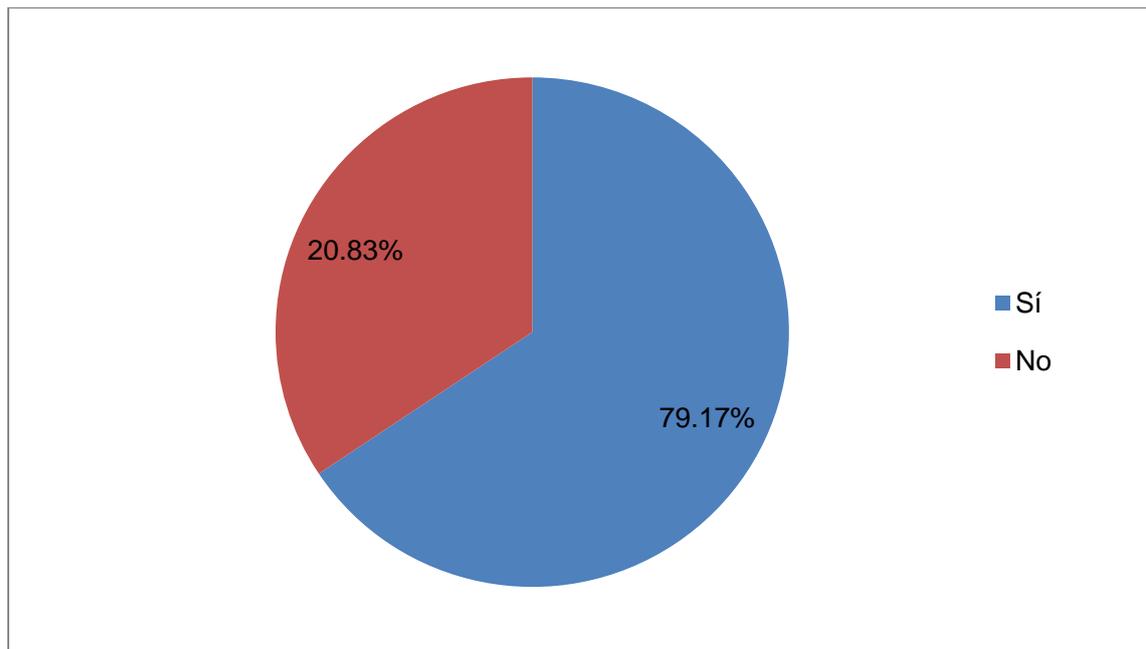
**Gráfico N°16.** Maniobra de Kristeller. (Elaboración propia)

**Cuadro N°17.** Profilaxis de la hemorragia postparto

Profilaxis de la hemorragia postparto	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	76	79.17%
No	20	20.83%
Total	96	100.00%

Elaboración propia.

En el cuadro N°16 se observa que en el 79.17% de las pacientes que cursaron con hemorragia post parto recibieron manejo profiláctico completo mientras que el 20.83% no llegaron a recibirlo. Esto se puede visualizar en el siguiente gráfico.



**Gráfico N°17.** Profilaxis de hemorragia postparto. (Elaboración propia)

## 4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A continuación se examinaron los datos adquiridos del área de estadística e informática y de la revisión de historias clínicas de todas las puérperas que presentaron hemorragia postparto en el Hospital Sergio E. Bernales durante el año 2018.

Durante el año 2018 ocurrieron 10 casos de hemorragia postparto en el mes de enero, 3 casos en el mes de febrero, 4 casos en los meses de marzo y abril, 8 casos en el mes de mayo. 13 casos en los meses de junio y julio, la mayor cantidad fue en el mes de agosto 30 casos, 6 casos en los meses de septiembre y octubre, 13 casos en el mes de noviembre y 2 casos en el mes de diciembre. Ninguno de los 112 casos se complicó con la muerte materna.

El tipo de hemorragia postparto más frecuente encontrado fue el temprano, con una proporción de 76.04% y en caso de hemorragia postparto tardío lo conformo el 23.96% del total, esto concuerda con muchas bibliografías, para el MINSA es la hemorragia postparto inmediato o también llamado temprano, es la más frecuente y la más importante, por ello recomienda una estricta vigilancia durante este período del puerperio inmediato; en comparación con la hemorragia postparto tardío que según el estudio de García y Álvarez refiere que es poco estudiado debido a que no es causa frecuente de mortalidad materna, aunque si es frecuente en relación de la morbilidad materna.(6)(15)

De este mismo modo analizamos cuales fueron las causas más frecuentes de hemorragia postparto, encontrándose que la causa más frecuente fueron las debidas a la retención de restos placentarios, con una proporción de 37.50%, en segundo lugar fueron debidas a la atonía uterina con una proporción de 35.42% y en tercer lugar en frecuencia fueron las causadas por la lesión del canal

obstétrico con una proporción de 19.79%. Esto difiere mucho de la bibliografía común, pues Solari representa a la atonía o inercia uterina como el 70% en frecuencia y coloca a los traumas uterinos en conjunto con las laceraciones del cuello y vagina como el segundo en frecuencia con el 19%, aunque en este trabajo se tomó la decisión de dividir estas causas. En tercer lugar Solari informa que la retención de restos placentarios y placentación anormal conformaría solo el 10%, lo que difiere mucho con nuestros resultados, puesto que fue la causa más frecuente de hemorragia postparto. (8)

Al analizar la dimensión, causas de la hemorragia postparto temprano, se observó que del total de casos, es decir 73 casos, la principal causa etiológica fue debida a la atonía uterina, representando el 38.54% de este total; seguido por la retención de restos placentarios, pues se encontró una frecuencia de 26.03% y en tercer lugar, las debidas a lesiones del canal obstétrico con 23.29% en frecuencia. Esto difiere con lo obtenido por Altamirano en su investigación sobre hemorragia post parto inmediato en el año 2009, ya que este autor encontró como principal causa de hemorragia postparto inmediato o también llamado temprano, a los desgarros del canal del parto, conformando el 60%; el 16.9% lo conformaron las pacientes que presentaron atonía uterina y retención placentaria a la vez. (36)

Se analizó la dimensión causas de hemorragia postparto tardío, donde de estos 23 casos la principal causa de hemorragia postparto tardío fue la retención de restos placentarios, representando el 73.91% de estos casos; las lesiones del canal obstétrico y la endometritis coincidieron con un escaso 8.70%, al igual que hubieron dos casos sin especificar; no se presentaron ningún caso de atonía uterina, anomalías de la coagulación o rotura uterina, este caso se puede

contrastar con García y Álvarez, en su artículo de revisión, quien coloca entre las principales causas más frecuentes de hemorragia postparto tardío sería la infecciosa (endometritis) y la causada por retención placentaria. (15)

Dentro de la dimensión, características anteparto, se procede con el análisis del indicador edad, donde se evidenció que el 87.50% de puérperas que cursaron con hemorragia postparto estaban comprendidas entre las edades de 18 y 35 años, es decir una gran mayoría; mientras que las de edades extremas fueron de mínima proporción; las menores de 18 años, lo conformó el 7.29% y las mayores de 35 años de edad representaron el 5.21% esto coincide con lo planteado con Florida en su investigación realizada en el mismo hospital en el año 2017 donde se observa en los resultados de la prevalencia según su edad, las pacientes menores de 19 años conformarían el 6,9%; las pacientes de 19 a 35 años un 10,2% y en mayores de 35 años conformarían el 2,8% del total. (33)

Los resultados en relación a la paridad, indican que el 55.21% eran mujeres multíparas (tuvieron de 2 a 5 partos previos) y muy cerca en frecuencia con 39.58% fueron las primíparas, es decir habrían sido su primer parto, y por último en menor frecuencia las mujeres que tuvieron más de 5 partos previamente, con 5.21%, estos resultados son semejantes a los obtenidos por Santana en la región de Loreto donde se revela que en su gran mayoría de estos casos fueron pacientes multíparas conformando el 47.3% mientras que las primíparas conformaron el 10.9% y en menor frecuencia las pacientes gran multíparas con 3.6% de prevalencia. (34)

Al analizar cuantas pacientes tenían como factor de riesgo el antecedente de haber cursado con alguna patología que la llevo a una gran distensión uterina, se observó que el 85.42% de la muestra no presentó este factor de riesgo y

mientras que si presentaron el 8.33% presentaron macrosomía fetal, el 4.17% tenían gestación múltiple y por último el 2.08% cursó con polihidramnios; estos datos se relacionan con los obtenidos por Baldeón quien realizó un trabajo analizando los factores asociados a la atonía uterina en el Hospital de Huaycán en Julio del año 2014, donde en la relación estadística de las pacientes sometidas a histerectomía por atonía uterina donde el 35% presentaron gestación múltiple y el 25% macrosomía fetal. (11)

En cuanto a las pacientes que cursaron con antecedentes obstétricos de importancia, la gran mayoría no los presentó conformando el 55.21% del total, seguido de las pacientes que habrían tenido como antecedente una cirugía uterina previamente con una proporción de 25.00% y el 16.67% cursaron con trastorno hipertensivo del embarazo y por último en 3.13% del total de la muestra ya tenían antecedente de haber concurrido con hemorragia postparto previamente. Esto concuerda con mucha de la bibliografía pues según Karlsson y Pérez refieren que el 66% de los casos no se logra identificar un factor de riesgo atribuible, por ello se recomienda aplicar todas las medidas preventivas a toda la población en general de gestantes y puérperas. (10)

De igual manera al analizar el indicador, antecedente de trastorno de coagulación, donde se observó que el 77.08% del total de pacientes no presentó ningún tipo de trastorno de coagulación; un 11.46% cursaron con trastorno hipertensivo del embarazo, que secundariamente lleva a este trastorno de la coagulación, el 8.33% cursaron con sepsis y el 3.13% presentaban ya algún trastorno congénito. Esto concuerda con la investigación de Solari acerca de las principales etiologías de la hemorragia postparto, pues se coloca a todas las coagulopatías solo como el 1% de la causa. (8)

Al analizar el indicador, vía de parto, del total de pacientes que cursaron con hemorragia postparto se observó que el 71.88% es decir 69 pacientes se produjo seguido a un parto por vía abdominal y por otro lado el 28.13% ocurrieron en partos vaginales, es decir 27 pacientes; estos resultados demuestran lo contrario con los obtenidos por Flores en su tesis, ya que las pacientes que cursaron con hemorragia postparto seguido de parto cesárea conformó el 80%, mientras que el parto eutócico lo conformaron el 20% restante. (35)

Dentro de la dimensión características intraparto, se estudió a la progresión del trabajo de parto, donde los resultados obtenidos nos muestra que el 54.17% del total de la muestra y que cursaron con parto vaginal presentaron una progresión de trabajo de parto normal, mientras que el 15.63% concurren con una labor de parto precipitado y por último el 2.08% presentaron una progresión del trabajo de parto prolongado; es dista mucho con los resultados obtenidos por Altamirano en su trabajo de investigación presentada en año 2012, ya que se observó que de 65 pacientes que presentaron hemorragia postparto, 16 cursaron con trabajo de parto precipitado, que luego del análisis del valor p, resulto ser estadísticamente significativo, mientras que 8 pacientes cursaron con trabajo de parto prolongado, que no resulto ser estadísticamente significativo. (36)

Los resultados obtenidos en el indicador, anormalidades de la placentación, nos revela que el 86.46% del total de la muestra no presentaron ninguna anormalidad en la placentación, además en 6 pacientes es decir el 6.25% presentaron acretismo placentario; además de ello, las pacientes que presentaron parto pretérmino conformaron el 4.17% del total y por ultimo las

pacientes que cursaron con placenta previa conformaron el 3.13% del total de la muestra; estos resultados se pueden contrastar con lo obtenido por Pazán Garcés quien reporta que las patologías presentes en su estudio son, alumbramiento incompleto en un 49%, es decir la retención de restos placentarios, mas no se reporta la etiología de esta patología. (37)

En cuanto a relación a las pacientes que se le realizó parto vaginal, el 35.42% del total de pacientes que cursaron con hemorragia postparto se le realizó episiotomía durante el parto, es decir a 34 pacientes; estos resultados difieren con los obtenidos por Altamirano en su tesis realizada durante el año 2009 donde se encontraron principalmente dos factores de riesgo intraparto con significancia estadística, los cuales fueron parto precipitado con un OR de 2.706 y p de 0.039 en primer lugar y en segundo lugar la episiotomía con un OR de 2.298 y p de 0.021. (36)

Los resultados de las puérperas de parto vaginal que cursaron con desgarros y o laceraciones fueron un total de 33 puérperas, es decir el 34.38% del total de la muestra estudiada, esto difiere del trabajo de investigación de Rosadio realizada en el mismo hospital en el año 2012, ya que en su trabajo el 79.5% del total de casos si presentaron lesiones del canal del parto. (28)

En cuanto al análisis del indicador, maniobra de Kristeller, solo el 3.13% del total de pacientes que cursaron con hemorragia postparto, se le realizó esta maniobra para la expulsión del feto y contrariamente el 96.88% no se le realizó esta maniobra, según lo registrado; esto concuerda mucho con la tesis de Rosadio que en su estudio realizado también en el Hospital Sergio Bernales, ya que al 5.1% de los casos se le realizo la maniobra de Kristeller, mientras que a la gran mayoría, es decir el 94.9% no se le realizó. (28)

Los resultados nos revelan que el 79.17% de la muestra estudiada si se le realizó un manejo de profilaxis, es decir de prevención contra la hemorragia postparto y por el contrario el 20.83% del total no se realizó las medidas profilácticas correspondientes, esto se corrobora con lo que menciona Karlsson, quien firma que para mejorar la atención obstétrica y la mayor disponibilidad, debe hacerse uso de fármacos oxitócicos en la atención de la hemorragia postparto, para así disminuir la mortalidad materna. (10)

#### 4.3 CONCLUSIONES

A partir de los resultados conseguidos se determinó lo siguiente:

1. Las principales características clínicas de la hemorragia postparto fueron tener entre 18 y 35 años, ser multípara, haber tenido una progresión de trabajo de parto normal, parto por vía vaginal, no habersele realizado maniobra de kristeller y haber recibido profilaxis de hemorragia postparto.
2. La principal causa de hemorragia postparto temprano encontrada, fue la atonía uterina, seguido de la retención placentaria, y en tercer lugar las lesiones del canal obstétrico.
3. Se obtuvo como la principal causa de hemorragia postparto tardío, a la retención placentaria seguido de las lesiones del canal obstétrico y la endometritis; No se presentaron ningún caso de atonía uterina, anomalías de la coagulación o rotura uterina, para este caso.
4. Las principales características clínicas anteparto fue tener entre 18 y 35 años, ser multípara, no presentar antecedentes de distensión uterina, no presentar antecedentes de trastornos de coagulación.

5. Las principales características clínicas intraparto fueron vía de parto vaginal, una progresión de trabajo de parto normal, no habérsele realizado maniobra de kristeller y haber recibido profilaxis de hemorragia postparto.

#### 4.4 RECOMENDACIONES

1. Mejorar el registro y llenado de historias clínicas en el área de emergencias obstétricas, para facilitar posteriores estudios de investigación de mayor nivel.
2. Implementar las características clínicas descritas como herramientas clínicas de detección precoz de la gestante con posible riesgo incrementado de hemorragia puerperal.
3. Proscribir el uso de maniobras intempestivas durante el período del alumbramiento (tracción del cordón, expresión uterina, exceso de oxitocina, etc.)
4. Fortalecer el manejo profiláctico standard del puerperio inmediato.
5. Utilizar los hallazgos de este estudio como parámetros para investigaciones de nivel explicativo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna [Internet]. Ginebra: OMS; 2016.
2. Canchila C, Laguna H, Paternina A. Prevención de la hemorragia post parto. Universidad de Cartagena, Facultad de Medicina Departamento de Ginecología & Obstetricia, Colombia. Noviembre de 2009.
3. Maguiña G, Miranda M. La mortalidad materna en el Perú, 2002-2011. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, Mayo 2013.
4. Ministerio de salud. Centro nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades – MINSA. Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú I Semestre 2018 Hasta el SE 26 del 2018.
5. Diaz D, Lapa L. Antecedentes obstetricos y hemorragia postparto en puerperas inmediatas atendidas en el hospital departamental de Huancavelica [Tesis]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica: 2014.
6. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. Lima: MINSA; 2014. 1p
7. Protocolos S.E.G.O. Hemorragia postparto precoz, (actualizado en 2006)
8. Solari A. Solari C. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes. [revista en la Internet]. 2014 [citado 2019 Ene 24] volumen 25, Number 6, 2014, pp 993-1003(11).
9. Cruz T. Hemorragia post parto - atonía uterina. Abril 2016 [Tesis]. Ica: Universidad Privada de Ica: 2016.

10. Karlsson H, Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2009 [citado 2017 Nov 27]; 32( Suppl 1 ): 159-167.
11. Fernández J, Toro J, Martínez Z. Tasa de hemorragia, histerectomía obstétrica y muerte materna relacionada. Ginecol. obstet. Méx. [revista en la Internet]. 2017 [citado 2019 Ene 30]; 85( 4 ): 247-253.
12. Hemorragia Postparto. Boletín Práctico del Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras (ACOG) Postpartum Hemorrhage. Practice Bulletin Number 18 Octubre 2017. Obstetrics & Gynecology 2017;130;4:e168-e186
13. Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Bs.As.(SOGIBA) [internet] Consenso SOGIBA 2018. [ctado el 31 de ene de 2019].
14. Fescina R, Ortiz E, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP/SMR. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud OPS/ OMS. Ginebra: 2012
15. García S, Álvarez E, Rubio P. Hemorragia posparto secundaria o tardía. Ginecol. obstet. Méx. [revista en la Internet]. 2017 [citado 2019 Ene 31]; 85( 4 ): 254-266.
16. Calle A, Barrera M. Diagnóstico y manejo de la Hemorragia Posparto. Rev Per Ginecol Obstet. 2008; 54:233-243.
17. Reyes O.A. Riesgo de hemorragia posparto en la paciente gran múltipara. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Maternidad del Hospital Santo Tomás, Panamá. 2011;38(5):169-172.
18. Vélez B, Gómez J. Código rojo: guía para el manejo de la hemorragia obstétrica. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2009;60:34-48.

19. Prevención, diagnóstico y manejo oportuno de la ruptura uterina en el primero, segundo y tercer niveles de atención, México: Secretaria de salud, 2010.
20. Shabazi S, Moghaddam L. Impact of inherited bleeding disorders on pregnancy and postpartum hemorrhage. *Blood Coagulation and Fibrinolysis*, 2012;23 (7):603-607.
21. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Hemorragia postparto precoz. *Prog Obstet Ginecol*. 2008;51 (8): 497-505.
22. Sheiner E, Sarid L. Obstetric risk factors and outcome of pregnancies complicated with early postpartum hemorrhage: a population based study. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2005; 18:149.
23. Anderson J, Etches D, Smith D. Hemorragia postparto: tercer estadio del parto. Ecuador: ALSO, 2006:145.
24. Garcia J, Rodriguez A, Delgado A. Factores de riesgo de macrosomía fetal en pacientes sin diabetes mellitus gestacional. *Ginecol Obstet Mex*. 2016 mar;84(3):164-171
25. Chattopadhyay S, Kharif H. Placenta praevia and accreta after previous caesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993, 52(3):151-156.
26. Al-Zirqi I, Vangen S, Fonsen L. Prevalence and risk factors of severe obstetric haemorrhage. *BJOG*. 2008;115:1265-1272.
27. Rengel C. La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas: Artículo de revisión. *Matronas Prof*. 2011; 12(3): 82-9
28. Rosadio A. Factores de riesgo asociados a la hemorragia post parto en pacientes atendidas en el hospital Sergio E. Bernales Comas en el período 2012 - 2014 [Tesis]. Lima: Universidad San Martín de Porres. 2015.

29. Flores D. Factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato, Hospital PNP “Luis N. Sáenz”, julio 2016 - julio 2017 [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. 2018
30. Gil M. Factores asociados a hemorragia post parto inmediato por atonia uterina en el hospital guillermo almenara irigoyen durante el período enero – septiembre del 2015 [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. 2016.
31. Chiriboga A. Causas y factores de riesgo que conllevan a presentar hemorragias post-parto en pacientes atendidas en el hospital Enrique C. Sotomayor de septiembre 2012 a febrero 2013 [Tesis]. Guayaquil: Universidad Guayaquil. abril 2016
32. Iglesias J, Urbina D, Factores de riesgo asociados a hemorragia post- parto, en las mujeres que fueron atendidas en el servicio de GinecoObstetricia, del HECAM, Matagalpa en el período 2010-2013. [Tesis]. Matagalpa: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2016
33. Florida A. Prevalencia de complicaciones puerperales inmediatas en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales en el año 2017 [Tesis]. Lima: Universidad privada San Juan Bautista: 2018.
34. Santana L. Factores maternos y obstétricos relacionados con la hemorragia post parto inmediato en el Hospital Regional de Loreto del año 2015 al 2017 [Tesis]. Iquitos: Universidad privada San Juan Bautista: 2018.
35. Flores D. Factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato, hospital PNP Luis N. Saenz julio 2016 – julio 2017 [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma: 2018.

36. Altamirano P. Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el hospital María Auxiliadora durante el 2009 [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. 2012.
37. Pazán S. Factores de riesgo de patologías puerperales. Hospital José María Velasco Ibarra 2010 [Tesis]. Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo: 2012.

## Anexo 1: Ficha de recolección de datos

<b>FICHA DE RECOLECCION DE DATOS</b> <b>“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN LAS PUÉRPERAS DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES LIMA, 2018”</b>		
N° de historia clínica: Mes de ocurrencia:		
<b>HEMORRAGIA POSTPARTO</b>		
<b>1. Tipo de Hemorragia postparto</b>  1) Temprano (24hrs) 2) Tardío (24hrs - 12 semanas)	<b>2. Causa de Hemorragia postparto:</b>  1) Atonía uterina 2) Rotura y/o inversión uterina 3) Lesión del canal obstétrico 4) Alteraciones de la coagulación 5) Retención placentaria 6) Infección (Endometritis) 7) No específica	
<b>CARACTERÍSTICAS ANTEPARTO</b>		
<b>3. Edad:</b>  1) < 18 años 2) 18-35 años 3) > 35 años	<b>4. Paridad:</b>  1) Primípara 2) Multípara (2 a 5 partos) 3) Gran multípara (6 partos a +)	<b>5. Gran distensión uterina:</b>  1) Polihidramnios 2) Gestación múltiple 3) Macrosomía 4) No presenta
<b>6. Antecedentes obstétricos de importancia:</b>  1) Trastorno hipertensivo del embarazo 2) Antecedente de cirugía uterina previa 3) Antecedente de hemorragia postparto previa 4) No presenta	<b>7. Anormalidades de la placentación :</b>  1) Acretismo 2) Parto pre término 3) Placenta previa 4) No presenta	<b>8. Antecedente de trastorno de la coagulación:</b>  1) Sepsis 2) Trastorno hipertensivo del embarazo 3) Trastorno congénito 4) No presenta

## CARACTERÍSTICAS INTRAPARTO

<p><b>9. Vía de parto:</b></p> <p>1) Vía vaginal 2) Vía abdominal</p>	<p><b>10. Progresión del trabajo de parto:</b></p> <p>1) Precipitado 2) Normal 3) Prolongado 4) No presenta</p>	<p><b>11. Episiotomía:</b></p> <p>1) Sí 2) No</p>
<p><b>12. Desgarros y laceraciones:</b></p> <p>1) Sí 2) No</p>	<p><b>13. Maniobra de Kristeller:</b></p> <p>1) Sí 2) No</p>	<p><b>14. Profilaxis de la hemorragia postparto:</b></p> <p>1) Sí 2) No</p>

## Anexo 2: Registro de Observación

	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS															
	HEMORRAGIA POSTPARTO				CARACTERÍSTICAS ANTEPARTO								CARACTERÍSTICAS INTRAPARTO			
	Mes	P1- Tipo	Causa	Causa d	P3-Eda	P4- Pari	P5- Dist	P6-Ant	P7-Ante	P8- Vía	P9- Pro	P10- An	P11- E	P12- De	P13- IP	P14- M
Ficha 1	ENERO	2	0	3	2	2	4	4	4	1	1	4	2	1	2	1
Ficha 2	ENERO	1	1	0	2	2	4	2	2	2	4	4	2	2	2	1
Ficha 3	ENERO	1	1	0	2	2	4	2	4	2	4	4	2	2	2	1
Ficha 4	ENERO	1	1	0	2	2	4	1	4	1	3	4	1	2	2	1
Ficha 5	ENERO	1	3	0	3	2	4	1	4	1	2	4	2	1	2	1
Ficha 6	ENERO	2	0	2	2	1	4	4	4	1	2	4	1	1	2	2
Ficha 7	ENERO	1	3	0	2	1	4	4	4	1	2	4	1	2	2	1
Ficha 8	ENERO	1	2	0	2	1	4	4	4	1	2	4	2	1	2	1
Ficha 9	FEBRER	1	2	0	2	1	4	1	2	1	2	4	2	1	2	2
Ficha 10	FEBRER	1	2	0	2	2	4	4	4	1	2	4	2	1	2	1
Ficha 11	FEBRER	1	4	0	1	1	4	4	1	2	4	4	2	2	2	1
Ficha 12	MARZO	1	1	0	2	2	4	2	4	2	4	1	2	2	2	1
Ficha 13	MARZO	1	1	0	2	2	3	4	4	1	2	4	2	2	2	1
Ficha 14	MARZO	2	0	5	2	2	4	4	4	1	1	4	2	2	1	1
Ficha 15	ABRIL	1	1	0	2	1	4	4	4	1	2	4	1	2	2	1
Ficha 16	ABRIL	1	1	0	2	2	4	2	4	2	4	4	2	2	2	2
Ficha 17	ABRIL	1	2	0	2	3	4	2	1	2	4	2	2	2	2	1
Ficha 18	ABRIL	1	1	0	2	2	4	4	4	2	4	4	2	2	2	1
Ficha 19	MAYO	1	2	0	1	1	4	1	2	1	1	4	1	2	2	1
Ficha 20	MAYO	1	4	0	1	1	4	2	1	2	4	4	2	2	2	2
Ficha 21	MAYO	1	1	0	2	2	4	4	4	2	4	1	2	2	2	1
Ficha 22	MAYO	2	0	2	2	1	1	4	3	1	2	4	1	2	2	1
Ficha 23	MAYO	1	3	0	2	1	4	2	4	1	2	4	1	2	2	1
Ficha 24	MAYO	1	2	0	2	1	4	4	4	1	3	4	2	1	2	1
Ficha 25	MAYO	1	2	0	2	2	2	4	4	1	2	4	2	1	2	1
Ficha 26	JUNIO	1	1	0	2	2	4	4	4	2	4	1	2	2	2	1
Ficha 27	JUNIO	1	1	0	2	2	3	4	4	1	2	4	2	1	2	2
Ficha 28	JUNIO	2	0	5	2	2	4	1	4	1	1	4	2	2	2	1
Ficha 29	JUNIO	2	0	2	2	2	4	4	4	1	2	4	2	1	2	1
Ficha 30	JUNIO	2	0	3	2	2	4	4	3	1	1	4	2	1	2	1
Ficha 31	JUNIO	1	1	0	2	2	4	2	2	2	4	4	2	2	2	1
Ficha 32	JUNIO	1	1	0	2	2	4	2	4	2	4	4	2	2	2	1
Ficha 33	JUNIO	1	2	0	2	3	3	1	4	1	1	4	1	2	2	1
Ficha 34	JUNIO	1	3	0	3	2	4	4	4	1	2	4	2	1	2	2
Ficha 35	JUNIO	2	0	2	2	1	4	2	4	1	2	4	1	1	2	2
Ficha 36	JUNIO	1	3	0	2	1	1	1	4	1	2	4	1	2	2	1
Ficha 37	JULIO	1	2	0	2	1	4	4	4	1	2	4	2	1	2	2
Ficha 38	JULIO	1	6	0	2	1	2	4	4	1	1	4	1	1	2	2
Ficha 39	JULIO	1	2	0	2	1	4	1	2	1	2	4	2	1	2	1
Ficha 40	JULIO	1	1	0	2	2	4	1	4	1	1	4	1	2	2	1
Ficha 41	JULIO	1	3	0	3	2	4	4	4	1	2	4	2	1	2	1
Ficha 42	JULIO	2	0	2	2	1	4	3	4	1	2	4	1	1	2	2
Ficha 43	JULIO	1	3	0	2	1	4	2	4	1	2	4	1	2	2	1
Ficha 44	JULIO	1	1	0	2	2	3	4	4	1	2	4	2	1	2	1
Ficha 45	JULIO	2	0	2	2	2	4	4	4	1	2	4	2	1	2	2
Ficha 46	JULIO	1	3	0	2	1	4	4	4	1	2	4	1	2	2	1
Ficha 47	JULIO	1	1	0	2	2	4	2	4	2	4	4	2	2	2	2
Ficha 48	AGOSTC	1	2	0	2	2	4	2	1	2	4	2	2	2	2	1
Ficha 49	AGOSTC	1	3	0	3	2	4	1	4	1	2	4	2	1	2	1
Ficha 50	AGOSTC	2	0	2	2	1	4	4	4	1	2	4	1	1	2	1
Ficha 51	AGOSTC	1	2	0	2	1	4	4	4	1	2	4	2	1	2	2
Ficha 52	AGOSTC	1	1	0	2	2	4	4	2	2	4	3	2	2	2	1
Ficha 53	AGOSTC	1	1	0	1	1	4	1	2	1	1	4	1	2	2	1
Ficha 54	AGOSTC	1	1	0	2	1	4	4	4	1	2	4	1	2	2	1
Ficha 55	AGOSTC	1	1	0	2	2	4	2	4	2	4	4	2	2	2	2

Ficha 56	AGOSTC	1	2	0	2	2	2	2	1	2	4	2	2	2	2	1
Ficha 57	AGOSTC	1	1	0	2	2	4	4	4	2	4	4	2	2	2	1
Ficha 58	AGOSTC	1	2	0	2	2	4	4	4	1	2	4	2	1	2	2
Ficha 59	AGOSTC	1	1	0	2	2	4	2	4	1	1	4	1	1	2	1
Ficha 60	AGOSTC	1	2	0	2	1	4	1	2	1	2	4	2	1	2	2
Ficha 61	AGOSTC	1	1	0	2	2	4	1	4	1	2	4	1	2	2	1
Ficha 62	AGOSTC	1	1	0	1	2	4	4	4	1	2	4	1	2	2	1
Ficha 63	AGOSTC	1	3	0	2	3	4	2	4	2	4	4	2	2	2	1
Ficha 64	AGOSTC	1	2	0	2	2	4	1	1	2	4	2	2	2	1	2
Ficha 65	AGOSTC	1	3	0	3	2	4	4	4	1	2	4	2	1	2	1
Ficha 66	AGOSTC	2	0	2	2	1	4	4	4	1	2	4	1	1	2	1
Ficha 67	AGOSTC	1	3	0	2	1	4	2	3	1	2	4	1	2	2	1
Ficha 68	AGOSTC	1	1	0	2	1	4	4	4	1	1	4	1	1	2	2
Ficha 69	AGOSTC	2	0	2	2	1	4	4	4	1	2	4	1	1	2	1
Ficha 70	AGOSTC	1	3	0	2	3	4	4	4	2	4	3	1	2	2	1
Ficha 71	AGOSTC	1	2	0	2	1	4	2	4	1	2	4	2	2	2	1
Ficha 72	AGOSTC	1	1	0	2	2	3	4	4	1	2	4	2	2	2	1
Ficha 73	SEPTIEM	1	2	0	2	2	2	4	4	1	2	4	2	2	2	1
Ficha 74	SEPTIEM	1	1	0	2	2	4	4	4	1	2	4	1	2	2	1
Ficha 75	SEPTIEM	2	0	7	1	1	4	4	1	2	4	4	2	2	2	1
Ficha 76	SEPTIEM	1	1	0	2	2	4	4	4	2	4	1	2	2	2	1
Ficha 77	SEPTIEM	2	0	2	2	2	4	4	4	1	1	4	2	2	2	1
Ficha 78	OCTUBR	2	0	7	1	1	4	4	1	2	4	4	2	2	2	2
Ficha 79	OCTUBR	1	1	0	2	2	4	4	4	2	4	3	2	2	2	1
Ficha 80	OCTUBR	1	1	0	2	2	3	4	4	1	2	4	2	1	2	1
Ficha 81	OCTUBR	1	2	0	2	2	4	3	2	1	1	4	2	2	2	1
Ficha 82	OCTUBR	2	0	2	2	2	4	4	4	1	2	4	2	2	2	1
Ficha 83	OCTUBR	1	1	0	2	1	4	2	4	1	2	4	1	2	2	1
Ficha 84	NOVIEMI	1	1	0	2	2	4	1	4	2	4	1	2	2	2	1
Ficha 85	NOVIEMI	1	3	0	2	3	3	4	4	1	2	4	2	1	2	1
Ficha 86	NOVIEMI	2	0	2	2	2	4	3	4	1	1	4	2	2	2	1
Ficha 87	NOVIEMI	2	0	2	2	2	4	4	4	1	2	4	2	2	2	2
Ficha 88	NOVIEMI	1	1	0	2	2	4	2	4	2	4	1	2	2	2	1
Ficha 89	NOVIEMI	1	1	0	2	2	3	4	4	1	2	4	2	1	2	1
Ficha 90	NOVIEMI	2	0	2	2	2	4	1	4	1	1	4	2	2	2	1
Ficha 91	NOVIEMI	2	0	2	2	1	4	4	4	1	2	4	1	2	2	1
Ficha 92	NOVIEMI	1	3	0	2	1	4	2	4	1	2	4	1	2	2	1
Ficha 93	NOVIEMI	2	0	2	2	1	4	2	4	1	2	4	1	2	2	1
Ficha 94	NOVIEMI	1	3	0	2	1	4	4	2	1	2	4	1	2	1	1
Ficha 95	DICIEMB	2	0	2	2	1	4	2	2	1	2	4	1	2	2	2
Ficha 96	DICIEMB	1	3	0	2	1	4	4	4	1	2	4	1	2	2	1

### Anexo 3: Aprobación de proyecto



"Año de la lucha contra la Corrupción y la impunidad"

#### Memorando N°138-2019-OF-ADEI-HSEB

A: Médico Jefe del Departamento de Consultorios Externos

Asunto: Facilidades para la recolección de datos de Historias Clínicas.

Ref. Solicitud de fecha 11 de Marzo del 2019

Fecha: 12 MAR 2019

Mediante el presente me dirijo a usted para saludarle cordialmente y solicitarle se sirva brindar facilidades y autorizar a la Bachiller de Medicina Humana Srta.: FRANCIA MALPARTIDA Rosa Isabel, tener acceso a las Historias Clínicas del Archivo de su Departamento, con el propósito de recolectar datos para llevar a cabo su trabajo de investigación Titulado: "Características clínicas de la hemorragia postparto en las púérperas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales Lima-2018". Se adjunta relación de Historias Clínicas y autorización del Proyecto por el Comité de Ética de la Universidad Alas Peruanas.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES  
MG. EPIFANIO SANCHEZ CARAVITO  
C.M.P. 19987 RNE. 6074 R.M. 0041  
JEFE DE LA OF. DE APOYO A LA DOCENCIA  
E INVESTIGACION



C.O.  
Archivo  
ESQ/Sefia



PERU

MINISTERIO  
DE SALUD

HOSPITAL SERGIO E.  
BERNALES

OFICINA DE APOYO A  
DOCENCIA E INVESTIGACION

"Año de la lucha contra la Corrupción y la impunidad"

Memo N°137-2019-OF-ADEI-HSEB

A: Srta. FRANCIA MALPARTIDA Rosa Isabel

Asunto: Autorización para la aplicación de instrumento de Proyecto de Tesis.

Ref. Solicitud de fecha 11 de Marzo del 2019

Fecha: 12 MAR 2019

Mediante el presente me dirijo a usted, para dar respuesta al documento de la referencia y comunicarle que esta Jefatura luego de revisar su Trabajo de Investigación Titulado: **"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN LAS PUÉRPERAS DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES LIMA-2018"**.

Esta oficina aprueba su proyecto de investigación para la aplicación del instrumento del Proyecto de Tesis.

Atentamente,

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES  
MAG. EPÍFANIO SANCHEZ GARAYTO  
C.M.P. 12683 A.P.E. 5074 R.M. 0041  
JEFE DE LA OF. DE APOYO A LA DOCENCIA  
E INVESTIGACION

MARY VERONICA  
C.M.P. 12683 A.P.E. 5074 R.M. 0041  
JEFE DE LA OF. DE APOYO A LA DOCENCIA  
E INVESTIGACION

C. c  
Archivo  
ESG/Sofia

### Anexo 4: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	POBLACIÓN Y MUESTRA	METODOLOGÍA
<p><b>General:</b></p> <p>-¿Cuáles son las principales características clínicas de la hemorragia postparto en las puérperas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales lima, 2018?</p> <p><b>Específicos:</b></p> <p>-¿Cuáles son las principales patologías que originan hemorragia postparto temprano en las puérperas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales lima, 2018?</p> <p>-¿Cuáles son las principales patologías que originan</p>	<p><b>General:</b></p> <p>-Describir las principales características clínicas de las puérperas con hemorragia postparto en del Hospital Nacional Sergio E. Bernales lima, 2018.</p> <p><b>Específicos:</b></p> <p>-Identificar las principales patologías que originan hemorragia postparto temprano en las puérperas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales lima, 2018.</p> <p>-Identificar las principales patologías que originan</p>	<p>-Por ser un estudio descriptivo no se precisa de hipótesis.</p>	<p><b>VARIABLE I: Hemorragia postparto obstétricas</b></p> <p><b>D I: Hemorragia postparto temprano:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atonía uterina</li> <li>• Rotura y/o inversión uterina</li> <li>• Lesión del canal obstétrico</li> <li>• Alteraciones de la coagulación</li> </ul> <p><b>D II: Hemorragia postparto tardío:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retención placentaria</li> <li>• Infección (Endometritis)</li> </ul> <p><b>VARIABLE II: características clínicas obstétricas</b></p> <p><b>D I: Anteparto</b></p>	<p>Población</p> <p>La población estará conformada por el total de puérperas que presentaron hemorragia postparto fueron atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2018; el que fue conformado por 112 puérperas</p> <p>Muestra:</p> <p>Para la selección de la muestra se requerirá</p>	<p>Tipo:</p> <p>Básica</p> <p>Nivel:</p> <p>Descriptivo</p> <p>Observacional, Retrospectivo, Transversal</p>

<p>hemorragia postparto tardío en las puérperas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales lima, 2018?</p> <p>-¿Cuáles son los principales características anteparto de las puérperas con hemorragia postparto en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales lima, 2018?</p> <p>-¿Cuáles son los principales características intraparto de las puérperas con hemorragia postparto en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales lima, 2018?</p>	<p>hemorragia postparto tardío en las puérperas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales lima, 2018.</p> <p>-Identificar las principales características anteparto de las puérperas con hemorragia postparto en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales lima, 2018.</p> <p>- Identificar las principales características intraparto de las puérperas con hemorragia postparto en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales lima, 2018.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad materna</li> <li>• Paridad</li> <li>• Gran distensión uterina</li> <li>• Antecedentes obstétricos de importancia</li> <li>• Anormalidades de la placentación</li> <li>• Antecedente de trastorno de coagulación</li> </ul> <p><b>D II: Intraparto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vía de parto</li> <li>• Progresión del trabajo de parto</li> <li>• Episiotomía</li> <li>• Desgarros y laceraciones</li> <li>• Maniobra de Kristeller</li> <li>• Uso profiláctico de oxitócicos</li> </ul>	<p>de técnica de muestreo, debido a la cantidad de pacientes, lo que estaría conformado por 96 pacientes con hemorragia postparto atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el período de estudio propuesto.</p>	
---	--	--	--	--	--

Elaboración propia.