UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE OBSTETRICIA

"DETERMINAR LA CAUSA FRECUENTE DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD MATILDE HIDALGO DE PROCEL (2015- 2016)"

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE OBSTETRA

AUTOR

SOLEDISPA PASATO MIGUEL OSWALDO

TUTOR

DR.ORTEGA LEON FREDDY

GUAYAQUIL – GUAYAS – ECUADOR

2016

CERTIFICADO DE APROBACIÓN.

Esta tesis cuya autoría corresponde al Sr SOLEDISPA PASATO MIGUEL OSWALDO, ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el tribunal examinador de grado nominado por la **ESCUELA DE OBSTETRICIA** como requisito parcial para la obtención del título de **OBSTETRA.**

OBST.MARIA PALACIOS TAVARA.MSC
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

OBST. MARIA PAULINA TORRES VASCONESZ.MSC
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DR. CARLOS TORRES MSC.
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

CERTIFICACIÓN

Dr. Freddy Ortega Leon, en mi calidad de tutor del trabajo de investigación de tesis para optar el título de **OBSTETRA** de la **UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.**

CERTIFICO QUE: He dirigido y revisado la tesis de grado presentada el Sr. Soledispa Pasato Miguel Oswaldo con C.I. # 0921341707.

CUYO TEMA DE TESIS es **"**DETERMINAR LA CAUSA FRECUENTE DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD MATILDE HIDALGO DE PROCEL DESDE JUNIO 2015 A MARZO DEL 2016**".** El mismo que se encuentra apto para la presentación y sustentación respectiva.

Dr. Freddy Ortega León

TUTOR

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, Miguel Oswaldo Soledispa Pasato autora del presente proyecto "DETERMINAR LA CAUSA FRECUENTE DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD MATILDE HIDALGO DE PROCEL DESDE JUNIO 2015 A MARZO DEL 2016", soy responsable de los resultados omitidos en el presente trabajo de investigación, las ideas, conceptos, procedimientos vertidos en el mismo.

EGDO. SOLEDISPAPASATO MIGUEL OWALDO

REPOSITARIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA	
FICHA DE REGISTRO DE TESIS	
TITULO Y SUBTITULO: Determinar la causa frecuente de la hemorragia postparto en adolescentes atendidas en la maternidad matilde hidalgo de procel desde junio 2015 a marzo del 2016	
AUTOR/ES: Miguel Oswaldo SoledispaPasato	**REVISORES:** Dr.freddy Ortega León
INSTITUCIÓN: Universidad Estatal de Guayaquil	**FACULTAD:** Ciencias Medica
CARRERA: Obstetricia	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	**N. DE PAGS:**
ÁREAS TEMÁTICAS: Maternidad Dra. Matilde Hidalgo De Procel	
PALABRAS CLAVE:complicaciones, atonía, hemorragias, Restos placentarios	
RESUMEN: La hemorragia postparto conforma una de las complicaciones obstétricas más temida, considerada como una de las 3 primeras causas de mortalidad materna a nivel mundial y nacional, cuando esta complicación no puede controlarse o tratarse adecuadamente puede llevar rápidamente al shock y a la muerte materna. Se realizó un estudio representativo y observacional en 100 casos de pacientes diagnosticadas con una hemorragia postparto atendidas en la maternidad Matilde hidalgo de procel para determinar la causa frecuente de la hemorragia postparto en adolescentes, del cual se realizó estudios mediante resultados estadísticos y en las que se mencionaba la edad, antecedentes gineco_obstetrico, pérdida hemática, causa de la hemorragia postparto, complicaciones y tratamiento. Posteriormente se tabularon los datos obteniendo de los cuales se pudo constatar que el mayor porcentaje de puérperas adolescentes con hemorragia postparto son de edad entre los 17-19 años, y que el mayor porcentaje como factor de riesgo durante los controles prenatales fue de adolescentes embarazadas con antecedentes de anemia, y como causa principal de hemorragia postparto en puerpe4ras adolescentes es por hipotonía uterina. Concluyendo con este trabajo investigativo se debe saber que es muy importante llegar un correcto manejo activo del tercer periodo de la labor del parto en base a las acciones multidisciplinarias de los protocolos de acción guiados por el ministerio de salud pública , y el manejo que se debe tener ante este tipo de eventos	
N. DE REGISTRO (en base de datos):	N. DE CLASIFICACIÓN:
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	

ADJUNTO URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	☐ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTORES/ES:	Teléfono:042576289-0981066452	E-mail:Migulelito-781@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCION:	Nombre:	
	Teléfono:	

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación primeramente a dios y a todas las bendiciones que él me ha dado y a su hijo ya que es quien nos guía y nos ayuda a seguir adelante a pesar de los obstáculos que nos da la vida.

A mis padres ya que ellos han sido mi apoyo fundamental en mi vida ya que gracias a ellos he logrado alcanzar mi meta.

Al grupo de docencia que me brindaron sus conocimiento necesarios durante el inicio de mi carrera.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme permitido cumplir con esta meta, por haberme dado fuerzas y sabiduría a lo largo de mi carrera, por estar siempre presente y nunca abandonarme.

A mis padres quienes son mi pilar fundamental, quienes me han dado su apoyo y cariño incondicional. Gracias a ellos me he convertido en una profesional. A los catedráticos de la Universidad Estatal de Guayaquil por quienes he llegado a obtener los conocimientos necesarios para poder desarrollar la tesis.

RESUMEN

La hemorragia postparto conforma una de las complicaciones obstétricas más temida, considerada como una de las 3 primeras causas de mortalidad materna a nivel mundial y nacional, cuando esta complicación no puede controlarse o tratarse adecuadamente puede llevar rápidamente al shock y a la muerte materna. Se realizó un estudio representativo y observacional en 100 casos de pacientes diagnosticadas con una hemorragia postparto atendidas en la maternidad Matilde hidalgo de procel para determinar la causa frecuente de la hemorragia postparto en adolescentes, del cual se realizó estudios mediante resultados estadísticos y en las que se mencionaba la edad, antecedentes gineco_obstetrico, pérdida hemática, causa de la hemorragia postparto, complicaciones y tratamiento. Posteriormente se tabularon los datos obteniendo de los cuales se pudo constatar que el mayor porcentaje de puérperas adolescentes con hemorragia postparto son de edad entre los 17-19 años, y que el mayor porcentaje como factor de riesgo durante los controles prenatales fue de adolescentes embarazadas con antecedentes de anemia, y como causa principal de hemorragia postparto en puerpe4ras adolescentes es por hipotonía uterina. Concluyendo con este trabajo investigativo se debe saber que es muy importante llegar un correcto manejo activo del tercer periodo de la labor del parto en base a las acciones multidisciplinarias de los protocolos de acción guiados por el ministerio de salud pública , y el manejo que se debe tener ante este tipo de eventos.

PALABRAS CLAVE: complicaciones, atonía, hemorragias, Restos placentarios

ABSTRACT

Postpartum hemorrhage forms one of the most feared obstetric complications, considered one of the 3 leading causes of maternal mortality at global and national level, when this complication can not be controlled or adequately treated can quickly lead to shock and maternal death. a representative observational study was performed in 100 cases of patients diagnosed with postpartum hemorrhage treated in the maternity Matilde Hidalgo to determine the common cause of postpartum hemorrhage in adolescents, which studies were performed using statistical results and in which mentioned age, gineco_obstetrico background, blood loss, cause of postpartum hemorrhage, complications and treatment. Subsequently obtaining data which it was found that the highest percentage of adolescents with postpartum hemorrhage postpartum women are aged between 17-19 years and the highest percentage as a risk factor for prenatal care of pregnant adolescents was tabulated history of anemia, and as the main cause of postpartum hemorrhage in adolescents is puerpe4ras uterine hypotonia. Concluding with this research work should know that it is very important to get proper active management of the third stage of the work of labor based on multidisciplinary actions protocols led by the ministry of public health action, and management to be have before these events.

KEY WORDS: complications, weakness, bleeding, placental Remains

INDICE.

CERTIFICADO DE APROBACIÓN. _____ *I*

CERTIFICACIÓN _____ *II*

DECLARACIÓN DE AUTORÍA _____ *III*

DEDICATORIA _____ *V*

AGRADECIMIENTO _____ *VI*

RESUMEN _____ *VII*

ABSTRACT _____ *VIII*

1.- INTRODUCCIÓN _____ *1*

1.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN _____ **2**

1.2 FORMULACION DE OBJETIVOS _____ **3**

1.3 OBJETIVOS GENERALES _____ **3**

1.4 OBJETIVOS ESPECIFICOS _____ **3**

1.5 HIPOTESIS _____ **3**

1.6 VARIABLES _____ **4**

1.6.1 VARIABLES DEPENDIENTE _____ 4

1.6.2 VARIABLES INDEPENDIENTES _____ 4

1.6.3 VARIABLES INTERVINIENTES _____ 4

2.- MARCO TEÓRICO _____ *5*

2.1.1 HEMORRAGIA POSTPARTO PRIMARIA INMEDIATA _____ 5

2.1.2 HEMORRAGIA POSTPARTO SECUNDARIA _____ 5

2.2 FISIOLOGÍA _____ **5**

2.3 ETIOLOGÍA _____ **6**

2.3.1 TONO _____ 6

2.3.2 TEJIDO _____ 7

2.3.3 TRAUMATISMO _____ 7

2.3.3.1 A.-Desgarro Vulvar: _____ 7

2.3.3.2 B.-Desgarro Vaginal: _____ 8

2.3.3.3 C.-Lesiones del cuello uterino: _____ 8

2.3.4 TROMBINA _____ 8

2.3.4.1 Cuadro .1 _____ 10

2.4 LAS CAUSAS PRINCIPALES DE HEMORRAGIA EN EL ALUMBRAMIENTO O POSTPARTO SON: _____ **10**

2.4.1 CAUSAS DE HEMORRAGIA POSTERIOR AL NACIMIENTO _____ 11

2.4.2 DESPUÉS DE LA EXPULSIÓN DE LA PLACENTA. _____ 11

2.5 FACTORES DE RIESGO _____ **11**

2.6 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS _____ **12**

2.7 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS 12

2.8 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL 13

2.9 PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO 13

2.9.1 ELEMENTOS ESENCIALES PARA EL MANEJO 13

2.10 Consideraciones: 13

2.10.1 MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DEL PARTO 14

2.10.2 MANEJO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO 15

2.10.3 SEGUNDO NIVEL DE ATENCION MANEJO INTRAHOSPITALARIO 15

2.10.4 *ATONIA UTERINA O HIPOTONIA UTERINA* 15

2.11 DESGARROS DEL CANAL DEL PARTO 16

2.12 RETENCIÓN DE PLACENTA O DE RESTOS PLACENTARIOS 16

2.12.1 TRATAMIENTO 17

2.13 INVERSIÓN UTERINA 18

2.13.1 TRATAMIENTO 18

2.14 TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN 19

2.14.1 TRATAMIENTO 19

2.15 ROTURA UTERINA 20

2.15.1 TRATAMIENTO 20

2.16 RECOMENDACIONES DESPUÉS DEL ALUMBRAMIENTO Y DEL NACIMIENTO 20

2.17 CASCADA DE COAGULACIÓN 20

2.17.1 TRASTORNOS HEMORRÁGICOS Y TROMBOCITOS 21

2.17.2 TRASTORNOS PLAQUETARIOS 21

2.17.2.1 TROMBOCITOPENIA 21

2.17.2.2 CAUSAS 21

2.17.3 TRASTORNOS DE LA FUNCIÓN PLAQUETARIA 22

2.17.4 TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN SANGUÍNEA 23

2.17.4.1 TRASTORNOS CONGÉNITOS 23

2.17.4.2 TRASTORNOS ADQUIRIDOS 24

2.17.5 ESTADO DE HIPERCOAGULABILIDAD 24

2.18 LA ADOLESCENCIA 25

2.18.1 CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA TEMPRANA 26

2.18.2 CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA TARDÍA 26

2.18.3 LA PUBERTAD 26

2.18.4 LA JUVENTUD 26

2.19 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ADOLESCENCIA. 27

2.20 FACTORES DE RIESGO EN LOS ADOLESCENTES 28

3.- MATERIALES Y MÈTODOS *30*

3.1.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN 30

3.1.2 CONTEXTO DE LA MATERNIDAD MATILDE HIDALGO DE PROCEL 31

3.1.3 PERIODO DE INVESTIGACIÓN 31

3.1.4 RECURSOS A EMPLEAR 31

3.1.4.1 RECURSOS HUMANOS 31

3.1.4.2 RECURSOS FÍSICOS 31
❖ Materiales de información 31
❖ Datos estadísticos 31
❖ Historias clínicas 31
3.1.5 UNIVERSO Y MUESTRA 32
3.1.5.1 UNIVERSO 32
3.1.5.2 MUESTRA 32
3.1.6 MÉTODO 32
3.1.6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN 32
3.1.6.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN 32
3.1.6.3 PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN 32
3.1.7 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES 32
3.1.8 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO 33
3.1.9 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN 33
3.1.10 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN 33
3.1.10.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN 33
3.1.10.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN 34
3.1.11 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES 34
3.1.12 PRESUPUESTO 34

4.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN 34

4.1 CUADRO # 1 34

4.2 CUADRO #2 35

4.3 CUADRO # 3 36

4.4 CUADRO #4 37

4.5 CUADRO #5 39

4.6 CUADRO #6 40

4.7 CUADRO #7 41

4.8 CUADRO #8 42

4.9 CUADRO #9 43

4.10 CUADRO #10 44

4.11 CUADRO # 11 45

5.- CONCLUSIONES y recomendaciones 46

5.1 Conclusión 46

5.2 RECOMENDACIONES 47

CAPITULO VI 48

6.- Bibliografía 48

CAPITULO VII 49

7.- ANEXOS 49

CAPITULO I

1.- INTRODUCCIÓN

El sangrado puede constituir uno de los procesos más graves que afectan a la mujer en su estado puerperal. La cantidad de sangre que puede perder sin alterar su estado hemodinámico es variable, depende de su estado físico y de la velocidad y de la cantidad de sangre perdida La hemorragia post-parto es una de las dificultades más preocupantes que puede darse o presentarse durante el tercer periodo del trabajo de parto o puerperio, hoy en la actualidad llevando a cabo un buen manejo del tercer periodo del trabajo de parto y un buen uso de oxitócicos se logra disminuir el índice de la causa más común de la hemorragia postparto.

La hemorragia postparto es una de las principales y más importantes emergencias obstétricas, siendo la principal causa de ingreso a unidades de cuidados intensivos de las pacientes embarazadas y puérperas recientes

El objetivo de esta revisión es analizar la causa más frecuente de hemorragias postparto, definir los medios con los que cuenta el Hospital Matilde Hidalgo De ProceL para su diagnóstico y eventual prevención, mostrar cuáles son las medidas terapéuticas a nuestro alcance y enfatizar la importancia de la acción multidisciplinaria e idealmente en base a protocolos de acción guiados por el ministerio de salud pública y su manejo ante estos eventos.

Por lo tanto la hemorragia postparto es la descripción de un acontecimiento y no un diagnóstico, por lo que en todos los casos debemos encontrar la etiología específica para establecer un tratamiento específico. La falta de dicho diagnóstico puede dar lugar a demoras y complicaciones ocasionalmente desastrosas, por ello en este tema describiremos una de las causas más común de esta esta complicación

En los últimos años se ha incrementado el índice de adolescente con vida sexual activa lo cual establece una situación de riesgo social, biológico y socioeconómico en al campo donde se encuentra esta maternidad por ser una de las entidades de salud que acoge un gran número de adolescentes de bajos recursos dentro de nuestra ciudad.

Debido la importancia que presenta esta complicación es de mucha importancia de aquellas mujeres con partos vaginales y de alto riesgo se les efectúa una adecuada profilaxis de tal modo que la perdida hemática sea menor, sobre todo en aquellas pacientes que cursen con alteraciones hematológicas y que en el momento del parto la hemoglobina tenga valores inferiores a 10.5 gr/dl ya que según la organización mundial de la salud (OMS) las considera como pacientes anémicas.

Entre las gestantes que día a día asisten a este centro hospitalario podemos constatar primigestas y multíparas de diferentes edades haciéndose más evidente la presencia de embarazo en adolescentes que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica en la familia parental

1.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las medidas efectivas durante el manejo activo de la tercera etapa de la labor del parto para la prevención de la hemorragia postparto en adolescentes entre los 14-19 años de edad.

¿Qué factores de riesgo dan como consecuencia una hemorragia post-parto en adolescentes embarazadas?

¿Cuáles serían las características clínica principales que nos conllevarían al diagnóstico de una hemorragia post-parto?

¿Qué tipo de complicaciones se presentarían si no se realiza un correcto manejo activo de la tercera etapa de la labor del parto?

La hemorragia postparto es un problema de salud pública que repercute directamente en la sociedad debido a su alto índice de morbimortalidad materna. la hemorragia post-parto se debe principalmente a atonía uterina , lo cual representa un punto de consideración en la atención materna durante el parto , para la cual se han establecidos protocolos los cuales han demostrado su efectividad en la prevención de la hemorragia post-parto como lo es el “ MANEJO ACTIVO DE L TERCER PERIODO DE TRABAJO DE PARTO” constituido por 3 aspecto : uso preventivo de medicamento que aumentan el tono uterino posterior al nacimiento del producto , pinzamiento y cortes tempranos del cordón umbilical y la retracción controlada del

mismo hasta el alumbramiento completo de estos 3 aspectos ,el uso de medicamentos que aumentan el tono uterino como lo son: oxitocina, carbetocina, alcaloides del cornezuelo del centeno y prostaglandinas, es el punto de mayor impacto y que mayor beneficio tienen en la prevención de la hemorragia posparto. Hasta el momento el uso de oxitocina es el más utilizado, más estudiado, más conocido. El riesgo de morir por hemorragia pos-parto no depende únicamente por la pérdida de sangre también resulta de gran importancia el estado de salud previo; la pobreza, el bajo peso materno, la falta de control sobre la salud reproductiva, son situaciones favorecedoras. La solución a la mayoría de las muertes maternas causadas por Hemorragia Postparto sería la prevención, asegurando en los períodos pre-concepcional y prenatal una mujer saludable y al mismo tiempo, garantizando un manejo calificado del embarazo y el parto, contribuyendo a uno de los objetivos del milenio como es "Reducir un 75% la tasa de mortalidad materna. Este estudio pretendió brindar mejores datos locales sobre la incidencia de Hemorragia Postparto en mujeres adolescentes en el ecuador. En marzo pasado, en entrevista con el diario oficial "El Telégrafo" se afirmó que un 60 % de muertes maternas se relaciona con hemorragia posparto y enfermedades hipertensivas y que el 30 % se da porque no pudieron llegar a tiempo a un hospital.

1.2 FORMULACION DE OBJETIVOS

1.3 OBJETIVOS GENERALES

Determinar la causa frecuente de la hemorragia postparto adolescente.

1.4 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las medidas efectivas preventivas de hemorragia postparto.
2. Identificar los factores de riesgos asociados a una mayor incidencia de hemorragia postparto en adolescentes.
3. Identificar los signos y síntomas que permiten el diagnóstico de hemorragia postparto.
4. Describir una secuencia ordenada de intervenciones eficaces para el manejo de la hemorragia postparto.

1.5 HIPOTESIS

La incidencia de complicaciones de hemorragias post-parto aumenta significativamente si no hay un buen control de prevención del embarazo adolescente.

1.6 VARIABLES

1.6.1 VARIABLES DEPENDIENTE

Las Complicaciones de las hemorragias post-parto

1.6.2 VARIABLES INDEPENDIENTES

Mujeres adolescentes embarazadas

1.6.3 VARIABLES INTERVINIENTES

- Edad
- Antecedentes gineco-obstétricos
- Atención del parto
- Índice de perdidas hemática postparto
- Procedimiento realizado y lesión durante el parto
- Causa de hemorragia post-parto
- Complicaciones durante el embarazo
- Manejo durante la hemorragia postparto
- Manejo del trabajo de parto
- Procedimientos realizados para detener la hemorragia postparto
- Transfusiones sanguíneas postparto

CAPÍTULO II

2.- MARCO TEÓRICO

La hemorragia post-parto es la complicación más importante del tercer y cuarto periodo del parto precisando de diagnóstico y tratamiento rápidos en su atención.

La pérdida sanguínea normal tras el parto, es muy variable dependiendo de la vía del mismo: vaginal p cesárea (aproximadamente 500-1000 ml aproximadamente). Esta definición clásica presenta el inconveniente de la subjetividad del clínico, quien tiende a subestimar estas cifras (Obstetricia Fundamentos de SEGO Pag.737)

2.1.1 HEMORRAGIA POSTPARTO PRIMARIA INMEDIATA

La HPP primaria o inmediata es aquella que se produce dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto. Aproximadamente, el 70% de los casos de HPP inmediata se produce debido a atonía uterina. Se define como atonía del útero a la incapacidad del útero para contraerse adecuadamente después del nacimiento del producto.

La clásica definición de hemorragia postparto precoz, como perdida sanguínea mayor a 500ml en las primeras 24 horas, es muy ambigua, por lo que es más frecuente basar el diagnostico en: la clínica (aparición de signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica o necesidad de transfusión sanguínea) e los datos analíticos (descenso del 10% o más del hematocrito entre una determinación realizada a la admisión y el periodo postparto.

2.1.2 HEMORRAGIA POSTPARTO SECUNDARIA

La HPP secundaria o tardía se produce entre las 24 horas y seis semanas postparto. La mayoría de los casos de HPP tardía se debe a la retención de productos de la concepción, infección o ambas. Su incidencia y la cuantía de la pérdida sanguínea son menores de la que se presenta de forma temprana (Prevención Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Postparto. Guía de Practica 2013 Pág. 14).

2.2 FISIOLOGÍA

Se calcula que al menos 600ml/ min de sangre fluyen a través del espacio intravelloso cerca del embarazo a término. Este flujo circula por las arterias espirales y las venas que las acompañan. Con la separación de la placenta, estos vasos se desprenden. Se logra la hemostasia en el sito de la placenta primero mediante la contracción del miometrio, que comprime los vasos sanguíneos, y luego mediante la coagulación y obliteración de la luz de los vasos. Por lo tanto, las porciones adheridas de la placenta o los grandes coágulos de sangre que evitan la contracción efectiva del miometrio pueden dificultar la hemostasia en el sitio de implantación.

La atonía uterina puede producir una hemorragia postparto fatal a pesar de una coagulación normal; a la inversa, si el miometrio dentro y en el área contigua al sitio de implantación denudado se contrae vigorosamente, es poco probable que se produzca una hemorragia fatal en el sitio de implantación de la placenta, incluso en circunstancias en las que la coagulación quede estar gravemente disminuida.

2.3 ETIOLOGÍA

Los profesionales de salud deben recordar que la causa más común de hemorragia posparto es la atonía uterina.

Mala asistencia al alumbramiento.

Placenta succenturiada (lóbulos aberrantes).

La hemorragia del embarazo, parto o puerperio puede ocurrir por la alteración de uno más de estos procesos; se pueden denominar como las 4 T : (GUIA DE HEMORRAGIA POSTPARTO PAG. 13)

- Tono (pobre contracción uterina después del parto),
- Tejidos (retención de productos de la concepción o coágulos
- Trauma (en el tracto genital).
- Trombina (defectos en la coagulación).

2.3.1 TONO

Atonía Uterina Es la pérdida del tono de la musculatura del útero y un consecuente retraso en la involución del útero. Por lo general, las contracciones del miometrio comprimen los vasos sanguíneos desgarrados durante el parto, reduciendo el flujo sanguíneo en la pared uterina, una carencia de contracciones uterinas post parto pueden causar una hemorragia obstétrica. Es la causa más frecuente de hemorragia post parto, estimándose en un 50%de las hemorragias post parto y un 4% de muerte

materna. Algunos de los factores que predisponen a una pérdida del tono de la musculatura uterina incluyen, sobre distensión uterina por embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomia fetal, placenta previa, parto prolongado, multiparidad, preeclampsia, corioamnionitis y miomas.

2.3.2 TEJIDO

Retención Placentaria Definida como la no expulsión completa de la placenta dentro de los 30 minutos que suceden a la expulsión del producto. La cavidad uterina ocupada por la placenta no logra contraerse eficazmente por lo que el sangrado continúa. - 12 - Con poca frecuencia el desprendimiento placentario se retrasa porque la placenta puede presentar una adherencia extraordinaria al sitio de implantación con deciduas escasas o nulas, de modo que la falta de la línea fisiológica de división a través de la capa esponjosa decidual da como consecuencia presentaciones anormales.

Placenta acreta: Casi todas las vellosidades coriónicas penetran a través de la decidua (invaden miometrio).

- Placenta increta: Penetración a través del miometrio.
- Placenta percreta: Puede incluir todos los cotiledones (placenta percreta total), algunos cotiledones (placenta percreta parcial), un solo cotiledón (placenta percreta focal).

2.3.3 TRAUMATISMO

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

A. Desgarro vulvares
B. Desgarros vaginales
C. Lesiones de cuello y cuerpo
D. Desgarro perianales

2.3.3.1 A.-Desgarro Vulvar:

Los desgarros de la vulva con frecuencia la continuidad de los desgarros de la vagina y periné. Los desgarros que afectan a la zona del clítoris son particularmente sangrantes, pudiéndose producir hematomas.

2.3.3.2 B.-Desgarro Vaginal:

Los desgarros aislados que afectan el tercio medio o superior de la vagina pero que no se relacionan con desgarros del periné o del cuello del útero se observa con menor frecuencia. Estos generalmente son longitudinales y suelen depender de lesiones sufridas, durante un parto con por fórceps o al vacío, pero puede aparecer incluso en parto espontaneo. Estos desgarros suelen extenderse hasta planos profundos hacia los tejidos subyacentes, y pueden dar lugar a hemorragias importantes, que por lo general se controla por medio de la colocación apropiada de puntos de sutura. Los desgarros de la pared vaginal anterior en estrecha proximidad a la uretra son relativamente frecuentes. A menudo son superficiales con poca hemorragia o ninguna, y por lo general, no está indicado repararlos. Si esos desgarros son lo suficientemente grandes como para que exijan reparación extensa, pueden anticiparse dificultades para orinar y se le coloca una sonda de permanencia.

2.3.3.3 C.-Lesiones del cuello uterino:

El cuello del útero se desgarra en más de la mitad de los partos vaginales. Casi todos estos son de menos de 0.5cm. Los desgarros profundos del cuello uterino pueden extenderse hasta el tercio superior de la vagina. Sin embargo en raras circunstancias puede haber avulsión completa o parcial del cuello del útero, desde la vagina, colporexis en los fondos de saco anterior, posterior o lateral. Esas lesiones aparecen después de las rotaciones con fórceps difíciles o de partos efectuados a través de un cuello uterino no dilatado por completo. Rara vez los desgarros cervicouterinos pueden extenderse para afectar el segmento uterino inferior y la arteria uterina y sus principales ramas, incluso a través del peritoneo. Los desgarros del cuello uterino de hasta 2cm deben considerarse inevitables en el parto. Esos desgarros cicatrizan con rapidez y rara vez son la fuente de alguna dificultad. Al cicatrizar causan un cambio importante de la forma redonda del orificio externo, desde circular antes del trabajo de parto hacia apreciablemente ensanchada después del parto.

2.3.4 TROMBINA

Indicadores del déficit de trombina son:

- La falta de respuesta al tratamiento usual de la hemorragia post parto.

- Ausencia de formación de coágulos.
- Exudado desde el sitio de venopunción.

Sus causas son: hemofilia, hipo fibrinogenemia, enfermedad de Von Willebrand, púrpura trombocitopénica idiomática, preclampsia con Síndrome HELLP, CID, embolismo de líquido amniótico, muerte intrauterina, abruptoplacentae, sepsis, coagulopatíadilucional, anticoagulación. Los accidentes hemorrágicos por estas causas se presentan como culminación de una serie de procesos obstétricos sumamente variados, que tienen en común un período final de sangre que no coagula y que al no ser tratada de forma conveniente, la mayoría de las veces tiene evolución fatal.

2.3.4.1 Cuadro .1

Tabla 1. Factores de riesgo de la hemorragia postparto.

	Proceso etiológico	Factores de riesgo
"TONO" (atonía uterina)	Utero sobredistendido	• Polihidramnios • Gestación múltiple • Macrosomía
	Cansancio del músculo uterino	• Parto rápido • Parto prolongado • Alta paridad
	Infección intramniótica	• Fiebre • Rotura prematura de membranas prolongada
	Alteración anatómica o funcional del útero	• Miomas • Placenta previa • Anomalías uterinas
"TEJIDO" (retención de productos)	Placentario	• Expulsión incompleta de la placenta • Cirugía uterina previa • Paridad alta • Placenta anómala
	Coágulos	• Utero atónico
"TRAUMA" (lesión del canal genital)	Desgarro en canal blando	• Parto precipitado • Parto operatorio
	Desgarro en cesárea	• Malposición • Gran encajamiento
	Rotura uterina	• Cirugía uterina previa
	Inversión uterina	• Gran paridad • Placenta fúndica
"TROMBINA" (alteraciones de la coagulación)	Previas: hemofilia A, enfermedad de von Willebrand	• Coagulopatías • Hepatopatías
	Adquirida del embarazo: plaquetopenia de la preeclampsia, PTI, CID (preeclampsia, muerte intraútero, infección severa, desprendimiento prematuro de placenta, embolia de líquido amniótico)	• Sangrado con el rasurado • Muerte fetal • Fiebre, leucocitosis • Hemorragia anteparto • Inestabilidad aguda
	Anticoagulación terapéutica	Estudio de coagulación

Fundamentos de Obstetricia (SEGO) pág.738 (2007)

2.4 LAS CAUSAS PRINCIPALES DE HEMORRAGIA EN EL ALUMBRAMIENTO O POSTPARTO SON:

2.4.1 CAUSAS DE HEMORRAGIA POSTERIOR AL NACIMIENTO

- Antes de la expulsión de la placenta retención parcial o tardía de la placenta (más común en partos domiciliarios)
- Anillos de contracción
- Inserción anormal de la placenta acreta,increta ,percreta y placenta succenturiata.
- Laceraciones del útero y del canal del parto (desgarros uterinos, roturauterina, desgarros cervicales, desgarros vaginales y perianales

2.4.2 DESPUÉS DE LA EXPULSIÓN DE LA PLACENTA.

- Atonía uterina, (la causa más común en unidades de salud)
- Retención de restos placentarios o membranas.
- Laceraciones del canal del parto.
- CoaguloPatía materna.
- Rotura uterina.
- Inversión uterina

2.5 FACTORES DE RIESGO

Todas las instituciones que asisten partos deben estar preparadas para la eventualidad de una emergencia durante el parto y sus posibles complicaciones.

Pueden emplearse diferentes enfoques de prevención y manejo, según el ámbito de atención y la disponibilidad de insumos y personal especializado en la atención de partos. Entre los factores asociados al trabajo de parto y ante-parto que inciden en una mayor pérdida de sangre, se encuentran la episiotomía, la cesárea y el trabajo de parto prolongado. Las mujeres anémicas son más vulnerables a una pérdida de sangre en cantidad moderada.

Si bien se han descrito una serie de factores de riesgo identificables, en muchos casos, una hemorragia posparto puede ocurrir en mujeres sin factores de riesgo clínicos identificables o presentes en su historial. Basar la conducta clínica en la evaluación de los riesgos puede conducir a que las mujeres consideradas de alto riesgo sean sometidas a un manejo innecesario, lo que no sería ventajoso ni para ellas ni para los sistemas de salud. Se recomienda por tanto que los profesionales estén preparados para manejar una hemorragia posparto en la atención de cada parto y que

se instauren medidas profilácticas como el manejo activo de la tercera etapa del parto en todas las mujeres.

2.6 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Las patologías asociadas a las hemorragiaspost-parto guardan relación directa con los trastornos de la contractibilidad uterina, lesiones uterinas y del canal del parto provocados por el nacimiento o procedimiento quirúrgico y los secundarios a iatrogenias. Entre las principales causas señalar la hipotonía uterina, atonía uterina, la retención placentaria, la rotura uterina, los desgarros cervicales, vaginales, perianales y la inversión uterina.

La hemorragia postparto puede presentarse o puede comenzar antes o después de la separación de la placenta. En lugar de una hemorragia determinado puede parecer solo moderado, pero si persiste causa hipovolemia grave. En especial con la hemorragia después del alumbramiento, la pérdida constante pude constituir una hemorragia muy constante.

Los efectos de la hemorragia dependen en gran medida del volumen sanguíneo en ausencia de embarazo y de la magnitud correspondiente de hipovolemia inducida por el embarazo.

Un dato engañoso de la hemorragia postparto es que el pulso y la presión arterial se alteran muy poco en tanto no se han perdido cantidades grandes de sangre. En un inicio, la mujer normo-tensa en realidad podría tener cierto grado de hipertensión en respuesta a la hemorragia.

Por otra parte, la mujer que ya es hipertensa puede considerarse como normo-tensa aunque presente hipovolemia notoria. Por consiguiente en algunas ocasiones la hipovolemia no se identifica sino hasta que ya es demasiado tarde (Williams Obstetricia 23 edición Pag.760)

2.7 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Biometría hemática completa (grupo sanguíneo y factor RH)
- Tiempos de sangría.
- Tiempos de coagulación.
- Tiempos parciales de tromboplastina.
- Tiempo de protrombina.

- Recuento plaquetario.
- Glicemia.
- Creatinina.

2.8 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Miomas
- Rotura de viscera abdominal
- Pólipos
- Varices

2.9 PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

El tratamiento con oxitocina y el masajeo uterino son las primeras acciones orientadas pera el control de la hemorragia postparto. Si el manejo falla el personal médico debe de estar preparado para realizar un procedimiento quirúrgico de inmediato si se considera necesario y ser capaces de practicar masaje uterino externo, extracción manual de la placenta, sutura de canal del parto, practica de legrado uterino, ligadura de arteria uterina y uteroovarica, histerectomía total o subtotal abdominal, sobre todo en los casos de atonía, rotura uterina, placenta acreta, o presencia de miomas uterinos.

2.9.1 ELEMENTOS ESENCIALES PARA EL MANEJO

1. Identificar el origen del sangrado.
2. Estabilizar hemodinámicamente a fin de prevenir o trata el shock
3. Controlar el sangrado del canal del parto
4. Estimular la contracción uterina y la remoción de la placenta o restos placentarios

2.10 CONSIDERACIONES:

La cuantificación de la pérdida de sangre es notoriamente subestimada, a menudo la mitad de la pérdida real. La sangre se presenta mesclada con el líquido amniótico y con la orina. Se dispersa en esponjas, toallas y artículos de tela en los baldes y el piso.

El sangrado puede producirse a un ritmo lento durante varias horas, y puede que la afección no se detecte hasta que la mujer entre repentinamente en shock.

La evaluación de los riesgos en la etapa prenatal no permite detectar con eficacia que mujeres sufran la hemorragia post-parto.

Se sugiere que cualquier perdida sanguínea que tenga el potencial de producir inestabilidad hemodinámica, puede considerarse como una hemorragia post-parto .su repercusión está determinada por las condiciones físicas de la parturienta, una mujer con un nivel de hemoglobina normal, tolera una perdida hemática que probablemente puede ser mortal para una mujer con anemia considerable **(Normas y protocolos de la atención de las complicaciones obstétricas pág. 272)**

2.10.1 MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DEL PARTO

Todas la mujeres independientemente del lugar de atención ya sea en domicilio o en una unidad de salud de primero o segundo nivel de atención y que presenten o no condiciones que propicien hemorragia postparto en el segundo nivel de atención, deben recibir atención que incluya manejo activo del tercer periodo del parto.

El manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) en todas las mujeres reduce el riesgo de HPP en un 66% reduce los casos de anemias postparto y la necesidad de transfusiones sanguíneas.

Administrar inmediatamente 10 UI de Oxitocinaintramuscular dentro del primer minuto en el momento de la expulsión del hombro anterior o 5 UI intravenoso administradas lentamente, es el agente de elección para el manejo activo de la tercera etapa del parto o misoprostol 600 mcg V.O es menos afectivo que oxitocina, pero puede utilizarse en caso que oxitocina no esté disponible a su administración no sea posible.

Pinzamiento y del sección del cordón umbilical a los 3 minutos del nacimiento.

Tensión controlada del cordón umbilical acompañado e masajeo uterino.
Continuar masaje uterino a fin de propiciar la expulsión de la placenta y la formación del globo de seguridad de pinard.
Si no hay oxitocina disponible, se puede usar 600 mcg de misoprostol por vía oral. Otros uterotónicos como: 0,2 mg IM de ergometrina o metilergometrina; sintometrina (una combinación de 5 UI de oxitocina y 0,5 mg de ergometrina en ampollas IM) deben evitarse en mujeres con enfermedad cardíaca, preeclampsia, eclampsia o presión arterial alta.

Las mujeres embarazadas pueden sufrir una pérdida de sangre en el momento del parto, susceptible de poner en riesgo su vida. si bien la mayoría de las HPP no presentan factores de riesgo identificables, la mayoría de HPP puede prevenirse con el manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP).

En muchos casos países en desarrollo todavía se utiliza el manejo expectante de la tercera etapa del parto en la mayoría de partos que ocurren en el hogar. Sin embargo, muchos estudios que compararon el manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto, demostraron claramente que, cuando se aplicó el manejo activo, la incidencia de hemorragia postparto (HPP) fue significativamente inferior (5,5% con manejo de la tercera etapa del parto (MATEP) vs. 17,9% con manejo expectante; y 6,8% con manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) vs. 16,5 % sin manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP). (Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto: Guía de práctica clínica 2013 Pag.18).

2.10.2 MANEJO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

cuando durante la atención del parto se presente hemorragia acompañada de signos y síntomas que establecen el diagnostico de atonía uterina, desgarros del canal del parto , retención total o parcial de placenta , inversión uterina, rotura uterina , hemorragia tardía postparto, debe estabilizarse y brindar atención a la paciente independientemente del sitio donde se presente la complicación obstétrica y posteriormente brindar condiciones para el traslado de la unidad de ,mayor capacidad resolutiva en los casos que se requiera (rotura uterina e inversión, acretismo placentario ,ect)

- Canalice con catéter n° 16 o una de mayor calibre con solución salina 0.9 % 1000 ml o solución Hartman a 60 gotas por minuto.
- Si existe indicación para administrar utilicé oxitocina 20 UI diluidas en 1000 ml de solución salina al 0.9 % o ringer IV a 60 gotas por minuto

2.10.3 SEGUNDO NIVEL DE ATENCION MANEJO INTRAHOSPITALARIO

2.10.4 *ATONIA UTERINA O HIPOTONIA UTERINA*

- Realice masaje uterino externo de forma continua

- Verifique que la placenta y sus anexos fueron expulsados o se extrajeron completamente.
- Administre oxitocina 20 UI diluidas en 1000 ml de solución salina al 0.9 % o ringer IV a 60 gotas por minuto, modifique según respuesta.
- Si pasados 5 minutos el sangrado y atonía o la hipotonía uterina no cede, practique determinación de hematocrito y hemoglobina de urgencia, tome muestras de sangre y prepare para hacer pruebas cruzadas y transfundir sangre total o paquete globular si es necesario.

2.11 DESGARROS DEL CANAL DEL PARTO

Constituyen la segunda causa de hemorragia postparto. Suelen estar relacionados con partos instrumentales que lesionan el canal blando del parto, aunque pueden aparecer también en partos espontáneos muy rápidos, por macrosomía fetal o prolongación de episiotomía.

El sangrado suele ser de menor cuantía, pero constante, de sangre más roja y puede comenzar desde la expulsión del feto y antes del alumbramiento de la placenta, o tras el alumbramiento, con el que aunque el útero se contraiga persiste el sangrado.

Las laceraciones profundas pueden provocar la formación de un hematoma, a veces no palpable si se localiza sobre el diafragma urogenital, por lo que en este caso debe sospecharse ante la presencia de dolor pélvico acompañado de signos y síntomas de shock.

Deben diagnosticarse y tratarse rápidamente, por lo que sería conveniente realizar revisión del canal del parto y de forma sistemática en caso de partos instrumentales, reparando los desgarros mediante suturas que comiencen por encima del vértice del mismo, para asegurar la hemostasia de las arteriolas retráctiles.

Los hematomas más frecuentes son los vulvo-vaginales, que en caso de ser de tamaño menor de 4 cm y mantenerse estables, pueden ser tratados mediante taponamiento vaginal, hielo local y observación, pero cuando son de mayor tamaño o en expansión, debe realizarse drenaje y hemostasia quirúrgica.

2.12 RETENCIÓN DE PLACENTA O DE RESTOS PLACENTARIOS

La ausencia de alumbramiento de la placenta tras un tiempo de 15-30 minutos (incidencia de 1-2%) puede deberse a:

–Incarceración de la placenta desprendida que permanece en cavidad uterina o parcialmente en vagina (en reloj de arena) por espasmo del istmo uterino.
– Retención placentaria por debilidad de las contracciones uterinas o adherencia patológica de la placenta (acretismo placentario). En ésta última situación patológica, la placenta se adhiere directamente al miometrio sin una capa de decidua basal interpuesta. Se diferencian tres grados según la profundidad alcanzada por las vellosidades:

- Ácreta: llegan al miometrio.
- Íncreta: invaden el miometrio.
- Pércreta: perforan la pared uterina.

La más frecuente es la primera forma (aproximadamente 1/2500 partos) y habitualmente suele presentarse de forma focal o parcial, siendo más rara la forma total.

Los factores predisponentes son: multiparidad, legrado puerperal previo, histerotomía por cesárea anterior o de otra causa y placenta previa, por lo que el aumento de la cirugía uterina parece estar relacionado con el incremento progresivo de esta patología.

Los restos placentarios retenidos tras la salida de la mayor parte de la placenta son otra causa de sangrado, ya que impiden la correcta contracción del útero. La retención de restos placentarios puede ocurrir en cualquier parto, por lo que es obligatoria la revisión sistemática de la placenta tras el alumbramiento para comprobar la total integridad de éstas y sus membranas. Sin embargo, es más frecuente cuando existen patologías placentarias, como es el caso de la placenta succenturiata, en la cual es posible que el cotiledón aberrante permanezca en el interior del útero tras el alumbramiento de la porción principal de la placenta.

En caso de duda, podemos recurrir a la ecografía abdominal simple o con doppler color, en donde fácilmente comprobaremos si el útero está vacío, o bien si permanece tejido placentario o membranas

2.12.1 TRATAMIENTO

En caso de que la placenta esté desprendida e incarcerada debe realizarse sondaje vesical y cese de la estimulación uterina. La maniobra de Credé aunque algunos

autores no la recomiendan por sus posibles complicaciones, en casos seleccionados puede expulsar la placenta, pero hay que tener en cuenta no realizarla vigorosa ni repetidamente.

Cuando la placenta no se ha desprendido, algunos autores preconizan como primer paso, la utilización de oxitócicos intravenosos o en el cordón umbilical.

En caso de no conseguir la expulsión de la placenta, debe realizarse alumbramiento manual bajo anestesia. Si el plano de clivaje no es completo puede tratarse de un acretismo parcial, que precisará de un legrado uterino posterior con legra roma de Pinard. Si no se halla plano de clivaje, se diagnosticará acretismo completo y la conducta terapéutica será la histerectomía.

2.13 INVERSIÓN UTERINA

El prolapso del fondo uterino a través del cérvix, exponiendo la cavidad endometrial, es una complicación rara (1/5000 partos) pudiendo presentarse de forma completa o más frecuentemente de forma parcial.

Los factores de riesgo incluyen: macrosomía fetal, placentación fúndica, anomalías uterinas, uso de oxitocina, primiparidad, atonía uterina y maniobras con tracción del cordón en el tercer periodo del parto, aunque en algunos casos, ocurre espontáneamente.

La presencia, junto a la hemorragia, de una masa haciendo protrusión en introito, vagina o en cérvix, junto a dolor y signos o síntomas de shock excesivos para la cantidad de sangrado, son diagnósticos.

2.13.1 TRATAMIENTO

La inversión uterina requiere inmediata reposición con la maniobra de Harris: se realiza presión con tres o cuatro dedos sobre el fondo, en sentido craneal. Es importante empujar hacia arriba sólo en el centro del fondo.

Si este procedimiento se lleva a cabo con rapidez, antes de que se haya formado el anillo de constricción, no requiere anestesia. Si la reposición del fundus no logra la reducción, se debe emplear la maniobra de Johnson que consiste en colocar los dedos dirigidos al fondo de saco posterior, recolocarel útero por encima de la pelvis sosteniéndolo en la cavidad abdominal por encima del ombligo. Se debe mantener

esta posición de 3 a 5 min. Precisando a veces de relajantes uterinos (sulfato de magnesio, agentes anestésicos halogenados, etc.) y de anestesia general, seguido de masaje uterino y perfusión intravenosa de oxitocina. No debe realizarse el alumbramiento de la placenta si ésta no se ha desprendido antes de haber completado la reposición del útero. El tratamiento quirúrgico es excepcional que tenga que utilizarse.

2.14 TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN

La coagulación es un complejo proceso bioquímico, con dos vías la extrínseca y la intrínseca (Figura 10). Existe un delicado equilibrio entre a la coagulación y la anticoagulación, que puede ser alterado con cierta facilidad en el puerperio, bien en un sentido (hemorragias) como en otro (trombosis). En este capítulo sólo nos ocupamos de los trastornos de la coagulación que conducen hacia la producción de hemorragias.

Las coagulopatías hemorrágicas pueden ser: congénitas, habitualmente ya diagnosticadas con anterioridad al parto, y adquiridas, por diversos procesos: desprendimiento prematuro de placenta, preeclampsia, feto muerto, sepsis, embolismo de líquido amniótico, etc. que pueden provocar una coagulación intravascular diseminada (CID), pero hay que tener en cuenta que una hemorragia postparto grave o mantenida puede provocar también una coagulopatíade consumo (agotamiento de los factores de coagulación que se diagnosticará por las pruebas de laboratorio, junto a la clínica de hemorragia incoercible y en otras regiones (zonas de punción, declives, etc.).

2.14.1 TRATAMIENTO

El éxito del tratamiento de la hemorragia postparto está relacionado con la rapidez en el diagnóstico y en la instauración de la conducta adecuada. La coagulopatía de consumo debe corregirse mediante la reposición de los productos sanguíneos, plasma y crioprecipitados necesarios, y al mismo tiempo debe actuarse sobre la causa etiológica que la ocasionó, dado que si no actuamos así todo lo que aportemos a la paciente volverá perderse.

Como última aportación al tratamiento de las hemorragias graves, se encuentra el factor VIIa recombinante, que actúa formando complejos con el factor tisular, favorece la hemostasia en los lugares de lesión vascular mediante la generación de

grandes cantidades de trombina, activa las plaquetas y estimula la formación de tapones de fibrina. Se considera tratamiento de rescate en el manejo de pacientes con hemorragia severa cuando fracasan las medidas convencionales.

2.15 ROTURA UTERINA

Es una causa de hemorragia postparto .La rotura del útero gestante se define como una solución de continuidad patológica de la pared uterina, que se manifiesta por la presencia de una brecha, situada con mayor frecuencia en el segmento inferior.

La rotura uterina completa o catastrófica se considera la complicación obstétrica más grave debido a su alta morbi- mortalidad materna y fetal, aunque el diagnóstico y tratamiento precoces junto con las medidas de soporte han reducido de forma importante la mortalidad materna.

2.15.1 TRATAMIENTO

El tratamiento debe ser individualizado según la causa de la rotura. Una vez establecido el diagnóstico, incluso ante la sospecha de rotura uterina (síntomas y signos premonitores) se realizará una laparotomía inmediata, ya que el tiempo en este cuadro es esencial para el pronóstico. El tratamiento básico será quirúrgico pero además se deben incluir las medidas de soporte para prevenir o tratar el shock asociado (sueroterapia, expansores del plasma, transfusión) y la profilaxis antibiótica para prevenir la infección.**Fundamentos de Obstetricia (SEGO) pag (741-743)**

2.16 RECOMENDACIONES DESPUÉS DEL ALUMBRAMIENTO Y DEL NACIMIENTO

Observación constante de la mujer verificando la cantidad de sangre pérdida, altura y contracción del útero presión arterial y pulso.

Recomendar a la mujer que orine para mantener la vejiga bacía.

Explicar a la paciente sobre la estimulación mediante la succión del neonato y a que ayudara a que se produzca la liberación de oxitocina natural del cuerpo de la madre ayudando a acelerar la involuciona uterina por el estímulo de la oxitocina que estimula el miometrio.

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

2.17 CASCADA DE COAGULACIÓN

2.17.1 TRASTORNOS HEMORRÁGICOS Y TROMBOCITOS

Una hemorragia puede ser el resultado de anormalidades en las plaquetas, los vasos sanguíneos o la coagulación. Los trastornos de las plaquetas producen lesiones cutáneas petequiales y purpúricas, así como hemorragia en las superficies mucosas. Una coagulación defectuosa causa equimosis, hematomas, hemorragias en mucosas y en algunos trastornos hemorragias recurrentes articulares.

2.17.2 TRASTORNOS PLAQUETARIOS

2.17.2.1 TROMBOCITOPENIA

El recuento plaquetario normal es de 150 000 a 350 000/µl. La trombocitopenia se define como un recuento plaquetario menor de 100 000/µl. El tiempo de hemorragia, una medición de la función plaquetaria, se prolonga si el recuento plaquetario es < 100 000/µl; una lesión o una intervención quirúrgica puede causar una mayor hemorragia. La hemorragia espontánea es infrecuente con un recuento < 20 000/µl; una cantidad de plaquetas menor de 10 000/µl se asocia con hemorragia grave. El examen de la médula ósea muestra un aumento en la cantidad de megacariocitos en trastornos relacionados con la destrucción acelerada de plaquetas; y una disminución en los trastornos de la producción de plaquetas.

2.17.2.2 CAUSAS

Defectos en la producción, como en la lesión de médula ósea (p. ej., fármacos, radiación), insuficiencia medular (p. ej., anemia aplásica), invasión medular (p. ej., carcinoma, leucemia, fibrosis); 2) secuestro a causa de esplenomegalia; 3) destrucción acelerada; cuyas causas incluyen:

• Fármacos, como antineoplásicos, tiazidas, etanol, estrógenos, sulfonamidas, quinidina, quinina, metildopa.

• Trombocitopenia inducida por heparina, que se observa en el 5% de los pacientes que reciben tratamiento más de cinco días y se debe a la agregación plaquetaria in vivo, a menudo por anticuerpos contra el factor plaquetario 4. Puede haber trombosis arterial y ocasionalmente venosa. A pesar de la cifra baja de plaquetas, la trombocitopenia

Inducida por heparina (TIH) es un estado de hipercoagulabilidad.

• Destrucción autoinmunitaria por acción de anticuerpos; puede ser idiopática o relacionada con lupus eritematoso sistémico (SLE), linfoma, VIH.

• La púrpura trombocitopénica idiopática (ITP) tiene dos formas: un trastorno agudo en la infancia que se resuelve espontáneamente y no requiere tratamiento específico,

y un trastorno crónico en adultos (sobre todo mujeres de 20 a 40 años). La ITP crónica puede ser debida a autoanticuerpos contra complejos de glucoproteínas IIb-IIIa o Ib-IX.

• Coagulación intravascular diseminada (DIC). Hay consumo de plaquetas y de factores de coagulación [tiempo de protrombina (PT) prolongado, tiempo de tromboplastina parcial (PTT) y estimulación de fibrinólisis [generación de productos de la degradación de la fi brina (FSP)]. El frotis sanguíneo muestra hemólisis microangiopática (esquistocitos). Las causas incluyen infección (en especial meningocócica, neumocócica, bacteriemias gramnegativas), quemaduras extensas, traumatismo, trombosis; hemangioma gigante, feto muerto retenido, golpe de calor, reacción transfusional por incompatibilidad, carcinoma metastásico, leucemia promielocítica aguda

• Púrpura trombocitopénica trombótica (TTP). Es un trastorno infrecuente caracterizado por anemia hemolítica microangiopática, fiebre, trombocitopenia, insuficiencia renal (hematuria o ambas) y disfunción neurológica causada por la falta de división normal del factor de von Willebrand (vWF)

• Hemorragia con importante soporte transfusional

2.17.2.2.1 Seudotrombocitopenia

Producida por la aglomeración plaquetaria secundaria a la obtención de sangre con EDTA (0.3% de los pacientes). El examen del frotis sanguíneo establece el diagnóstico.

2.17.2.2.2 Trombocitosis

Es el recuento plaquetario >350 000/µl. Puede ser primaria (trombocitosis esencial,o secundaria (reactiva); esta última secundaria a hemorragia grave, deficiencia de hierro, intervención quirúrgica, esplenectomía (transitoria), neoplasias malignas, (sobre todo linfoma de Hodgkin, policitemia vera), enfermedades inflamatorias crónicas (p. ej., enfermedad inflamatoria intestinal), recuperación de una infección aguda, deficiencia de vitamina B12, fármacos (p. ej., vincristina, epinefrina). La trombocitosis de rebote puede ocurrir en la recuperación medular tras agentes citotóxicos, alcohol, o reposición de vitamina B12. La trombocitosis primaria se puede complicar con hemorragia y/o trombosis; muy pocas veces, la trombocitosis secundaria causa problemas hemostáticos.

2.17.3 TRASTORNOS DE LA FUNCIÓN PLAQUETARIA

Se sugieren por el hallazgo de una prolongación en el tiempo de hemorragia con cifra normal de plaquetas. El defecto radica en la adhesión, agregación o liberación de gránulos plaquetarios. Las causas incluyen:

1.- Fármacos (ácido acetilsalicílico, otros antiinflamatorios no esteroideos, dipiridamol, clopidogrel o prasugrel, heparina, penicilinas, en especial carbenicilina y ticarcilina).
2.- Uremia.
3.- Cirrosis.
4.- disproteinemias.
5.- Trastornos mieloproliferativos y mielodisplásicos.
6.- Enfermedad de von Willebrand.
7.- Circulación extracorpórea.

TRASTORNOS HEMOSTÁTICOS POR DEFECTOS EN LA PARED VASCULAR.

Las causas incluyen

1.- Envejecimiento
2.- Fármacos, por ejemplo, glucocorticoides (tratamiento crónico), penicilinas, sulfonamidas
3.- Deficiencia de vitamina C
4.- TTP
5.- Síndrome hemolítico urémico
6.- Púrpura de Henoch-Schönlein
7.- Paraproteinemias
8.- Telangiectasia hemorrágica hereditaria (enfermedad de Osler-Weber-Rendu).

2.17.4 TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN SANGUÍNEA

2.17.4.1 TRASTORNOS CONGÉNITOS

1. Hemofilia A. Incidencia, 1:5 000; deficiencia recesiva ligada al sexo del factor VIII (actividad plasmática baja del factor VIII, pero cantidad normal del antígeno relacionado con el factor VIII-vWF). Datos de laboratorio: aumento del PTT, PT normal.

2. Hemofilia B (enfermedad de Christmas). Incidencia, 1:30 000, recesiva ligada al sexo, se debe a déficit de factor IX. Datos clínicos y de laboratorio similares a la hemofilia A.

3. Enfermedad de von Willebrand. El trastorno de coagulación hereditario más frecuente
(1:800-1 000), casi siempre autosómico dominante; el defecto primario es la disminución de la síntesis o anormalidad química del antígeno relacionado con el factor VIII producido por las plaquetas y el endotelio, lo que deriva en disfunción plaquetaria.

2.17.4.2 TRASTORNOS ADQUIRIDOS

1. Deficiencia de vitamina K. Afecta la producción de factores II (protrombina), VII, IX y X. La vitamina K es un cofactor en la carboxilación de los residuos de glutamato en las proteínas del complejo de protrombina; la principal fuente de vitamina K es la alimentación (sobre todo verduras verdes), con una producción menor en las bacterias intestinales.Datos de laboratorio: aumento del PTT y tiempo de protrombina.
2. Hepatopatía. Ocasiona deficiencias de todos los factores de la coagulación excepto el VIII. Datos de laboratorio: aumento del PT, el PTT es normal o alto.
3. Otros trastornos. DIC, déficit fibrinógeno (hepatopatía, tratamiento con Lasparaginasa, mordeduras de serpiente de cascabel), deficiencias de otros factores, anticoagulantes circulantes (linfoma, SLE, idiopáticos), transfusión masiva (coagulopatía por dilución).

2.17.5 ESTADO DE HIPERCOAGULABILIDAD

Considerar en individuos con episodios recurrentes de trombosis venosa [o sea, trombosis venosa profunda (DVT), embolia pulmonar (PE)]. Las causas incluyen

1.- Estasis venosa (p. ej., embarazo, inmovilización).
2.- Vasculitis.
3.- Cáncer y trastornos mieloproliferativos.
4.- Anticonceptivos orales.
5.- Anticoagulante de lupus (anticuerpo contra fosfolípido de plaquetas, estimula la coagulación).
6.- Trombocitopenia inducida por heparina.
7.- Deficiencias de factores anticoagulantes endógenos (antitrombina III, proteína C, proteína S).

8.- Factor V Leiden (mutación del factor V) (Arg → Glu en la posición 506), confiere resistencia a la desactivación por la proteína C, causa el 25% de los casos de trombosis recurrente.

9.- Mutación en el gen de protrombina (Glu → Arg en la posición 20210), causa aumento de las concentraciones de protrombina, supone cerca del 6% de las trombosis.

10.- Otros, como hemoglobinuria paroxística nocturna, disfi brinogenemias (fi brinógeno anormal).

2.18 LA ADOLESCENCIA

La palabra adolescencia viene de adoleceré, que significa crecer. es pues un periodo de crecimiento, no solamente físico , sino también intelectual , de personalidad u de todo el ser. Como tal, ese crecimiento va acompañado de una crisis de valores.

La adolescencia, es un periodo entre la infancia y la edad adulta que trae consigo un conjunto especial de dificultades de adaptación, a causa de los cambios que te ocurren, en todos los sentidos.

Podemos destacar que existe una diferencia patente entre adolescencia y pubertad. Ambos se confunden muy frecuentemente. la pubertad es la fase del desarrollo del organismo humano en la que el crecimiento físico alcanza su completa madurez . Por adolescencia entendemos aquella fase en la que ocurren modificaciones globales en el individuo, intensas y desarmónicas, generadoras por tanto de gran inseguridad. En la adolescencia se presentan cambios orgánicos en tu desarrollo sexual y también con relación a tu aceptación de la sociedad, todo a un mismo tiempo. Las alteraciones son tantas que te pierdes, en todos los sentidos sin saber quién eres. (PSICOLOGÍA DE LA ADOLESCENCIA FERNANDA PAROLARIPÁG. 13)

Es difícil establecer límites cronológicos para este período; de acuerdo a los conceptos convencionalmente aceptados por la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años La OMS la delimita cronológicamente entre los 10 y 19 años, aunque actualmente diferencia tres períodos, que la extienden hasta los 24 años:

• Pre-adolescencia o temprana de 10 a 14 años, correspondiente a la pubertad.
• Adolescencia media o propiamente dicha, de 14 a 18 años.
• Adolescencia tardía de 19 a 24 años.

2.18.1 CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA TEMPRANA

Esta etapa se caracteriza por el crecimiento y desarrollo somático acelerado, inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios. Preocupación por los cambios físicos, torpeza motora, marcada curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia, por lo que los conflictos con la familia, maestros u otros adultos son más marcados. Es también frecuente el inicio de cambios bruscos en su conducta y emotividad.

2.18.2 CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA TARDÍA

En esta fase se ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo, el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil educacional y ocupacional. Se ha alcanzado un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad, inclusive en su vida sexual, por lo que está muy cerca de ser un adulto joven.

Cuadro n°2

MSP -DETERMINACIÓN DE LA ADOLESCENCIA	
ETAPAS	EDADES
pre adolescencia	10-12
adolescencia	13-14
adolescencia tardía	15-19

2.18.3 LA PUBERTAD

La pubertad es un término empleado para identificar los cambios somáticos dados por la aceleración del crecimiento y desarrollo, aparición de la maduración sexual y de los caracteres sexuales secundarios! no es un proceso exclusivamente biológico, sino que está interrelacionado con factores psicológicos y sociales.

2.18.4 LA JUVENTUD

La juventud comprende el periodo entre 15 y 24 años de edad, es una categoría sociológica que coincide con la etapa post-puberal de la adolescencia, ligada a los procesos de interacción social, de definición de identidad y a la toma de

responsabilidad, es por ello que la condición de juventud no es uniforme, varía de acuerdo al grupo social que se considere.

La adolescencia, con independencia de las influencias sociales, culturales y étnicas se caracteriza por eventos universales, que son:

2.19 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ADOLESCENCIA.

1. Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura y cambios de la forma v dimensiones corporales. Al momento de mayor aceleración de la velocidad de crecimiento en esta etapa, se le denomina estirón puberal.

2. Se produce un aumento de la masa muscular y de la fuerza muscular, más marcado en el varón, acompañado de un aumento en la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, que permiten neutralizar de manera más eficiente los productos químicos derivados de la actividad muscular, también se produce un incremento y maduración de los pulmones y el corazón, teniendo por tanto un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico.

3. El incremento de la velocidad de crecimiento, los cambios en la forma y dimensiones corporales, los procesos endocrino-metabólicos y la correspondiente maduración, no siempre ocurren de manera armónica, por lo que es común que presenten torpeza motora, incoordinación, fatiga, trastornos del sueño, que pueden generar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria.

4. E1 desarrollo sexual está caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, la aparición de los caracteres sexuales secundarios y el inicio de la capacidad reproductiva.

5. Los aspectos psicosociales están integrados en una serie de características y comportamientos que en mayor o menor grado están presentes durante esta etapa, que son:

· Búsqueda de sí mismos y de su identidad, necesidad de independencia.
· Tendencia grupal.
Evolución del pensamiento concreto al abstracto. Las necesidades intelectuales y la capacidad de utilizar el conocimiento alcanzan su máxima eficiencia.

· Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.

· Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y constantes fluctuaciones de su estado anímico.

· Relaciones conflictivas con los padres que oscilan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos.

· Actitud social reivindicativa: en este período, los jóvenes se hacen más analíticos, comienzan a pensar en términos simbólicos, formular hipótesis, corregir falsos preceptos, considerar alternativas y llegar a conclusiones propias. Se elabora una escala de valores en correspondencia con su imagen del mundo.

· La elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño.

· Necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida.

2.20 FACTORES DE RIESGO EN LOS ADOLESCENTES

· Conductas de riesgo.

· Familias disfuncionales.

· Deserción escolar.

· Accidentes.

· Consumo de alcohol y drogas.

· Enfermedades de transmisión sexual asociadas a prácticas riesgosas.

· Embarazo.

· Desigualdad de oportunidades en términos de acceso a los sistemas de salud, educación, trabajo, empleo del tiempo libre y bienestar social.

· Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras. (MANUAL DE PRÁCTICAS CLÍNICAS PARA LA ATENCIÓN... EN LA ADOLESCENCIA PÁG. 17-18-19-20)

2.21 EMBARAZO Y ADOLESCENTES

Hoy en día los jóvenes encuentran una mayor aceptación por parte de la sociedad para ser activos sexualmente, pero un embarazo sigue siendo condenado. Hace algunos años resultaba "normal", que una joven adolescente de entre 13 y 14 años de

edad se casara generalmente con un hombre mayor que ella y tuviera familia . Hoy en día con lo de la liberación femenina, las mujeres quieren ser independientes por sus propios méritos, es decir, necesitan estar soltero más tiempo para sentirse realizadas.

El verdadero problema de esta situación es que las niñas-mujeres y los niños-hombres adquieren primero la capacidad de procrear, aprox. 4 o 5 años, antes de alcanzar su madurez emocional.

No es fácil responder a esta pregunta, ya que depende más que nada, del criterio y punto de vista de cada persona o de la pareja, y si los dos lo deciden no hay problema, más que con la sociedad y su propia familia. Como podemos ver, la sociedad se ve involucrada en muchas de las decisiones que tomamos a lo largo de nuestra vida.

Una adolescente sexualmente activa que no utiliza anticonceptivos, tiene un 90% de probabilidades de quedar embarazada en un año.

Las citas a la edad de los 12 años, están relacionadas con una probabilidad del 91% de tener relaciones sexuales antes de los 19 años de edad.

Las citas a la edad de los 13 años, se asocian con una probabilidad de 56 % de actividad sexual durante la adolescencia.

Las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia, tienen una mayor probabilidad de tener en general más hijos y menos probabilidades de:

1. Recibir apoyo del padre biológico de sus hijos
2. Determinar sus estudios
3. Establecer una independencia y estabilidad financiera adecuada que le permita sostenerse a sí misma y a sus hijos sin necesidad de recursos externos.

Las madres adolescentes casadas, tienen una mayor probabilidad del 80% o más de experimentar el divorcio, que las mujeres casadas que son madres hasta los 20 años.

Los bebes que nacen de mujeres adolescentes tienen mayor riesgo de presentar problemas de desarrollo.

Las niñas que nacen de madres adolescentes, tienen más probabilidades de convertirse en madres adolescentes.

Los niños varones, con las mismas expectativas, tienen una taza superior al promedio de ser arrestados, encarcelados o de convertirse en una población potencial para generar embarazos no deseados en su futura adolescencia.

CAPÍTULO III

3.- MATERIALES Y MÈTODOS

3.1.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio fue realizado en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel Ubicado en el Guasmo Sur en las calles Olfa Bucarán y 29 de Mayo.

3.1.2 CONTEXTO DE LA MATERNIDAD MATILDE HIDALGO DE PROCEL

El Guasmo sur de nuestra ciudad es un barrio marginal, popular, de clase humilde, que como todo barrio de Guayaquil fue levantado sin ningún plan urbano.Su extensión es de 19´761.287 metros cuadrados. Se estima que en este sector guayaquileño vivan casi 500.000 habitantes que incluye los sub-sectores Guayaquileños de Río Guayas, Floresta, Los Esteros, Guasmo Oeste (Fertisa, Santa Mónica, Viernes Santo), Guasmo Este (Stella Maris, La Péndola, Reina del Quinche, Florida Sur, Miami Beach, etc.) y Unión (De Bananeros).

Siendo uno de los sectores más populosos y poblados de Guayaquil, las instalaciones del hospital amtilde hialgo de procel fueron construidas para atender a un promedio de 120.000 personas, en la actualidad la maternidad cuenta con 4 quirófanos, 2 salas de parto, 16 consultorios, 60 camas y amplias salas de espera con pantallas informativas y grandes corredores. Para la atención a neonatos se implementaron 9 termo-cunas y cuenta con un mini laboratorio para la preparación de leches especiales para los recién nacidos.

Además esta adecuada para recibir a 242.000 pacientes al año y cuenta con servicio permanente de 135 profesionales de salud los cuales facilitan el parto y el control prenatal así como diversas patologías.

3.1.3 PERIODO DE INVESTIGACIÓN

Junio del 2015 a marzo del 2016

3.1.4 RECURSOS A EMPLEAR

3.1.4.1 RECURSOS HUMANOS

- autor de trabajo de investigación
- Tutor de tesis

3.1.4.2 RECURSOS FÍSICOS

- Materiales de información
- Datos estadísticos
- Historias clínicas

3.1.5 UNIVERSO Y MUESTRA

3.1.5.1 UNIVERSO

El universo está constituido por 100 puérperas adolescentes atendidas en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel, de las cuales se tomaron expedientes clínicas y datos estadísticos.

3.1.5.2 MUESTRA

La muestra es igual al universo considerando los criterios de inclusión atendidas en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel.

3.1.6 MÉTODO

3.1.6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio, retrospectivo ya que la información se obtuvo de los expedientes clínicos, encontrándose los datos personales, entre otros, con la finalidad de determinar el índice de la causa más común de hemorragias postparto en mujeres adolescentes.

3.1.6.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación fue un estudio observacional y descriptivo

3.1.6.3 PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

Previa consentimiento del contorno investigativo, del cual estuve guiado de un tutor docente de la Facultad que se considera el investigador principal. Del cual se entregó un oficio al hospital para la autorización de la revisión de los datos clínicos y estadísticos de las pacientes adolescentes atendidas con diagnóstico de hemorragias postparto en el periodo de junio del 2015- marzo del 2016, en el que se les explicó el objetivo del estudio y la necesidad de la revisión de los mismos. Y se procedió a buscar en el departamento de estadística las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de hemorragias postparto para recolectar la información de las siguientes variables de estudio que son: Complicación de la causa más común de las hemorragias post-parto ,Antecedentes gineco-obstétricos,Atención del parto, Índice de perdidas hemática postparto ,Procedimiento realizado durante el parto, Causa de hemorragia post-parto ,Complicaciones durante el embarazo ,Manejo durante la hemorragia postparto ,Manejo del trabajo de parto ,Procedimientos realizados para detener la hemorragia postparto ,Complicaciones antes del parto por anemia, Control hemático durante el postparto, Transfusiones sanguíneas postparto.

3.1.7 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Cuadro .3

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Incidencias de complicación de la hemorragia post-parto	Complicación postparto que se la considera como perdida hemática mayor >500 cc posparto	Perdida hemática > 500 cc durante el alumbramiento	Moderada severa
Antecedentes gineco-obstétricos	Gravidez número de embarazos	Número de partos	Partos cesáreas
Mujeres adolescentes embarazadas	Grupos de gestantes adolescentes	Riesgos obstétrico	14-16 17-19

3.1.8 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

El presente estudio se realizó en el Cantón Guayaquil de la Provincia del Guayas, en el área de estadística del Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel, ubicado en el Guasmo Sur de la ciudad, en la calle Olfa de Bucaram y 29 de Mayo.

Es uno de los sectores más populosos y poblados de Guayaquil, las instalaciones fueron construidas para atender a un promedio de 120.000 personas, en la actualidad la maternidad cuenta con 4 quirófanos, 2 salas de parto, 16 consultorios, 60 camas y amplias salas de espera con pantallas informativas y grandes corredores. Para la atención a neonatos se implementaron 9 termo-cunas y cuenta con un mini laboratorio para la preparación de leches especiales para los recién nacidos.

3.1.9 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El análisis se realizó recolectando la información en las historias clínicas de las pacientes con hemorragias postparto en el periodo de junio 2015-marzo2016 de las cuales se expresaron valores mediante las tabulaciones en cuadros y reasentadas por gráficos para cada una de las variables analizadas

3.1.10 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.1.10.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes atendidas en el hospital Matilde hidalgo de procel con diagnóstico de hemorragias postparto

3.1.10.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes atendidas en el hospital Matilde hidalgo de procel de las cuales no presentaron complicación postparto.

3.1.11 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

El presente trabajo investigativo fue desarrollado con los principios de la bioética medica ya que los datos obtenidos son totalmente reales y confidenciales, la cual fue realizado mediante recopilación bibliografía y de estudios realizados sobre este tema, obteniendo los datos necesarios para la investigación, en la que no se trató directamente con la paciente, este trabajo de investigación fue dirigido por un tutor Docente de la Facultad que se considera el investigador principal y se solicitó la autorización por escrito a la institución para la revisión de las historias clínicas.

3.1.12 PRESUPUESTO

Cuadro. 4

AUTOFINACIAMIENTO	
GASTOS	VALOR
MOVILIZACION	$ 20,00
COPIAS E IMPRESIONES	$ 15,00
LIBRETA DE APUNTES	$ 2,00
ALIMENTACION	$ 20,00
TOTAL	$ 57,00

CAPÍTULO IV

4.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

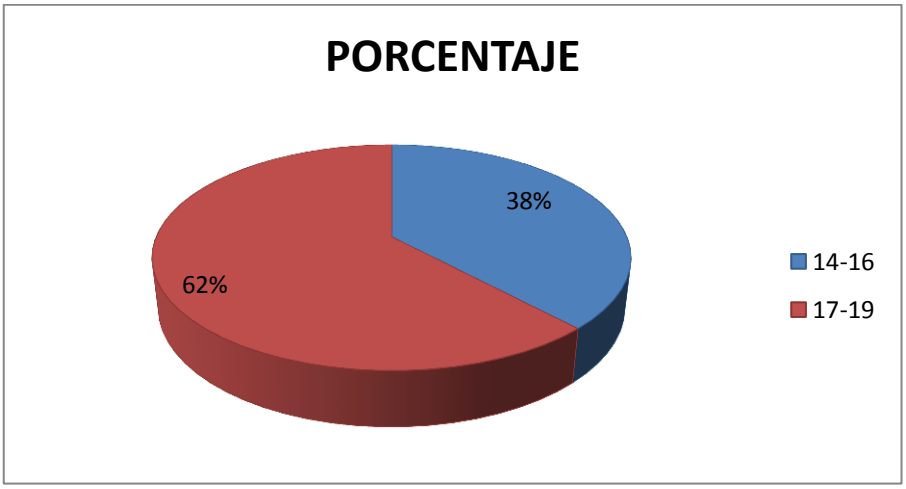
4.1 CUADRO # 1

INCIDENCIAS DE COMPLICACIONES DEL POSTPARTO SEGÙN EDAD DE PUÈRPERAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD DRA.MATILDE HIDALGO DE PROCEL JUNIO 2015-MARZO2016

GRUPO POR EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14-16	38	38,00%
17-19	62	62,00%
TOTAL	100	100,00%

FUENTE: departamento de estadística de la en la maternidad Dra. Matilde hidalgo De Procel

ELABORADO POR: Miguel Soledispa.



ANÁLISIS

En estos gráficos se pueden observar que durante el periodo de estudio de hemorragias postparto en aquellas mujeres adolescente entre los 14-16 años de edad representan el 38% de dicha complicación mientras que las adolescentes entre los 17-19 representan el 62 % llegando al predominio en adolescentes tardios.

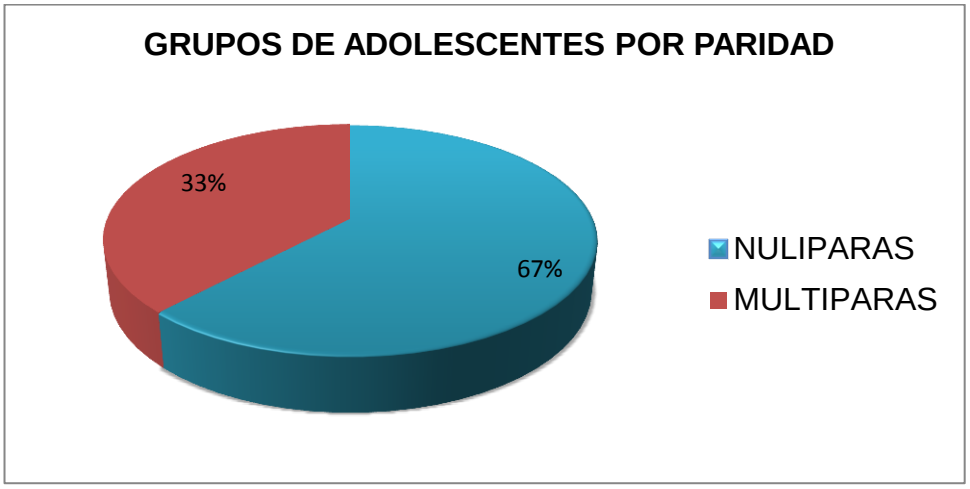
4.2 CUADRO #2

GRUPOS POR PARIDAD EN PACIENTES PUÈRPERAS ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD DRA.MATILDE HIDALGO DE PROCEL JUNIO DEL 2015 - MARZO DEL 2016

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NULIPARAS	67	67,00%
MULTIPARAS	33	33,00%
TOTAL	100	100,00%

FUENTE: departamento de estadística de la en la maternidad Dra. Matilde hidalgo De Procel

ELABORADO POR: Miguel Soledispa.



ANALISIS

En este grafico podemos observar que de las adolescentes nulíparas con complicación de hemorragias representaron el 67 % de dicha complicación mientras que el 33 % está representado por pacientes multíparas posiblemente por la inmadurez de los órganos sexuales.

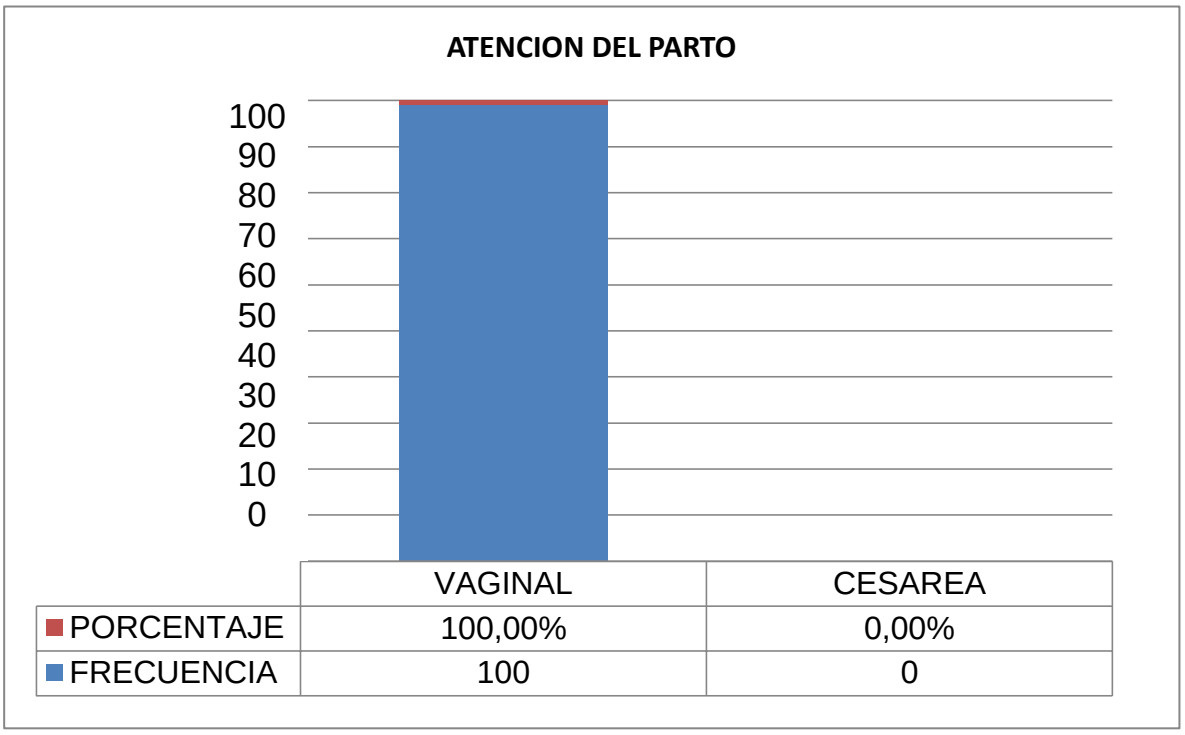
4.3 CUADRO # 3

ATENCIÓN DEL PARTO JUNIO DEL 2015 - MARZO DEL 2016

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VAGINAL	100	100,00%
CESAREA	0	0,00%
TOTAL	100	100,00%

FUENTE: departamento de estadística de la en la maternidad Dra. Matilde hidalgo De Procel

ELABORADO POR: Miguel Soledispa.



ANALISIS

En este grafico podemos observar que el 100% de las pacientes estudiadas tuvieron un parto por vía vaginal, ya que el estudio fue realizado solo en puérperas que tuvieron un parto eutócico simple.

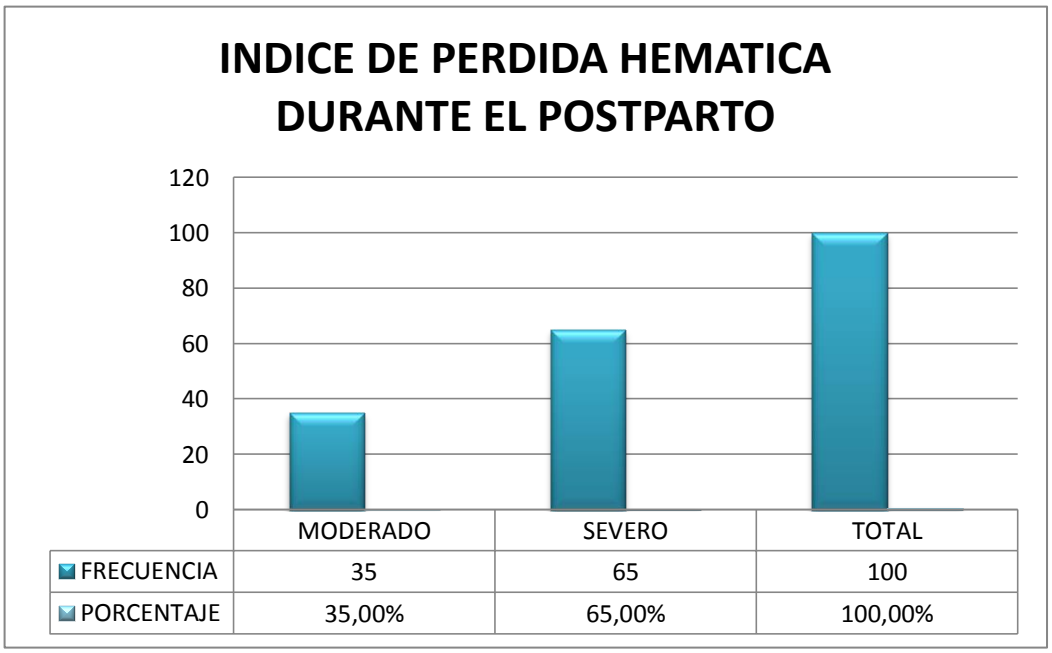
4.4 CUADRO #4

VALOR DE PERDIDA HEMATICA DURANTE EL POSTPARTOMATERNIDAD DRA.MATILDE HIDALGO DE PROCEL JUNIO DEL 2015 _ MARZO DEL 2016

PERDIDA HEMATICA EN EL POSTPARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MODERADO	35	35,00%
SEVERO	65	65,00%
TOTAL	100	100,00%

FUENTE: departamento de estadística de la en la maternidad Dra. Matilde hidalgo De Procel

ELABORADO POR: Miguel Soledispa



ANALISIS

En este grafico se puede observar la clasificación de las pacientes con perdida hemática en el postparto el cual el 35% de estas pacientes tuvieron un sagrado moderado mientras que el 65% de estas fueron severas.

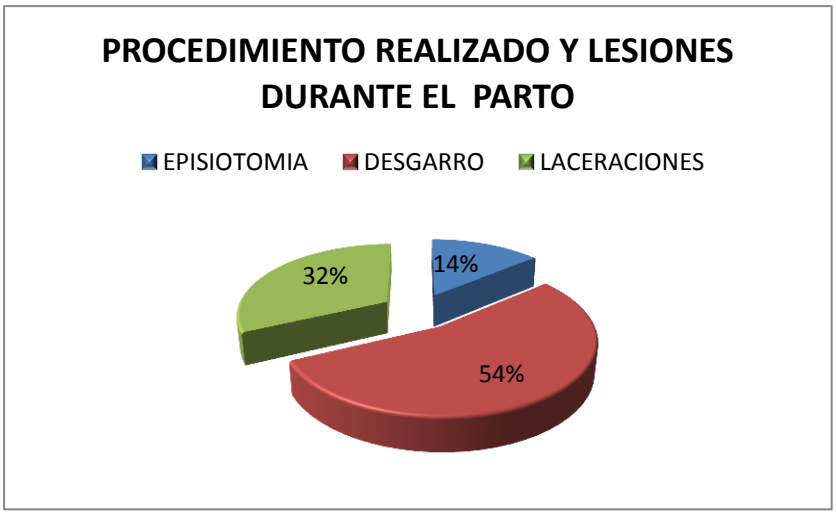
4.5 CUADRO #5

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS Y LESION DURANTE EL PARTO EN LA MATERNIDAD DRA.MATILDE HIDALGO DE PROCEL. JUNIO DEL 2015 _ MARZO DEL 2016

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS Y LESIONES DURANTE EL PARTO		
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS Y LESIONES DURANTE EL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EPISIOTOMIA	14	14,00%
DESGARRO	54	54,00%
LACERACIONES	32	32,00%
TOTAL	100	100,00%

FUENTE: departamento de estadística de la en la maternidad Dra. Matilde hidalgo De Procel

ELABORADO POR: Miguel Soledispa



ANALISIS

En esta gráfica podemos observar con mayor porcentaje aquellas adolescentes de las cuales presentaron desgarro dando un valor del 54% mientras que el 32 % está representado por puérperas con laceraciones durante el parto y el 14 % a las que se les realizo episiotomía media lateral siendo en menor porcentaje

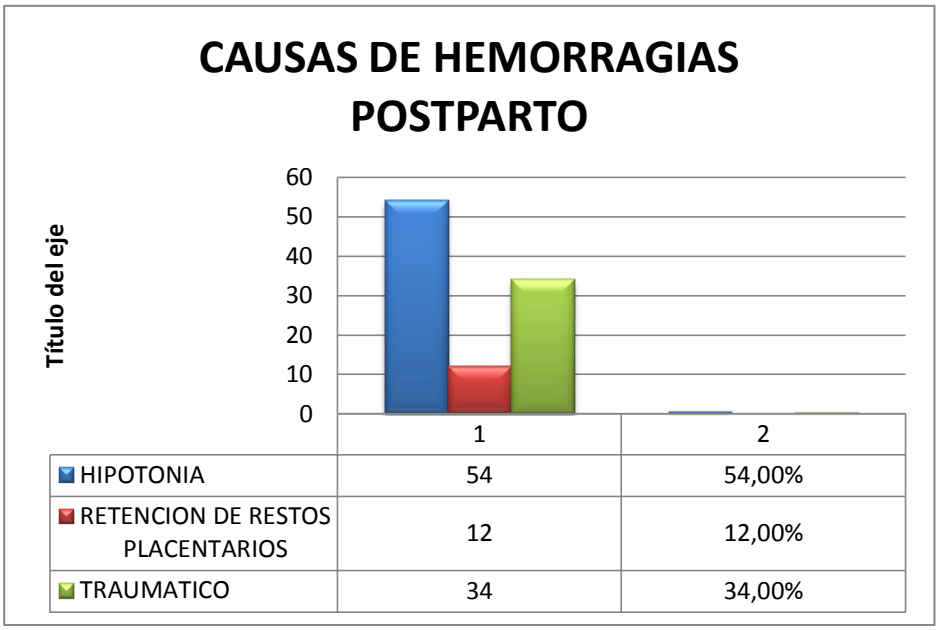
4.6 CUADRO #6

CAUSA DE HEMORRAGIAS POSTPARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD DRA.MATILDE HIDALGO DE PROCELJUNIO DEL 2015 _ MARZO DEL 2016

CAUSA DE HEMORRAGIAS POSTPARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD DRA.MATILDE HIDALGO DE PROCEL		
CAUSA DE HEMORRAGIAS POSTPARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HIPOTONIA	54	54,00%
RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS	12	12,00%
TRAUMATICO	34	34,00%
TOTAL	100	100,00%

FUENTE: departamento de estadística de la en la maternidad Dra. Matilde hidalgo De Procel

ELABORADO POR: Miguel Soledispa



ANALISIS

En este grafico podemos observar una de las principales causa de hemorragias postparto en mujeres adolescentes con un valor del 54% de hipotonía uterina.

, seguida por los partos traumáticos de los cuales presentaron un 34 % y en menor porcentaje la retención de restos placentarios con un 12%.

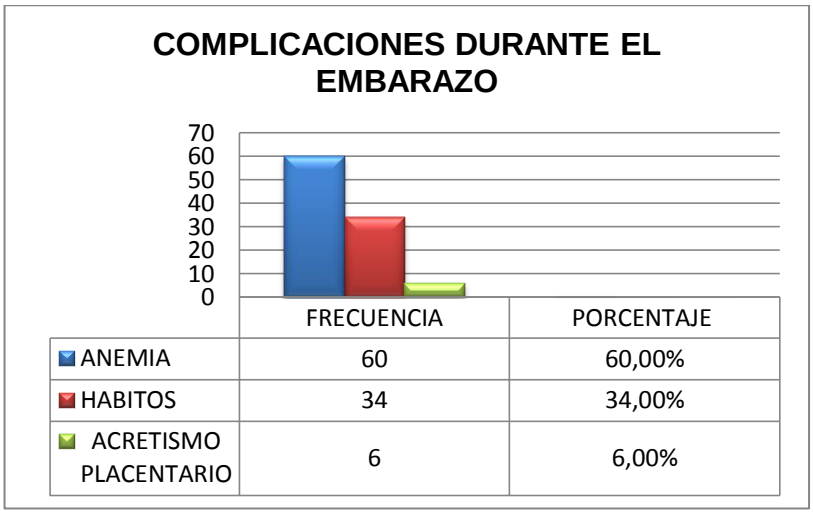
4.7 CUADRO #7

ENFERMEDAD Y HÁBITOS QUE SE ACOMPAÑAN DURANTE EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD DRA.MATILDE HIDALGO DE PROCELJUNIO DEL 2015 _ MARZO DEL 2016

ENFERMEDAD Y HABITOS QUE ACOMPAÑAN EN EL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANEMIA	60	60,00%
HABITOS	34	34,00%
ACRETISMO PLACENTARIO	6	6,00%
TOTAL	100	100,00%

FUENTE: departamento de estadística de la en la maternidad Dra. Matilde hidalgo De Procel

ELABORADO POR: Miguel Soledispa



ANALISIS

En esta grafica podemos observar que del 100 % de paciente adolescente embarazadas según las estadísticas utilizadas el 60 % presentaron anemia, seguida de las pacientes con hábitos del cual se dio como resultado un 34% y finalizando con un 6 % de pacientes de las cuales presentan complicación durante su embarazo debido a acretismo placentarios. Debemos tomar en cuenta según los resultados las pacientes que presentaron hemorragia postparto en un mayor porcentaje está relacionado a la anemia y a la mala alimentación puesto a que las misma no contaba con suplementos vitamínicos.

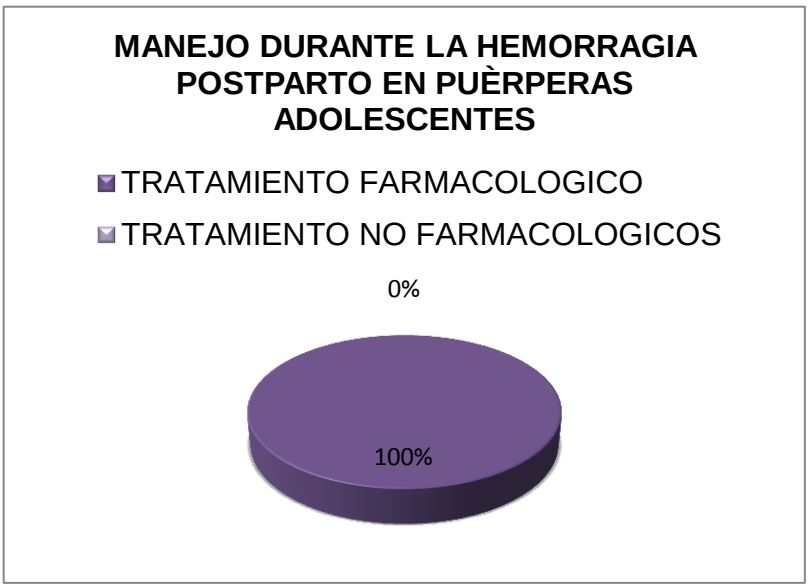
4.8 CUADRO #8

MANEJO DURANTE LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN PUÈRPERAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD DRA.MATILDE HIDALGO DE PROCEL JUNIO DEL 2015 _ MARZO DEL 2016

QUE TRATAMIENTO SE UTILIZÒ PARA DETENER LA HORRAGIA POSTPARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	100	100,00%
TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	0	0,00%
total	100	100,00%

FUENTE: departamento de estadística de la en la maternidad Dra. Matilde hidalgo De Procel

ELABORADO POR: Miguel Soledispa



ANALISIS

En esta grafica se puede evidenciar que el 100% de las pacientes estudiadas según los datos estadísticos de las pacientes adolescentes que presentaron hemorragia postparto recibieron tratamiento farmacológico utilizando fármacos uterotonicos de las cuales el 0% no recibieron tratamiento no farmacológico

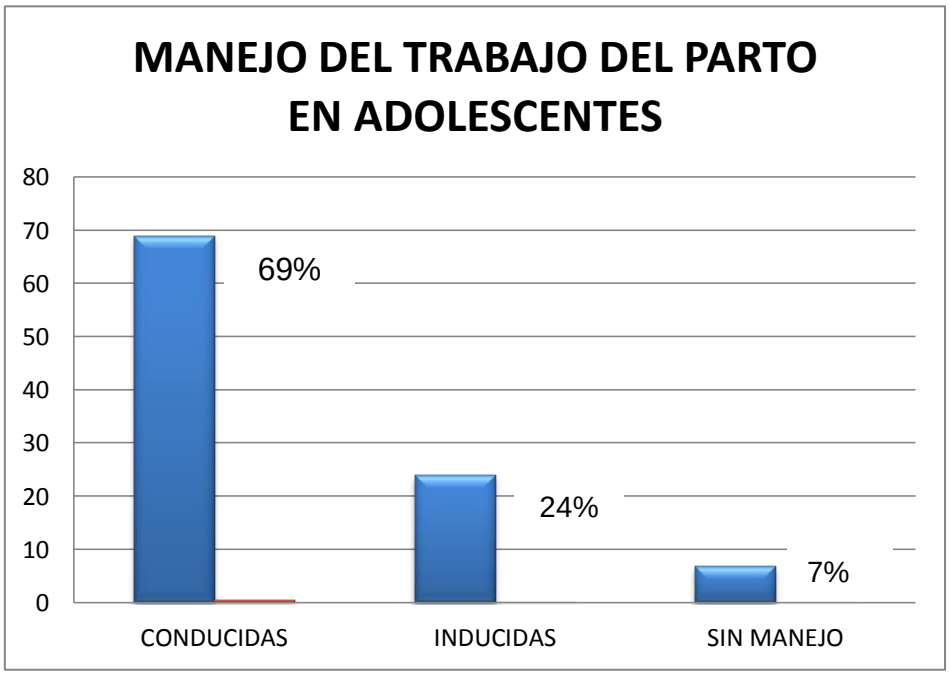
4.9 CUADRO #9

MANEJO DEL TRABAJO DEL PARTO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LAMATERNIDAD DRA.MATILDE HIDALGO DE PROCEL JUNIO DEL 2015 _ MARZO DEL 2016

MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONDUCIDAS	69	69,00%
INDUCIDAS	24	24,00%
SIN MANEJO	7	7,00%
TOTAL	100	100,00%

FUENTE: Departamento de estadística de la en la maternidad Dra. Matilde hidalgo De Procel

ELABORADO POR: Miguel Soledispa



ANALISIS

En esta grafica puede observarse en el manejo de pacientes adolescentes durante el trabajo de parto del cual se puede evidenciar en un 69% paciente conducida, y en un 24% en aquellas pacientes inducidas y con un menor porcentaje del 7 % en aquellas pacientes sin manejo alguno.

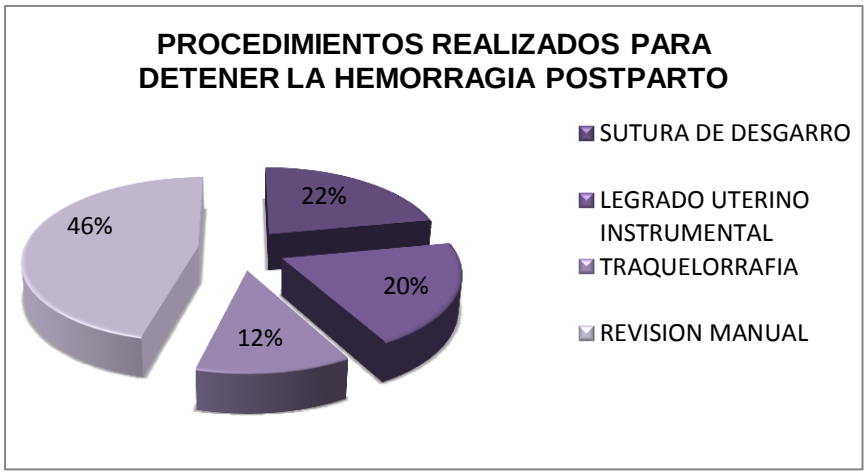
4.10 CUADRO #10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS PARA DETENER LA PERDIDA HEMÀTICA EN PUÈRPERAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD DRA.MATILDE HIDALGO DE PROCELJUNIO DEL 2015 _ MARZO DEL 2016

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS PARA DETENER LA PERDIDA HEMATICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SUTURA DE DESGARRO	22	22,00%
LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL	20	20,00%
TRAQUELORRAFIA	12	12,00%
REVISION MANUAL	46	46,00%
TOTAL	100	100,00%

FUENTE: Departamento de estadística de la en la maternidad Dra. Matilde hidalgo De Procel

ELABORADO POR: Miguel Soledispa



ANALISIS

En este grafico podemos observar que en el estudio estadístico realizado, se evidencia entre los procedimiento realizados para detener la hemorragia postparto en adolescentes la revisión manual que se encuentra en un 46%, mientras que la sutura de desgarro se encuentra en un 22% seguido del legrado uterino instrumental en un 20% y como procedimiento en un menor porcentaje se encuentra la traquelorrafia con un 12 % .

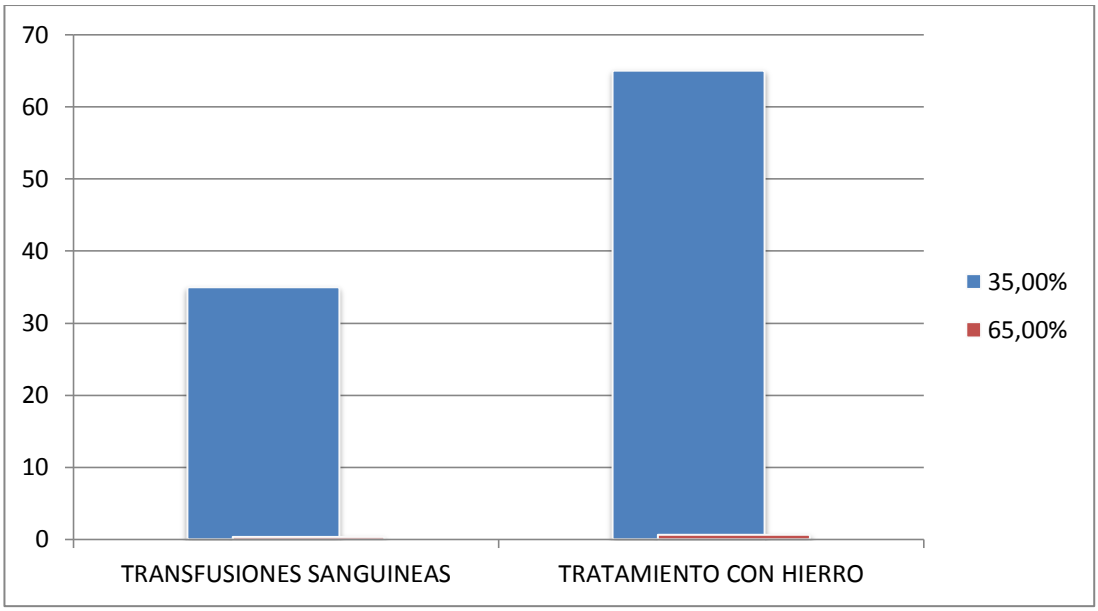
4.11 CUADRO # 11

MANEJO EN POSTPARTO EN PUERPERAS ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD DRA.MATILDE HIDALGO DE PROCEL LUEGO DE UNA HEMORRAGIA POSTPARTO

MANEJO LUEGO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TRANSFUSIONES SANGUINEAS	35	35,00%
TRATAMIENTO CON HIERRO	65	65,00%
TOTAL	100	100,00%

FUENTE: Departamento de estadística de la en la maternidad Dra. Matilde hidalgo De Procel

INVESTIGADOR: Miguel Soledispa



ANALISIS

En esta grafica podemos observar que del 100% de la población estudiada: el 35% recibieron transfusión, mientras que el 65% fue manejada con la administración de hierro.

CAPITULO V

5.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIÓN

1 De acuerdo a los datos obtenidos en el gráfico 1 hasta la fecha del presente estudio, el mayor porcentaje de las adolescentes que presentaron hemorragias postparto con un 62 % los 17- 19 años de edad.

2 De acuerdo a los resultados obtenidos en el grafico 2 se pudo comprobar que la hemorragia postparto en adolescentes fue de causa principal en pacientes multíparas con un 67%. La explicación de este hallazgo se puede encontrar en el hecho de que no es la contracción del útero lo que previene la hemorragia, sino la retracción de la fibra miometrial, esta retracción se ve afectada en el útero de las gran multíparas por la edad y el agotamiento y la cicatrización.

3 En los resultados del grafico 3 se pudo concluir con un 100% de las adolescentes con hemorragias postparto porque el estudio solo fue realizado en pacientes con un parto eutócico simple.

4 En los resultados del grafico 4 se pudo comprobar en un mayor porcentaje de perdida hemática severa con un 64 % en las puérperas adolescentes.

5 Según los resultados obtenidos en el gráficos 5 se pudo demostrar en un mayor porcentaje del 54% de las complicaciones representadas por desgarros.

6 Según la causa más común de hemorragias postparto del grafico 6 está representado con mayor porcentaje del 54 % por hipotonía uterina.

7 Según la enfermedad y hábitos que acompañan a las gestantes adolescente durante sus controles prenatales estas se dieron en un porcentaje mayor del 60% en pacientes con antecedentes de anemia.

8 Durante el tratamiento utilizado para detener la hemorragia postparto se pudo comprobar que el 100% de estas pacientes tuvieron un tratamiento farmacológico.

9 De acuerdo al manejo del trabajo de parto en gestantes adolecentes el resultado de pacientes conducidas fue del 69 % como valor mayor.

10 Según los procedimientos realizados para detener la hemorragia postparto ren adolescente obtuvo un mayor porcentaje en la revisión manual del 46 %

11 Según el manejo postparto de las adolescentes con hemorragia postparto el 65 % recibieron tratamiento con hierro.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Se recomienda en este grupo de adolescentes la importancia que tiene un embarazo por el mismo hecho de ser adolescentes llevar un control prenatal mes a mes y una correcta alimentación y dejar los malos hábitos tanto alimenticios como adictivos.
2. Llevar un control prenatal más apropiado, lo que de por sí disminuye el riesgo de ciertas complicaciones.
3. Se recomienda que durante el periodo expulsivo haya una correcta protección de la región vulvoperineal perineal y una minuciosa extracción del hombro anterior y posterior del producto durante el mecanismo final del trabajo de parto
4. Realizar un correcto masajeo uterino y ligadura de vasos sangrantes.
5. Evitar un parto precipitado para evitar grados de desgarros.
6. Realizar una correcta inducto-conduccion durante el trabajo de pato para evitar cansancio o degaste de la musculatura uterina
7. Recomendaciones acerca de la buena a alimentación durante el embarazo y el consumo de suplementos de hierro.
8. Descartar retención de restos placentarios desgarros y laceraciones tanto en cérvix como en región vulvo-vaginal para previo tratamiento farmacológico
9. Evitar una exagerada conducción realizando un correcto manejo de uso de la oxitocina en bomba
10. Realizar una correcta tracción y contratación del cordón umbilical para su posterior extracción completa de la placenta
11. Reconocer el valor de los controles de hematocrito en la hemorragia postparto para la cual se sugiera tratamiento

CAPITULO VI

6.- BIBLIOGRAFÍA

Bajo Arenas, José Manuel. (2007). Fundamentos de de obstetricia sego. En B. A. Manue, *Fundamentos de obstetricia sego* (pág. 14). Madrid: flamenco.

Dan L. Longo, MDDan L. Anthony S. Fauci, MD,Dennis L. Kasper, MD,Sthepen L. Hauser, MD. (2013). *HARRISON. MANUAL DE MEDICINA.* México: Norma Leticia García Carbajal.

Dr. Wilfrido León. Gineco-obstetra, D. S.-o.-o.-A. (2013). Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica. *Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica*, 13.

Dr.Wilfrido León, D. V.-A. (2013). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica. *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica*, 14.

ESTELA LORENZO HERNANDO, O. N. (2008). Manual AMIR Ginecologia y Obstetricia. *Manual AMIR Ginecologia y Obstetricia*, 41.

F. GARY CUNNINGHAM. MD, K. J. (2011). Williams Obstetricia 23 edicion . En F. G. CUNNINGHAM, *Williams Obstetricia 23 edicion* (pág. 760).

Manuel, B. A. (2007). *Fundamentos de obstetricia de sego.* Madrid: flamenco.

Parolari, F. (2005). PSICOLOGIA DE LA ADOLESCENCIA . En F. Parolari, *PSICOLOGIA DE LA ADOLESCENCIA* (pág. 13). bogota.

Pérez, D. S. (2002). manual de practicas clinicas para la atencion en la adolescencia. *manual de practicas clinicas para la atencion en la adolescencia*, 17,18,19,20.

Schwarcz, , R. (2005). *Obstetricia Schwarcz 6ta Edición.* El Ateneo.

CAPITULO VII

7.- ANEXOS

Guayaquil, 30 de marzo del 2016

Dra.
MARTHA CAROLA RODRIGUEZ RAMOS
Directora Técnica
Hospital Matilde Hidalgo de Procel
Ciudad.-

De nuestras consideraciones:

Yo, **SOLEDISPA PASATO MIGUEL OSWALDO con C.I: 0921341707,** Alumno de 5to año de la Universidad Estatal de Guayaquil Escuela de Obstetricia periodo lectivo 2015-2016, solicito se me conceda su autorización para obtener datos estadísticos para mi tesis con el TEMA: "**DETERMINAR EL INDICE DE LA CAUSA MAS COMUN DE LA COMPLICACION DE LA HEMORRAGIA POST-PARTO EN MUJERES ADOLESCENTES A REALIZARCE EN LA MATERNIDAD MATILDE HIDALGO DE PROCEL DESDE JUNIO DEL 2015 A ABRIL DEL 2016".**

Por la atención prestada a esta solicitud quedo muy agradecida esperando sea aprobada.

Atentamente,

OBST. DELIA CRESPO ANTEPARA
Directora de la Escuela de Obstetricia

SOLEDISPA PASATO MIGUEL
C.I: 0921341707

Estadística Doencia Procede 13/4/16. 12/4/16.

Dra. Carola Rodríguez Ramos
GINECO-OBSTETRA
Reg. Prof. 6987
Libro 4 "e" Folio J No. 2
INSPI 09-08-2731-2013

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ESTADÍSTICO

EN EL PARTO QUE SE REALIZÒ MATERNIDAD DRA.MATILDE HIDALGO DE PROCEL		
EN EL PARTO SE REALIZÒ	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EPISIOTOMIA		
DESGARRO		
NINGUNO		
TOTAL		

CAUSA DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN PUÈRPERAS ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD DRA.MATILDE HIDALGO DE PROCEL		
CAUSA DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HIPOTONIA UTERINA		
RESTOS PLACENTARIOS		
LACERACIONES		
DESGARROS		
MULTIPARIDAD		
TOTAL		

COMPLICACIONES DURANTE EN EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LAMATERNIDAD DRA.MATILDE HIDALGO DE PROCEL		
EN EL EMBARAZO PRESENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANEMIA		
DESNUTRICION		
NINGUNO		
TOTAL		

EN EL PARTO QUE SE REALIZÒ MATERNIDAD DRA.MATILDE HIDALGO DE PROCEL		
EN EL PARTO SE REALIZÒ	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EPISIOTOMIA		
DESGARRO		
NINGUNO		
TOTAL		

CAUSA DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN PUÈRPERAS ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD DRA.MATILDE HIDALGO DE PROCEL		
CAUSA DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HIPOTONIA UTERINA		
RESTOS PLACENTARIOS		
LACERACIONES		
DESGARROS		
MULTIPARIDAD		
TOTAL		

COMPLICACIONES DURANTE EN EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LAMATERNIDAD DRA.MATILDE HIDALGO DE PROCEL		
EN EL EMBARAZO PRESENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANEMIA		
DESNUTRICION		
NINGUNO		
TOTAL		

INCIDENCIAS DE COMPLICACIONES DEL POSTPARTO SEGÙN EDAD CRONOLÒGICA DE PUÈRPERAS ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD DRA.MATILDE HIDALGO DE PROCEL		
GRUPO POR EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14-16		
16-19		
TOTAL		

ANTECEDENTES GINECO_OBSTETRICO EN PACIENTES PUÈRPERAS ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD DRA.MATILDE HIDALGO DE PROCEL		
ANTECEDENTES GINECO_OBSTETRICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MULIPARA		
MULTIPARA		
TOTAL		

EL PARTO FUE: MATERNIDAD DRA.MATILDE HIDALGO DE PROCEL		
EL PARTO FUE:	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VAGINAL		
CESAREA		
TOTAL		

PERDIDA HEMÀTICA EN EL POSTPARTO EN EL POSTPARTO DE PUÈRPERAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD DRA.MATILDE HIDALGO DE PROCEL.		
PERDIDA HEMÀTICA EN EL POSTPARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESCASO		
MODERADO		
EXCESIVO		
TOTAL		

Fundamentos de Obstetricia (SEGO) pág. 738

Tabla 1. Factores de riesgo de la hemorragia postparto.

	Proceso etiológico	Factores de riesgo
"TONO" (atonía uterina)	Utero sobredistendido	• Polihidramnios • Gestación múltiple • Macrosomía
	Cansancio del músculo uterino	• Parto rápido • Parto prolongado • Alta paridad
	Infección intramniótica	• Fiebre • Rotura prematura de membranas prolongada
	Alteración anatómica o funcional del útero	• Miomas • Placenta previa • Anomalías uterinas
"TEJIDO" (retención de productos)	Placentario	• Expulsión incompleta de la placenta • Cirugía uterina previa • Paridad alta • Placenta anómala
	Coágulos	• Utero atónico
"TRAUMA" (lesión del canal genital)	Desgarro en canal blando	• Parto precipitado • Parto operatorio
	Desgarro en cesárea	• Malposición • Gran encajamiento
	Rotura uterina	• Cirugía uterina previa
	Inversión uterina	• Gran paridad • Placenta fúndica
"TROMBINA" (alteraciones de la coagulación)	Previas: hemofilia A, enfermedad de von Willebrand	• Coagulopatías • Hepatopatías
	Adquirida del embarazo: plaquetopenia de la preeclampsia, PTI, CID (preeclampsia, muerte intraútero, infección severa, desprendimiento prematuro de placenta, embolia de líquido amniótico)	• Sangrado con el rasurado • Muerte fetal • Fiebre, leucocitosis • Hemorragia anteparto • Inestabilidad aguda
	Anticoagulación terapéutica	Estudio de coagulación