



Universidad de Guayaquil

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
COORDINACIÓN DE POSTGRADO**

**TRABAJO DE TITULACIÓN ESPECIAL PARA LA  
OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGÍSTER EN  
EMERGENCIAS MÉDICAS**

**TEMA**

**“FACTORES AGRAVANTES DE LA HEMORRAGIA POST PARTO Y  
SU RESULTANTE NEONATAL. HOSPITAL ALFREDO PAULSON”**

**AUTORA**

**DRA. FRANCISCA NATIVIDAD RODRIGUEZ REYES**

**TUTORA**

**DRA. KELMY EULALIA JURADO LLORY MSc**

**AÑO 2017**

**GUAYAQUIL – ECUADOR**



OF.CP.FCMUG.771.17

Septiembre, 21 de 2017

**DOCTORA**  
**RODRIGUEZ REYES FRANCISCA NATIVIDAD**  
**MAESTRÍA EN EMERGENCIA MÉDICAS**  
**Ciudad**

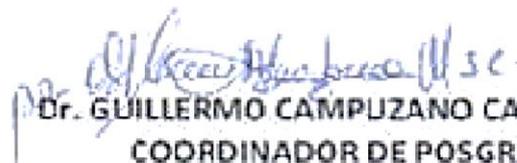
Por medio del presente comunico a usted, que aplicando lo que consta en la Normativa vigente de **Unidad de Titulación Especial** de la Dirección de Postgrado Vicerrectorado de Investigación, Gestión Social de Conocimiento y Posgrado, su **Proyecto de Titulación** ha sido aprobado con el tema:

**"FACTORES AGRAVANTES DE LA HEMORRAGIA POST PARTO Y SU RESULTANTE NEONATAL. HOSPITAL ALFREDO PAULSON"**

**TUTORA:** Dra. Kelmly Eulalia Jurado Llory, MSc.

El cual fue Revisado y aprobado por la Coordinación de Postgrado de la Facultad el día **06 de septiembre de 2017**, por lo tanto, puede continuar con la ejecución del mismo de acuerdo con la normativa establecida.

Atentamente

  
**Dr. GUILLERMO CAMPUZANO CASTRO Msc.**  
**COORDINADOR DE POSGRADO**

Fecha de emisión	06 de Septiembre de 2017
Fecha de recepción	06 de Septiembre de 2017



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESPECIAL

**TÍTULO:** “FACTORES AGRAVANTES DE LA HEMORRAGIA POST PARTO Y SU RESULTANTE NEONATAL. HOSPITAL ALFREDO PAULSON”

**AUTOR:** Dra. Francisca Natividad Rodríguez Reyes

**TUTOR:** Dra. Kelmy Eulalia Jurado Llory MSc.  
**REVISOR:** Dr. Guillermo Campuzano Castro

**INSTITUCIÓN:** Universidad de Guayaquil

**FACULTAD:** Ciencias Médicas

**CARRERA:** Maestría en Emergencias Médicas

**FECHA DE PUBLICACIÓN:** 28 de Agosto del 2017

**N° DE PÁGS:** 56

**ÁREA TEMÁTICA:** Salud

**PALABRAS CLAVE:** Embarazo, Hemorragia Post parto, Resultante Neonatal, Complicaciones

**RESUMEN:** La hemorragia post parto es la primera causa de muerte materna mundialmente, esta puede evolucionar al shock hipovolémico e incluso la muerte, convirtiéndose en la complicación obstétrica más temida durante el parto y puerperio. El objetivo de este estudio fue determinar los factores que agravan la hemorragia postparto y su resultante neonatal en pacientes atendidas en el Hospital Alfredo Paulson. La metodología fue analítica, cuantitativa, diseño no experimental, descriptiva y corte transversal, la recolección de datos fue con historias clínicas completas. Dentro de los resultados tenemos un universo de 88 gestantes diagnosticadas con hemorragia post parto, de las cuales se excluyó 29 por historias clínicas incompletas, tomando como muestra 59 las cuales cumplieron con los criterios de inclusión, el factor agravante con mayor porcentaje fue la anemia 20,34% (12), siendo la hemorragia postparto de aparición temprana por hipotonía uterina transitoria con el 37,29% (22). En cuanto a la resultante materna la principal complicación fue el Shock Hipovolémico 20,34% (12), y resultante neonatal con productos a término 57,62% (34), AEG el 57,63% (34), Apgar 7 a 8 con 49,15% (29), Ballard 57,63% (34), dentro de las complicaciones el síndrome de dificultad respiratoria 16,95% (10), seguida de la taquipnea transitoria 15,25% (9). La edad promedio fue de 16 a 35 años, siendo el grupo comprendido entre 24 a 27 con el 25,42% (15), las multíparas con un 64,41% (38), de las cuales el 35,59% (21) eran solteras, con un nivel de escolaridad bachiller el 52,54% (31), y nivel socio económico medio del 66,10% (39). La vía de terminación del embarazo fue por cesárea en un 59,32% (25). Se concluye que con el manejo oportuno pre y postparto más la implementación del Score MAMA, se ha logrado una disminución significativa de esta patología y su morbimortalidad, tanto materna como neonatal.

**N° DE REGISTRO(en base de datos):**      **N° DE CLASIFICACIÓN:**

**DIRECCIÓN URL (tesis en la web):**

**ADJUNTO PDF**

**SI**

**NO**

**CONTACTO CON AUTOR:**

**Teléfono:**  
0991734357

**E-mail:**  
[dra.franciscarodriguez@hotmail.com](mailto:dra.franciscarodriguez@hotmail.com)

**CONTACTO DE LA INSTITUCIÓN:**

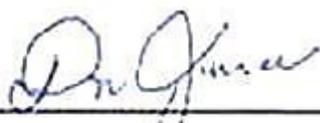
**Nombre:** Secretaria de Coordinación de Posgrado  
**Teléfono:** 04-2288086  
**Email:** [egraduadosug@hotmail.com](mailto:egraduadosug@hotmail.com)

## CERTIFICACION DEL TUTOR

En mi calidad de tutor revisor del estudiante **Dra. Rodríguez Reyes Francisca Natividad**, del Programa de **Maestría en Emergencias Médicas**, nombrado por el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas. CERTIFICO: que el trabajo de titulación especial titulado:

**“FACTORES AGRAVANTES DE LA HEMORRAGIA POST PARTO Y SU RESULTANTE NEONATAL. HOSPITAL ALFREDO PAULSON”**, en opción al grado académico de Magíster en Emergencias Médicas, cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que establece el Reglamento aprobado para tal efecto.

**Atentamente**



---

**DRA. KELMY EULALIA JURADO LLORY MSc**  
**DOCENTE TUTOR**

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo de titulación al Creador Todopoderoso quien me ha dado las fuerzas para permanecer firme en todos estos años de mi carrera profesional. A mis amados padres, esposo e hijos por sus oraciones, quienes me han brindado todo su apoyo y las fuerzas que me impulsan día a día para seguir avanzando en mi carrera profesional. A mis profesores quienes me enseñaron sus dones y talentos, a amar la profesión, desarrollarla con eficacia y excelencia.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco al Eterno por sobre todas las cosas por permitirme cumplir con esta nueva meta, en mi carrera profesional, por otorgarme de su sabiduría necesaria a lo largo de estos años de estudio.

A mis padres que son el pilar base de mi vida, a mis hijos, a mis maestros y en especial a la Dra. Kelmy Jurado Llory por su apoyo incondicional y confianza brindada en el desarrollo de este trabajo.

**DECLARACION EXPRESA**

“La responsabilidad del contenido de este trabajo de titulación especial, me corresponden exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la Universidad de Guayaquil”



---

**DRA. RODRIGUEZ REYES FRANCISCA NATIVIDAD**  
**C.I. 0918394776**

## ABREVIATURAS

<b>µg</b>	Microgramo
<b>AGREE</b>	Apreciación de la Directriz sobre Investigación y Evaluación (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation)
<b>AMTSL</b>	Conducta activa en el alumbramiento (Active Management of the Third Stage of Labour)
<b>ECA</b>	Estudio clínico controlado aleatorizado
<b>GDG</b>	Grupo asesor para el desarrollo de la directriz (Guideline Development Group)
<b>GRADE</b>	Clasificación de la valoración, desarrollo y evaluación de las recomendaciones (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)
<b>GREAT</b>	Desarrollo de pautas, prioridades de investigación, síntesis de las pruebas científicas, aplicabilidad de las pruebas científicas, transferencia del conocimiento (un proyecto de la OMS) (Guideline development, research priorities, evidence synthesis, applicability of evidence, transfer of knowledge [a WHO project])
<b>HPP</b>	Hemorragia posparto
<b>IC</b>	Intervalo de confianza
<b>IM</b>	Intramuscular
<b>IV</b>	Intravenosa
<b>VO</b>	Vía oral
<b>MCA</b>	Departamento de Salud Materna, Infantil y Adolescente (Maternal, Child and Adolescent Department)
<b>PICR</b>	Población, intervenciones, comparaciones y resultados
<b>PMM</b>	Proporción de mortalidad materna
<b>RR</b>	Riesgo relativo
<b>TCC</b>	Tracción controlada del cordón umbilical
<b>UI</b>	Unidad internacional
<b>USAID</b>	Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (United States Agency for International Development)
<b>VIH</b>	Virus de inmunodeficiencia humana

## INDICE GENERAL

<b>PORTADA .....</b>	<b>0</b>
<b>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA .....</b>	<b>I</b>
<b>CERTIFICACION DEL TUTOR .....</b>	<b>II</b>
<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>III</b>
<b>AGRADECIMIENTO .....</b>	<b>IV</b>
<b>DECLARACION EXPRESA .....</b>	<b>V</b>
<b>ABREVIATURAS.....</b>	<b>VI</b>
<b>INDICE GENERAL .....</b>	<b>VII</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS.....</b>	<b>X</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>XI</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>XII</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>EL PROBLEMA .....</b>	<b>3</b>
<b>Delimitación del Problema .....</b>	<b>3</b>
<b>Formulación del Problema .....</b>	<b>3</b>
<b>JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>OBJETO DE ESTUDIO .....</b>	<b>4</b>
<b>CAMPO DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>4</b>
<b>Objetivo General .....</b>	<b>4</b>
<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>4</b>
<b>LA NOVEDAD CIENTÍFICA .....</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1. - Teorías Generales.....</b>	<b>6</b>
<b>1.1.1. - Antecedentes .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1.2. - Fisiopatogenia .....</b>	<b>8</b>
<b>1.1.3. – Etiología de la Hemorragia Post-Parto .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1.4. – Signos y Síntomas de la Hemorragia Post-Parto .....</b>	<b>10</b>
<b>1.2. -Teorías Sustantivas .....</b>	<b>11</b>
<b>1.2.1. - Factores de riesgo en la Hemorragia Postparto .....</b>	<b>11</b>
<b>1.2.2. – Resultante neonatal producto de una Hemorragia Postparto .....</b>	<b>12</b>
<b>1.2.3. – Diagnóstico clínico y paraclínico .....</b>	<b>12</b>
<b>1.2.4. –Diagnóstico de la Hemorragia Post-Parto .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2.5. – Prevención de la hemorragia Post-Parto .....</b>	<b>14</b>

1.2.6. – Tratamiento de la hemorragia Post-Parto .....	16
1.2.7. – Complicaciones de la Hemorragia Post-Parto .....	19
1.3. - Referentes Empíricos .....	20
1.3.1. – Contexto Internacional.....	20
1.3.2. – Contexto Nacional.....	21
<b>CAPITULO II MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>22</b>
2.1. - Metodología .....	22
2.2. - Métodos .....	22
2.3. - Hipótesis .....	22
2.4. – Universo y Muestra .....	22
2.4.1. - Universo.....	22
2.4.2. - Muestra .....	22
2.5. – Criterios de Inclusión / Exclusión .....	23
2.5.1. – Criterios de Inclusión .....	23
2.5.2. – Criterios de Exclusión .....	23
2.6. – Operacionalizacion de Variables .....	24
2.6. – Gestión de Datos .....	27
2.7. – Criterios Éticos de la Investigacion. ....	27
<b>CAPÍTULO III RESULTADOS .....</b>	<b>28</b>
3.1. - Antecedentes de la Poblacion .....	28
3.2. – Estudio de Campo .....	29
<b>CAPÍTULO IV DISCUSIÓN .....</b>	<b>44</b>
4.1. – Contrastación Empírica .....	44
4.2. – Limitaciones .....	47
4.3. – Líneas de la Investigacion .....	47
4.4. – Aspectos Relevantes .....	48
<b>CAPÍTULO V PROPOSTA .....</b>	<b>49</b>
5.1. – Tema de Investigacion Propuesta .....	49
5.2. – Localización de la Propuesta .....	49
5.3. – Antecedentes de la Propuesta .....	49
5.4. – Justificación .....	50
5.3. – Objetivos .....	51
5.3.1. – Objetivo General.....	51
5.3.2. – Objetivos Específicos .....	51
5.4. – Herramienta Score MAMA .....	52
5.5. – Claves Obstétricas .....	53
5.6. – Análisis de Factibilidad .....	54

<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>55</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>55</b>
<b>Recomendaciones .....</b>	<b>56</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>59</b>

**ÍNDICE DE TABLAS**

<b>ÍNDICE DE TABLAS .....</b>	<b>VII</b>
<b>Atenciones Obstétricas durante el periodo 2016 – 2017 .....</b>	<b>29</b>
<b>OBJETIVO N° 1.- Determinar los factores agravantes de la Hemorragia PostParto y su resultante neonatal en pacientes atendidas en el Hospital Alfredo Paulson .....</b>	<b>30</b>
<b>OBJETIVO N° 2.- Definir las causas de Hemorragia PostParto en gestantes ingresadas en el Hospital Alfredo Paulson.....</b>	<b>31</b>
<b>OBJETIVO N° 3.- Establecer las principales complicaciones que conllevan a una hemorragia postparto .....</b>	<b>32</b>
<b>OBJETIVO N° 4.- Valorar la resultante neonatal por la edad gestacional y sus complicaciones .....</b>	<b>33</b>
<b>OBJETIVO N° 5.- Identificar las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.....</b>	<b>37</b>
<b>OBJETIVO N° 6.- Capacitar al personal médico en el manejo oportuno de la Hemorragia Postparto a través de la implementación del Score MAMA .....</b>	<b>43</b>

## RESUMEN

La hemorragia post parto es la primera causa de muerte materna mundialmente, esta puede evolucionar al shock hipovolémico e incluso la muerte, convirtiéndose en la complicación obstétrica más temida durante el parto y puerperio. El objetivo de este estudio fue determinar los factores que agravan la hemorragia postparto y su resultante neonatal en pacientes atendidas en el Hospital Alfredo Paulson. La metodología fue analítica, cuantitativa, diseño no experimental, descriptiva y corte transversal, la recolección de datos fue con historias clínicas completas. Dentro de los resultados tenemos un universo de 88 gestantes diagnosticadas con hemorragia post parto, de las cuales se excluyó 29 por historias clínicas incompletas, tomando como muestra 59 las cuales cumplieron con los criterios de inclusión, el factor agravante con mayor porcentaje fue la anemia 20,34% (12), siendo la hemorragia postparto de aparición temprana por hipotonía uterina transitoria con el 37,29% (22). En cuanto a la resultante materna la principal complicación fue el Shock Hipovolémico 20,34% (12), y resultante neonatal con productos a término 57,62% (34), AEG el 57,63% (34), Apgar 7 a 8 con 49,15% (29), Ballard 57,63% (34), dentro de las complicaciones el síndrome de dificultad respiratoria 16,95% (10), seguida de la taquipnea transitoria 15,25% (9). La edad promedio fue de 16 a 35 años, siendo el grupo comprendido entre 24 a 27 con el 25,42% (15), las multíparas con un 64,41% (38), de las cuales el 35,59% (21) eran solteras, con un nivel de escolaridad bachiller el 52,54% (31), y nivel socio económico medio del 66,10% (39). La vía de terminación del embarazo fue por cesárea en un 59,32% (25). Se concluye que con el manejo oportuno pre y postparto más la implementación del Score MAMA, se ha logrado una disminución significativa de esta patología y su morbimortalidad, tanto materna como neonatal.

**PALABRAS CLAVE:** EMBARAZO, HEMORRAGIA POST PARTO, RESULTANTE NEONATAL, COMPLICACIONES.

## ABSTRACT

Postpartum haemorrhage is the leading cause of maternal death globally, which can progress to hypovolemic shock and even death, making it the most feared obstetric complication during childbirth and postnatal period. The objective of this study was to determine the factors that aggravate postpartum hemorrhage and its resulting neonatal outcome in patients treated at the Alfredo Paulson Hospital. The methodology was analytical, quantitative, nonexperimental, descriptive and cross-sectional design, data collection was with complete clinical histories. Within the results we have a universe of 88 pregnant women diagnosed with postpartum haemorrhage, of whom 29 were excluded from incomplete medical records, taking 59 as the sample, which met the inclusion criteria, the most aggravating factor was anemia 20 , 34% (12), with early-onset postpartum hemorrhage due to transient uterine hypotonia with 37.29% (22). As for the maternal result, the main complication was Hypovolemic Shock 20.34% (12), resulting neonatal with 57.62% (34), AEG 57.63% (34), Apgar 7 to 8 with 49.15% (29), Ballard 57.63% (34), within complications the respiratory distress syndrome 16.95% (10), followed by transient tachypnea 15.25% (9). The mean age was 16 to 35 years, the group was between 24 to 27 with 25.42% (15), the multiparous with 64.41% (38), of which 35.59% (21) were single, with a high school education level of 52.54% (31), and an average socioeconomic level of 66.10% (39). The way of termination of pregnancy was by cesarean section in 59.32% (25). It is concluded that with timely pre and postpartum management plus the implementation of the MAMA Score, a significant reduction of this pathology and its morbidity and mortality, both maternal and neonatal, has been achieved.

**KEY WORDS:** PREGNANCY, POSTPARTUM HEMORRHAGE, NEONATAL OUTCOME, COMPLICATIONS.

## INTRODUCCIÓN

La Hemorragia post parto se define como la pérdida de sangre mayor a 500 cc en un parto normal y mayor a 1000 cc en un parto por cesárea dentro de las primeras horas posteriores al puerperio, esta puede ser de aparición temprana o tardía según su etiología. Entre los principales síntomas de alarma indicativos de una hemorragia está el mareo, hipotensión, entre otras y como señal agravante el shock hipovolémico

En el año 2000 las naciones unidas establecieron los objetivos del milenio, siendo uno de los objetivos principales reducir la tasa de morbi mortalidad materno neonatal, relacionada con la hemorragia postparto. Por lo tanto, la reducción de la mortalidad materna debe ser una prioridad en el trabajo integral de los equipos de salud, especialmente en las comunidades lejanas, logrando de esta manera mejorar la calidad de atención en las pacientes. (pag. 9) (MSP, Guia de Practica Clinica Hemorragia Post Parto, 2013)

Dentro de los principales factores etiológicos agravantes de la HPP es la atonía uterina, ocurrida en casi la mayoría de muertes maternas. La mayoría de las muertes maternas ocurridas pueden ser evitables, ya que el uso de un tratamiento adecuado y oportuno en el inmediato reconocimiento de esta patología facilitara la labor de los demás profesionales.

El manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto, debe ser inmediato después de la salida de la placenta, ya que de esta depende el control de la posible HPP que se quiera llegar a presentar o no. La recomendación en el MATEP es aplicar 10 UI Oxitocina una vez expulsada la placenta, con el fin de ayudar al útero a que se contraiga inmediatamente, ahora en caso de que la hemorragia continúe se puede aplicar metilergometrina siempre y cuando la tensión arterial del paciente este normal y no padezca de ningún tipo de enfermedad cardiaca, así mismo también tenemos el uso de la misoprostol (prostaglandina E 1) la cual también posee efectos uterotónicos.

Incluso en los protocolos establecidos, algunas mujeres aun requieren tratamiento para el sangrado excesivo, ya que la demora en el diagnóstico y tratamiento tendrá un impacto significativo sobre las secuelas y la posibilidad de supervivencia de las pacientes. En el mundo anualmente alrededor de 500.000 mujeres mueren por causas relacionados con el

embarazo y el parto, y de estas las cifras más altas corresponden a las hemorragias post parto como complicación.

La OMS declara que cada día mueren más de 830 mujeres por HPP, en el año 2013 se reportó 289 fallecimientos a nivel mundial. En el 2014 Ecuador notificó 166 fallecimientos por HPP, con una tasa de mortalidad materna del 49.16 %. En cambio, en el 2015 hubo 150 muertes maternas por HPP de origen temprana en un 80.67 %, otras patologías como son los trastornos hipertensivos del embarazo en un 31.11%, sepsis el 12%. (pág. 5) (MSP, Score MAMA y Claves Obstetricas, 2017)

La tasa de muertes maternas en el 2015 fue del 44.58% por cada 100000 nacidos vivos. En la última etapa de la gestación, la mujer experimenta muchos cambios en su organismo, entre ellos la variación de los valores hematológicos, este cambio se ve reflejado en el aumento del volumen sanguíneo en un 50%, constituyéndose una reserva importante para la reposición de volumen sanguíneo en caso de pérdida hemática durante el parto ya sea normal o por vía alta.

Entre las complicaciones neonatales que puede surgir en la tercera etapa del trabajo de parto, producto de una hemorragia postparto, entre las principales pueden ser la hipoxia fetal, depresión neonatal, síndrome de dificultad respiratoria, taquipnea transitoria del recién nacido, líquido amniótico meconial entre otras. Como consecuencia de esto, el recién nacido puede resultar con una serie de problemas y enfermedades. La mortalidad neonatal es de 14.3% por cada 1.000 nacidos vivos. (OMS, Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto, 2014)

## **EL PROBLEMA**

### **Delimitación del Problema**

Durante los últimos años la tasa de embarazos a temprana edad va en aumento, considerándose una problemática muy preocupante para el sistema nacional de salud, ya que esto desencadena factores no solamente biológicos, sino también sociales y económicos, aumentando el riesgo en la embarazada de padecer hemorragia postparto durante su labor de parto, poniendo en riesgo la vida no solamente de la madre sino también del neonato.

El Hospital Gineco Obstétrico Alfredo Paulson, se encuentra ubicado en la ciudad de Guayaquil junto al complejo Hospitalario Roberto Gilbert Elizalde, este brinda una atención integral al binomio madre e hijo, cuenta con todas las instalaciones y equipos sofisticados de última tecnología para la atención y cuidado del binomio madre – hijo. Entre el grupo etareo que acude a las diferentes especialidades desde la emergencia y consulta externa, se puede evidenciar mujeres de edad temprana, muchas de ellas primigestas con muy bajos recursos económicos, el Hospital es reconocido a nivel internacional por su capacidad resolutive de alta complejidad.

En la actualidad la tasa de mortalidad materno neonatal por hemorragia postparto en la institución se mantiene, aunque en menor proporción, atribuido a la alta capacidad que tiene el hospital para resolver las emergencias obstétricas que se llegasen a presentar, por lo tanto, cuenta con todos los equipamientos técnico y talento humano profesional. El complejo hospitalario se somete bajo un estricto orden, supervisión y seguimiento de protocolos tanto maternos como neonatales establecidos por el ente regulador Ministerio de Salud Pública

### **Formulación del Problema**

¿Cuáles son los factores agravantes con mayor porcentaje en la hemorragia postparto y su resultante neonatal de gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Paulson?

## **JUSTIFICACIÓN**

Considero de gran importancia la realización de este proyecto investigativo, ya que constituye uno de los mayores problemas de salud pública, este estudio demostrara el tipo de complicaciones como la hemorragia postparto que se pueden presentar durante el trabajo de parto y el puerperio, y sus secuelas irreversibles, que muchas veces conllevan a un shock hipovolémico e incluso la muerte. En nuestro medio existe la necesidad de implementar un sistema de atención rápida y oportuna, para evitar la extensión de los días de estadía en el hospital, la derivación a otras entidades de salud, así como disminuir los traumas obstétricos irreversibles a temprana edad como lo es la histerectomía, mejorando de esta manera las condiciones de atención e interviniendo en la disminución de la morbimortalidad materno neonatal.

## **OBJETO DE ESTUDIO**

La hemorragia Post-Parto

## **CAMPO DE INVESTIGACIÓN**

Factores agravantes de la hemorragia postparto y su resultante neonatal.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

- ✓ Determinar los factores agravantes de la hemorragia postparto y su resultante neonatal en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Paulson.

### **Objetivos Específicos**

- ✓ Definir las causas de hemorragia postparto en gestantes ingresadas en el Hospital Alfredo Paulson.

- ✓ Establecer las principales complicaciones que conllevan a una hemorragia postparto y su resultante neonatal.
- ✓ Valorar la resultante neonatal por la edad gestacional y sus complicaciones.
- ✓ Identificar las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.
- ✓ Capacitar al personal médico en el manejo oportuno de la Hemorragia Postparto a través de la implementación del Score MAMA.

## **LA NOVEDAD CIENTÍFICA**

La novedad científica del presente estudio, contiene la elaboración de un plan estratégico para la reducción de la HPP, mediante la implementación y uso correcto del Score MAMA en la atención de las gestantes que acuden al hospital, con el propósito de incrementar los conocimientos y alineamientos de protocolos dados por el ente regular, es así que de esta manera se precisara la acción necesaria y oportuna para una correcta toma de decisiones mediante el uso de esta herramienta objetiva.

# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.1. - Teorías Generales

#### 1.1.1. - Antecedentes

Se define a la hemorragia postparto como la pérdida de sangre que supera los 500ml en un parto vaginal y que supera los 1000ml en un parto por cesárea. Para fines clínicos, toda pérdida de sangre con posibilidad de producir inestabilidad hemodinámica debe considerarse una hemorragia postparto. A menudo, los cálculos clínicos de la pérdida de sangre no son precisos. (pág. 12) (MSP, Guía de Práctica Clínica Hemorragia Post Parto, 2013)

El American College of Obstetrics and Gynecology define la hemorragia posparto como aquella que produce un descenso del hematocrito desde la admisión hasta el período posparto de 10 o más puntos de porcentaje, o la necesidad de transfundir a la paciente luego del parto como resultado de la pérdida de sangre.

La hemorragia post-parto afecta aproximadamente el 2 % de todas las mujeres parturientas, se presenta en alrededor del 3,9% de los partos vaginales y del 6,4% de los partos por cesárea. Es considerada una de las causas principales de mortalidad materna en el mundo, la hemorragia post-parto es un factor significativo que contribuye a la morbilidad materna grave y a la discapacidad a largo plazo, así como a una serie de otras enfermedades maternas graves generalmente asociadas con la pérdida considerable de sangre, incluidos el shock y la disfunción orgánica.

Actualmente es definida y diagnosticado clínicamente como cualquier pérdida de sangre que conlleve a una alteración hemodinámica de la paciente (por ejemplo, mareos, debilidad, palpitaciones, sudoración, inquietud, confusión, disnea, síncope) y / o presente signos de hipovolemia (por ejemplo, hipotensión, taquicardia, oliguria, con poco oxígeno de saturación <95%) que hace necesario trasfundir sangre. (Alvear Leicher, 2000)

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

A diferencia de la conducta activa, la conducta expectante implica esperar la aparición de signos de separación de la placenta y permite que la placenta sea expulsada en forma espontánea o con la ayuda de la estimulación de los pezones o la gravedad. En comparación con la conducta expectante, la conducta activa en el alumbramiento está asociada con una reducción considerable en la frecuencia de HPP. (pág. 8) (OMS, Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto, 2014)

Por lo general, se supone que, mediante la prevención y el tratamiento de la HPP, la mayoría de las muertes asociadas con la HPP podrían evitarse. Por lo tanto, la prevención y el tratamiento de la HPP son pasos vitales para mejorar la atención de la salud de las mujeres durante el parto y alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Para este fin, los trabajadores de la salud de los países en desarrollo deben tener acceso a los medicamentos apropiados y capacitarse en los procedimientos pertinentes para el tratamiento de la HPP. Los países también necesitan orientación basada en pruebas científicas para informar sus políticas de salud y mejorar los resultados.

La HPP se clasifica en dos tipos de causas:

### **Hemorragia posparto primaria o 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 producen debido a atonía uterina. Se define como atonía del útero a la incapacidad

del útero de contraerse adecuadamente después del nacimiento del producto. (MSP, Guía de Práctica Clínica Hemorragia Post Parto, 2013)

### **Hemorragia posparto secundaria o tardía**

La HPP secundaria o tardía se produce entre las 24 horas y seis semanas posparto. La mayoría de los casos de HPP tardía se deben a la retención de productos de la concepción, infección o ambas. (MSP, Guía de Práctica Clínica Hemorragia Post Parto, 2013)

#### **1.1.2. - Fisiopatogenia**

El miometrio es el componente muscular del útero y está compuesto por fibras musculares oblicuas que rodean a los vasos sanguíneos. Durante el alumbramiento, estas fibras musculares se contraen y se retraen; el miometrio progresivamente se engrosa y el volumen intrauterino disminuye. (Botella, 1997)

La placenta no tiene la propiedad de contraerse y comienza a separarse a medida que la superficie del útero disminuye. Conforme se va separando la placenta, el útero se hace firme y globuloso llegando al abdomen y a veces atraviesa la línea media abdominal.

Este proceso lleva habitualmente 10-30 minutos; si la placenta no se separa dentro de los 30 minutos luego del nacimiento se considera un alumbramiento prolongado. Al final de un embarazo a término, 500 a 800 ml de sangre fluyen a través del torrente sanguíneo al sitio placentario cada minuto. A medida que la placenta se separa del útero estos vasos se rompen y ocurre el sangrado.

Las contracciones continuas y coordinadas del miometrio comprimen los vasos locales para controlar el sangrado en el lecho placentario y permiten la formación de un coágulo retroplacentario. Cuando el útero falla en contraerse coordinadamente se dice que existe atonía uterina, los vasos sanguíneos en el sitio placentario no se contraen y se produce la hemorragia. El grado de pérdida de sangre asociado con la separación de la placenta y su expulsión depende de la rapidez con que la placenta se separe de la pared uterina y de la

efectividad de la acción de las contracciones sobre el lecho placentario durante y después de la separación.

El sangrado después del parto es controlado por una combinación la contracción del miometrio, que constriñe los vasos sanguíneos que irrigan el lecho placentario, y factores locales deciduales hemostáticos, incluyendo el factor tisular el activador del plasminógeno tipo 1 inhibidor, y los factores de la coagulación sistémica (por ejemplo, las plaquetas circulantes y factores de coagulación). La deficiente contracción del miometrio se manifiesta clínicamente como la atonía uterina. Hemostasia decidua defectuosa se asocia con decidualización inadecuada (por ejemplo, la placenta adherida) o diátesis hemorrágica (por ejemplo, deficiencias de factores o trombocitopenia). (Botella, 1997)

### 1.1.3. – Etiología de la Hemorragia Post-Parto

La atonía uterina es la causa más común e importante de HPP. El mecanismo primario de hemostasia inmediata luego del parto es la contracción miometrial, que produce la oclusión de los vasos sanguíneos uterinos miometriales que pasan entre las células musculares del útero. (pág. 13) (MSP, Guia de Practica Clinica Hemorragia Post Parto, 2013)

Para el abordaje sistemático de la HPP es útil recordar la nemotecnia de las 4 T, que describe las causas de HPP en orden de frecuencia:

Causa	Frecuencia (%)
<b>Tono:</b> atonía uterina	70
<b>Trauma:</b> lesión cervical o vaginal, ruptura uterina	20
<b>Tejido:</b> retención de placenta o coágulos	10
<b>Trombina:</b> coagulopatía preexistente o adquirida	<1

**Fuente:** (MSP, Guia de Practica Clinica Hemorragia Post Parto, 2013)

### 1.1.4. – Signos y Síntomas de la Hemorragia Post-Parto

Manifestaciones Iniciales	Signos y Síntomas	Diagnostico Presuntivo
No se expulsa la placenta dentro de los 30 minutos después del parto.	Hemorragia antes de la expulsión de placenta. Útero no contraído.	Retención Placentaria.
Hemorragia postparto algunos minutos después de expulsivo Útero no contraído, blando.	Hipotensión y/o shock.	Atonía Uterina.
Hemorragia postparto inmediata continua. Coágulos en vagina.	Alumbramiento completo Útero contraído	Desgarro del cérvix, vagina o periné.
Hemorragia postparto inmediata Sangre en vagina no coagula.	Alumbramiento completo Útero contraído	Trastornos de la coagulación.
Placenta Incompleta	Hemorragia postparto inmediata Útero contraído	Retención de restos placentarios.
Dolor abdominal severo (puede ↓ después de la rotura) Hemorragia postparto inmediata (intraabdominal y/o vaginal)	Shock Palidez, taquicardia Abdomen sensible	Rotura uterina
No se palpa fondo uterino a la palpación abdominal. Dolor leve o intenso	Inversión uterina visible en la vulva. Hemorragia postparto inmediata.	Inversión uterina.
Sangrado más de 24 horas. después del parto. Subinvolucion uterina.	Sangrado vaginal variable (leve o profuso, continuo o irregular) con mal olor: Anemia	Hemorragia postparto tardía, retención de restos y endometritis.
Sangrado persistente en el puerperio.	Sangrado vaginal variable: Anemia	ETG Persistente: Tumor trofoblástico en la zona placentaria.

## 1.2. -Teorías Sustantivas

### 1.2.1. - Factores de riesgo en la Hemorragia Postparto

Dentro de los factores de riesgo para producir una hemorragia post-parto se puede considerar lo siguiente:

4 T	Causas	Factores de Riesgo
Atonía Uterina Atonía Uterina ( <b>TonoTono</b> )	Sobredistención uterina	Gestación múltiple Hidramnios Feto macrosómico
	Corioamnionitis	RPM Prolongada Fiebre
	Agotamiento Muscular	Parto prolongado y/o rápido Elevada multiparidad
Lesión del Canal de Parto ( <b>Trauma</b> )	Desgarros del canal del parto.	Parto instrumental Fase de expulsivo precipitado
	Rotura / Deshincencia uterina	Cirugía uterina previa Parto instrumental Distocia Hiperdinamia Versión cefálica externa
	Inversión Uterina	
Retención de Tejidos ( <b>Tejidos</b> )	Placenta	Acretismo Placentario Cirugía uterina previa
	Coágulos	Atonía uterina
Alteraciones de la Coagulación ( <b>Trombina</b> )	Adquiridas	Preeclampsia Síndrome de HELLP CID Embolia de líquido amniótico Sepsis Abrupto Placenta
	Congénitas	Enfermedad de Von. Willebrand Hemofilia tipo A

**Fuente:** (H. Karlsson, 2009)

### **1.2.2. – Resultante neonatal producto de una Hemorragia Postparto**

Ante la presencia de una hemorragia postparto el recién nacido, comienza a sufrir un grado de hipoxia fetal, que si no es solucionado inmediatamente puede complicarse.

Fisiológicamente el recién nacido posee una reserva muy escasa para compensar espontáneamente un descenso en el transporte de oxígeno, y esto es debido a su diferente fisiología cardiorespiratoria. La menor capacidad pulmonar, una menor distensibilidad del pulmón y menor volumen corriente la obligan a mantener una frecuencia respiratoria, normalmente elevada, de 30 a 40 respiraciones por minuto a diferencia de la frecuencia del adulto (10-12 respiraciones por minuto). (Manuel Sánchez Luna, 2008)

La presencia de hemoglobina fetal con una mayor capacidad de transportar oxígeno, pero menor capacidad de donarlo a los tejidos, explica como un descenso de su concentración por una anemia aguda pueden desembocar en un descenso importante del contenido de oxígeno en la sangre. (Manuel Sánchez Luna, 2008)

La salud de la madre está estrechamente ligada a la salud del feto. Así, la edad de la madre, la obesidad materna marcada (IMC  $>34,9$  kg/m<sup>2</sup>), la historia previa de mortinato, el aborto previo y las complicaciones maternas, tales como sangrado vaginal, hipertensión arterial previa, eclampsia, hemorragia puerperal, las patologías variadas maternas e infecciones que requieren el empleo de antibióticos e internación de la madre antes del parto, están asociadas significativamente a la muerte fetal.

### **1.2.3. – Diagnóstico clínico y paraclínico**

Existe una tendencia a la subestimación de las pérdidas sanguíneas en gestantes. Los signos, síntomas y su relación con el grado de pérdida sanguínea y choque hipovolémico, deben estar normatizados y expuestos en el sitio de atención de partos con el fin de orientar las estrategias de manejo. Gracias a la implementación de las guías de prácticas médicas y del score mama se ha logrado una disminución significativa de la morbimortalidad materna en estos últimos

meses lo que nos da la pauta de una mejor calidad de atención y de la toma de decisiones para considerar el traslado a una unidad de salud de mayor nivel.

Evaluación inicial en HPP, según estimación de las pérdidas:

<b>Pérdida de volumen en % y ml (mujer de 50-70 kg)</b>	<b>Sensorio</b>	<b>Perfusión</b>	<b>Pulso</b>	<b>Presión Arterial sistólica (mm/Hg)</b>	<b>Grado del Choque</b>
10-15% 500-1000 ml	Normal	Normal	69%	>90	Ausente
16-25% 1001-1500 ml	Normal y/o agitada	Palidez, Frialdad.	91-100	80-90	Leve
26-35% 1501-2000 ml	Agitada	Palidez, frialdad, más sudoración	101-120	70-79	Moderado
>35% >2000 ml	Letárgica o inconciente	Palidez, frialdad, más sudoración y llenado capilar > 3 segundos	>120	<70	Severo

Fuente: (Fescina R, 2012)

#### 1.2.4. –Diagnóstico de la Hemorragia Post-Parto

Ante una Hemorragia Post-Parto es crucial una actuación inmediata y secuencial. Se recomienda disponer de un plan de acción previamente establecido y que resulte familiar al personal de la maternidad. El Obstetra o el Ginecólogo tienen que ser capaces de identificar si una determinada maniobra para la corrección de la hemorragia es exitosa o por el contrario

insuficiente, de este modo se procura que la demora en la aplicación de medidas sucesivas sea la mínima posible. Así mismo debe coordinarse ayuda multidisciplinaria en caso de no poder controlar la hemorragia con medidas generales.

El diagnóstico de la hemorragia postparto es clínico, apareciendo una pérdida hemática excesiva después del alumbramiento. En primer lugar, se debe intentar cuantificar el volumen de la pérdida hemática y posteriormente valorar la repercusión de la misma sobre el estado hemodinámico de la paciente, para lo cual deben evaluarse diferentes parámetros: tensión arterial, llenado capilar, diuresis, frecuencia cardíaca, nivel de conciencia, y hacer un diagnóstico diferencial. Según sus valores se pueden establecer los diferentes grados de hemorragia una mujer con nivel de hemoglobina normal tolera una pérdida de sangre que sería mortal para una mujer anémica.

### **1.2.5. – Prevención de la hemorragia Post-Parto**

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 pueden prevenirse con el manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP).

En muchos 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, los estudios de Bristol y Hinchingsbrooke que compararon el manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) versus el manejo expectante o fisiológico de la tercera etapa del parto, demostraron claramente que, cuando se aplicó el manejo activo, la incidencia de HPP fue significativamente inferior (5,9% con MATEP vs. 17,9% con manejo expectante; y 6,8% con MATEP vs. 16,5% sin MATEP).

Los datos respaldan el empleo habitual del manejo activo de la tercera etapa del parto por parte de todo personal especializado en partos, independientemente del lugar en el que trabajan; el MATEP reduce la incidencia de HPP, la necesidad de transfusión de sangre, y por lo tanto se lo debe incluir en todo programa de intervención destinado a reducir la mortalidad debido a HPP. (MSP, Guia de Practica Clinica Hemorragia Post Parto, 2013)

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) recomienda el uso de rutina de MATEP como el mejor método basado en evidencia para la prevención de la HPP, y destaca que se deben tomar todas las medidas para asegurar el uso de MATEP en cada parto vaginal atendido por personal especializado.

Los componentes habituales del MATEP incluyen:

**Paso 1. Administración de oxitocina u otro medicamento uterotónico dentro de un minuto luego del nacimiento del recién nacido.**

Dentro del primer minuto luego del nacimiento del producto, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro producto y administre 10 UI de oxitocina intramuscular, debido a que hace efecto entre dos y tres minutos luego de la inyección, sus efectos secundarios son mínimos y puede usarse en todas las mujeres. 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)<sup>10</sup> deben evitarse en mujeres con enfermedad cardíaca, preeclampsia, eclampsia o presión arterial alta. (MSP, Guía de Práctica Clínica Hemorragia Post Parto, 2013)

**Paso 2. Tracción controlada del cordón luego de pinzar y cortar el cordón umbilical cuando ha dejado de latir o a los dos o tres minutos del parto.**

No se recomienda la tracción controlada del cordón sin la administración de fármacos uterotónicos o antes de observar signos de separación de la placenta, ya que esto puede provocar la separación parcial de la placenta, la ruptura del cordón, sangrado excesivo y/o inversión del útero.

No se debe realizar la tracción del cordón umbilical sin aplicar la contratracción por encima del pubis con la otra mano. Aunque es uno de los temores principales, no se registró ningún caso de inversión uterina o de separación del cordón en los cinco principales estudios

controlados en los que se comparó el manejo activo y el manejo expectante. (MSP, Guía de Práctica Clínica Hemorragia Post Parto, 2013)

**Paso 3. Masaje uterino a través del abdomen después de la expulsión de la placenta, ayuda a que el útero se contraiga, disminuyendo así el sangrado.**

Después del alumbramiento, masajee el fondo del útero a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se contraiga. Durante las dos primeras horas, se debe controlar que exista una adecuada retracción uterina y que los loquios sean normales. (MSP, Guía de Práctica Clínica Hemorragia Post Parto, 2013)

### **1.2.6. – Tratamiento de la hemorragia Post-Parto**

Una vez que se ha identificado una HPP, es útil la organización del cuidado en cuatro componentes:

- Comunicación con todos los profesionales relevantes para el cuidado
- Reanimación
- Monitorización e investigación de la causa
- Implementación de medidas para detener el sangrado

Los cuatro componentes del manejo se deben implementar de forma simultánea en todos los casos de HPP. Si el establecimiento no reúne las condiciones obstétricas esenciales, se debe iniciar con las maniobras de reanimación y detención del sangrado y derivar a la paciente sin pérdida de tiempo a otra institución de capacidad resolutoria apropiada.

#### **1.2.6.1. - Manejo inicial de la Hemorragia Post-Parto**

La conducta inicial ha de centrarse en mantener y/o recuperar la estabilidad hemodinámica de la paciente. Para ello ha de instaurarse fluidoterapia agresiva con solución salina al 0,9% 1000 cc a razón 3:1 (300 cc de reposición por cada 100 perdidos). En general, se debe considerar la transfusión cuando se han perdido entre 1 y 2 litros de sangre aproximadamente. En tales circunstancias, si se administran 5 o más concentrados de hematíes, debe añadirse

plasma fresco congelado para reducir el impacto de la coagulopatía dilucional. Deben administrarse concentrados de plaquetas si el recuento de éstas desciende por debajo de 20.000 o si hay una disfunción plaquetaria. Un concentrado de hematíes incrementa el hematocrito en un 3% y seis concentrados de plaquetas suponen una elevación de 30.000/microl en el recuento. (H. Karlsson, 2009)

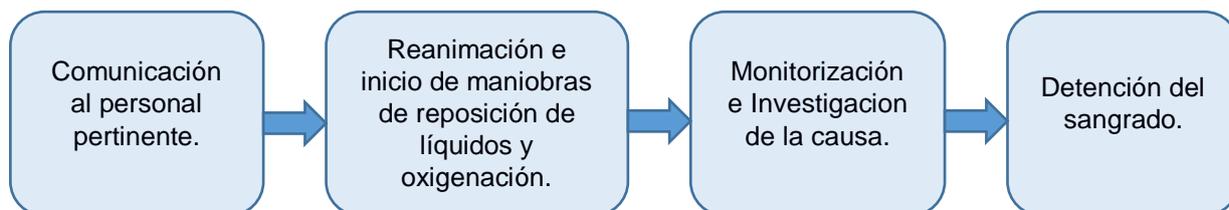
Durante este tiempo, las constantes vitales (TA, pulso, saturación de O<sub>2</sub>) han de ser monitorizadas y obtenerse analíticas seriadas cada 30 minutos. Consideraremos detener la transfusión una vez alcanzada una hemoglobina >8 gr/dl (hematocrito >21%), recuento plaquetario >50.000, o tiempos de coagulación (TP y TTPa) inferiores a 1,5 veces el valor control. En caso de no mantenerse saturaciones de oxígeno superiores a 92%, debe instaurarse oxigenoterapia de soporte con mascarilla.

Simultáneamente ha de colocarse una sonda urinaria con la triple función de favorecer la contracción uterina (gracias al vaciado vesical), preparar a la paciente en caso de una intervención quirúrgica y controlar la diuresis. Se considera adecuado un volumen diurético >30 ml/hora. Simultáneamente a la estabilización hemodinámica, se debe buscar e identificar la causa de la hemorragia para poder aplicar el tratamiento idóneo. (H. Karlsson, 2009)

#### **1.2.6.2. - Tratamiento en Hemorragia Post-parto Inmediata**

El período que sucede al nacimiento del producto y las primeras horas del posparto son cruciales en lo que se refiere al diagnóstico y el manejo del sangrado. 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. En comparación con otros riesgos asociados a la maternidad, la hemorragia puede transformarse rápidamente en una amenaza para la vida.

El sangrado lento y continuo o el sangrado repentino constituyen una emergencia; se debe intervenir cuanto antes y con decisión. Una vez que la hemorragia posparto ha sido identificada, el manejo del caso debe tener en cuenta cuatro componentes, los que deben llevarse a cabo simultáneamente.



**Fuente:** (MSP, Guía de Práctica Clínica Hemorragia Post Parto, 2013)

### 1.2.6.3. - Tratamiento en Hemorragia Post-parto Tardía

La mayoría de los casos ocurre durante las dos semanas posteriores al parto. La causa más frecuente es la subinvolución uterina, asociada a infección uterina o la retención de restos placentarios. (pág. 30) (Cordoba, 2008)

#### Evaluación diagnóstica inicial

Si la anemia es grave (Hemoglobina menor de 7 g/dl o hematocrito menor de 20%), transfunda sangre; se administrará hierro más ácido fólico en comprimidos durante por lo menos 3 meses para corregir la anemia.

Si hay signos de infección (fiebre, secreción vaginal de mal olor), administre antibióticos EV hasta que la mujer esté sin fiebre por 48 horas: Ampicilina 2 g, IV, cada 6 horas; Gentamicina, 5 mg/kg de peso corporal, IV, cada 24 horas; Metronidazol 500 mg, IV, cada 8 horas.

Administre medicamentos oxitócicos y solicite estudios de la coagulación.

Si el cuello uterino está dilatado, explore manualmente para extraer coágulos y fragmentos placentarios grandes.

Si el cuello uterino no está dilatado, evacue el útero realizando legrado para extraer los fragmentos placentarios. Si el sangrado continúa, considere el tratamiento quirúrgico; ligaduras arteriales, o una histerectomía. (pág. 30) (Cordoba, 2008)

#### **1.2.6.4. – Tratamiento Quirúrgico de la Hemorragia Post-Parto**

Si el tratamiento médico y farmacológico no surte ningún efecto en la paciente, y la hemorragia persiste se procederá inmediatamente a brindar un tratamiento quirúrgico. La decisión del mismo debe ser oportuna, ya que la demora del mismo pone en riesgo la vida de la paciente.

Entre los tratamientos quirúrgicos a realizar tenemos:

Legrado uterino (en caso de existir restos placentarios) Técnica de sutura hemostática uterina (Sutura B-Lynch) Ligadura de las arterias hipogástricas.

Histerectomía

#### **1.2.7. – Complicaciones de la Hemorragia Post-Parto**

Cuando la temperatura materna es mayor de 38 grados o más en dos días sucesivos después de las 24 horas post-parto hay que sospechar una infección puerperal, incluso la fiebre en las primeras 12 horas debe valorarse mediante exploración pulmonar y uterina, obtención de muestra para urocultivo. (pág. 176) (PhD, 2016)

Las infecciones relacionadas directamente con el parto suelen afectar el tracto genital y aparecen sobre todo en el útero o parametrios. También son de gran importancia las sepsis vesicales y renales que aparecen de forma precoz tras el parto.

Otras causas pueden ser la tromboflebitis y la mastitis las cuales tienden a aparecer después del tercer día post-parto. La Corioamnionitis febril durante el parto puede seguirse de una endometritis, miometritis o parametritis secundaria. (PhD, 2016)

Los factores que predisponen a la migración de la flora bacteriana vaginal (estreptococos anaerobios, estafilococos) a la cavidad uterina produciendo infecciones puerperales incluyen la anemia, rotura prematura de membranas prolongadas, trabajo de parto prolongado, parto operativo o traumático, exploraciones repetidas, retención de fragmentos placentarios intrauterino y hemorragia post-parto.

### **1.3. - Referentes Empíricos**

#### **1.3.1. – Contexto Internacional**

La Hemorragia Posparto es la causa aislada más importante de mortalidad materna y su causa más frecuente es la atonía uterina. El mejor tratamiento es su prevención. La oxitocina reduce el riesgo de HPP. “En un estudio realizado por el Dr. Begoña Navarro Díaz y colaboradores en España en el año 2013, en el cual se compara el uso de la Oxitocina vs la Carbetocina, análogo de la oxitocina humana que tiene inicio de acción rápido y una vida media 4 a 10 veces más larga que la oxitocina, produciendo una contracción tónica que reduce la pérdida hemática posparto “.

En este estudio se incluyeron 247 mujeres con algún factor de riesgo de atonía uterina tras cesárea, estudiadas desde abril de 2010 hasta marzo de 2012. Se ha comparado los efectos de administrar 100 microgramos de carbetocina y 10 UI de oxitocina tras el alumbramiento. Se ha evaluado las cifras de hemoglobina previas a la cesárea y tras 24 a 48 horas de la misma, y el porcentaje de transfusiones realizadas. Los resultados fueron los siguientes: En el grupo carbetocina, la hemoglobina tras la cesárea descendió menos ( $P=0,56$ ) y existió menos casos de anemia tras la misma ( $P=0,852$ ). Las transfusiones y el hierro intravenoso no aportaron datos concluyentes. Este estudio concluyó mencionando que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre carbetocina y oxitocina para prevenir HPP tras cesáreas. (Díaz, 2013)

La hemorragia obstétrica es la primera causa de muerte materna directa en el mundo. Cada año, aproximadamente 14 millones de mujeres en el mundo sufren de hemorragia posparto y de ellas, unas 125.000 fallecen debido a la falta de conocimiento de las causas y del tratamiento oportuno y adecuado por parte de los centros de salud. Actualmente, en Latinoamérica, muere diariamente una de cada 130 mujeres por alguna complicación durante el embarazo, el parto o el tiempo posparto. Estas complicaciones se presentan hasta en un 40 por ciento de los casos y de éstas, el 15 por ciento pueden poner en peligro la vida de la embarazada o dejar alguna secuela o discapacidad.

### 1.3.2. – Contexto Nacional

La hemorragia posparto, en su mayoría causada por atonía uterina, constituye la causa más frecuente de mortalidad materna evitable en todo el mundo, y la segunda causa más importante de muerte materna en Ecuador. Durante el año 2009 en el Ecuador se registraron 26 muertes de madres adolescentes que corresponden al 12,5% de todas las muertes maternas. Es decir 1 de cada 10 madres que fallece en nuestro país es adolescente. Es más frecuente la muerte materna en adolescentes se presente entre los 15 a 19 años, 10,58% versus 1.92%, entre los 10 a 14 años.

Las principales causas de muerte materna en el Ecuador en el año 2009 fueron las complicaciones vinculadas con las Hemorragias Postparto y los trastornos hipertensivos del embarazo. La sepsis y las alteraciones de la dinámica del parto son causas en menor proporción de mortalidad. De las 208 muertes maternas ocurridas durante el año 2009, 26 (12,5%), ocurrieron en madres adolescentes, 4 entre los 10 y 14 años y 22 entre los 15 y 19 años. El resto de muertes maternas, 182, ocurrieron en mujeres entre los 20 y 49 años.

En el año 2013 el mayor número de muertes maternas se registra en la provincia de Guayas alcanzando una razón de 31,86. Chimborazo con una razón de 128,88 es la provincia que mayor razón de muertes maternas presenta. A nivel nacional, para el año 2013 se registraron 155 muertes maternas, dando como resultado una razón de 45,71, lo que significa que por cada 100.000 nacidos vivos fallecen aproximadamente 46 mujeres en edad fértil. (INEC, 2013)

Evaluar adecuadamente a la embarazada desde el inicio de su gestación, nos permite reconocer a tiempo los posibles factores de riesgo que se pueden presentar, así como detectar durante el trabajo de parto y parto las posibles causas de hemorragia, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la solución del problema básico, constituyen los pilares en el tratamiento de esta entidad.

## **CAPITULO II MARCO METODOLÓGICO**

### **2.1. - Metodología**

La metodología del presente trabajo investigativo es de tipo analítico con enfoque cuantitativo.

### **2.2. - Métodos**

El presente trabajo fue de diseño no experimental, descriptivo de corte transversal, la herramienta para la recolección de datos se realizó a través de historias clínicas obstétricas de las pacientes atendidas en el hospital Alfredo Paulson, que reposan en el área de estadísticas.

### **2.3. - Hipótesis**

Identificación temprana de los factores que contribuyen a disminuir la morbimortalidad, mediante la reducción de las complicaciones de la Hemorragia PostParto y su resultante neonatal en el Hospital Gineco Obstétrico Alfredo Paulson.

#### **2.4. – Universo y Muestra**

##### **2.4.1. - Universo**

El universo del presente estudio está constituido por 88 pacientes atendidas en el Hospital Alfredo Paulson, durante el periodo de agosto 2016 a agosto del 2017.

##### **2.4.2. - Muestra**

La muestra obtenida del presente estudio investigativo se compone de 59 pacientes atendidas en la institución hospitalaria, diagnosticadas con hemorragia post-parto cuyas historias clínicas se encontraban completas, durante el periodo de agosto 2016 a agosto del 2017.

## **2.5. – Criterios de Inclusión / Exclusión**

### **2.5.1. – Criterios de Inclusión**

Pacientes mayores de 16 y menores de 35 años.

Pacientes con Hemorragia Post-Parto.

Pacientes con Historias Clínicas Completas.

Pacientes atendidas en el área tocoquirúrgica de la institución.

### **2.5.2. – Criterios de Exclusión**

Pacientes menores de 16 años y mayores de 35 años.

Pacientes sin Hemorragia Post-Parto.

Pacientes con Historias Clínicas Incompletas.

Pacientes no atendidas en el área tocoquirúrgica de la institución.

## 2.6. – Operacionalizacion de Variables

<b>VARIABLES (CATEGORIAS- FACTORES)</b>	<b>TIPO</b>	<b>DEFINICION</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES (POSITIVO, NEGATIVO)</b>	<b>INSTRUMENTO</b>	<b>UNIDAD DE ANALISIS</b>
HEMORRAGIA POSTPARTO	DEPENDIENTE	Se define a la hemorragia postparto como la pérdida de sangre que supera los 500ml en un parto vaginal y que supera los 1000ml en un parto por cesárea.	Mujeres que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Alfredo Paulson.	POSITIVO NEGATIVO	HISTORIAS CLÍNICAS	Mujeres valoradas y diagnosticadas por el profesional médico correspondiente.
EDAD	INDEPENDIENTE	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Mujeres que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Alfredo Paulson.	POSITIVO NEGATIVO	HISTORIAS CLÍNICAS	Mujeres valoradas y diagnosticadas por el profesional médico correspondiente.
PARIDAD	INDEPENDIENTE	Esta es primigesta o múltipara, según el número de partos.	Mujeres que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Alfredo Paulson.	POSITIVO NEGATIVO	HISTORIAS CLÍNICAS	Mujeres valoradas y diagnosticadas por el profesional médico correspondiente.

ESTADO CIVIL	INDEPENDIENTE	Estas puede ser: soltera, casada, unión libre, divorciada	Mujeres que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Alfredo Paulson.	POSITIVO NEGATIVO	HISTORIAS CLÍNICAS	Mujeres valoradas y diagnosticadas por el profesional médico correspondiente.
NIVEL DE ESCOLARIDAD	INDEPENDIENTE	Puede ser primaria, bachillerato, tercer o cuarto nivel.	Mujeres que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Alfredo Paulson.	POSITIVO NEGATIVO	HISTORIAS CLÍNICAS	Mujeres valoradas y diagnosticadas por el profesional médico correspondiente.
NIVEL SOCIO ECONOMICO	INDEPENDIENTE	Este puede ser bajo, medio o alto según el status social de la persona.	Mujeres que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Alfredo Paulson.	POSITIVO NEGATIVO	HISTORIAS CLÍNICAS	Mujeres valoradas y diagnosticadas por el profesional médico correspondiente.
VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO	INDEPENDIENTE	Este puede culminar vía cesárea o parto normal.	Mujeres que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Alfredo Paulson.	POSITIVO NEGATIVO	HISTORIAS CLÍNICAS	Mujeres valoradas y diagnosticadas por el profesional médico correspondiente.
FACTOR AGRAVANTE	INDEPENDIENTE	Se denomina así a todo evento o circunstancia que altere la estabilidad de un paciente.	Mujeres que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Alfredo Paulson.	POSITIVO NEGATIVO	HISTORIAS CLÍNICAS	Mujeres valoradas y diagnosticadas por el profesional médico correspondiente.

COMPLICACIONES HPP	INDEPENDIENTE	Refleja una acción mal ejecutada o aquella que aparece sin causa aparente.	Mujeres que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Alfredo Paulson.	POSITIVO NEGATIVO	HISTORIAS CLÍNICAS	Mujeres valoradas y diagnosticadas por el profesional médico correspondiente.
RESULTANTE NEONATAL	INDEPENDIENTE	Es el resultado de la concepción del neonato, valorado según su el método Ballard.	Mujeres que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Alfredo Paulson.	POSITIVO NEGATIVO	HISTORIAS CLÍNICAS	Mujeres valoradas y diagnosticadas por el profesional médico correspondiente.
Score MAMA	INDEPENDIENTE	Valora la respuesta temprana de las patología obstétrica.	Mujeres que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Alfredo Paulson.	POSITIVO NEGATIVO	HISTORIA CLINICA	Mujeres valoradas y diagnosticadas por el profesional médico correspondiente.

## **2.6. – Gestión de Datos**

Para el desarrollo del trabajo de titulación se procedió a recolectar datos de las historias clínicas de las pacientes entre 16 a 35 años, atendidas en el Centro Hospitalario, esto se lo realizo en el área de estadística de la institución, luego de efectuada la toma de información, se organizó y elaboró una base de datos, posteriormente se verificó la información, la misma que se la consolidó y sistematizó en el programa informático excel versión 2016.

A continuación, se resumieron los datos y se los plasmo mediante el uso de gráficos y barras estadísticas, se realizó la interpretación de resultados mediante la asociación de las variables de estudio.

## **2.7. – Criterios Éticos de la Investigación.**

Para la realización del presente trabajo de titulación se contó con la autorización respectiva de la Escuela de Post-Grado de la Universidad de Guayaquil y así mismo el permiso correspondiente del Director del Hospital de la Mujer “ Alfredo Paulson “, respetando de esta manera las normas y procedimientos establecidos por estas instituciones. Es de anotar, que no se toma nombre o referencia alguna de las personas involucradas en este estudio.

## **CAPÍTULO III RESULTADOS**

### **3.1. - Antecedentes de la Poblacion**

El Hospital de la Mujer "Alfredo G. Paulson", fue fundado el 19 de agosto del 2016, se encuentra ubicado en la ciudadela Atarazana, al norte de Guayaquil, a lado del Hospital de Niños Roberto Gilbert, conformando juntos el Complejo hospitalario "Alejandro Mann", el Hospital de la Mujer 'Alfredo G. Paulson' es ahora lo que antes se conocía como la Maternidad Enríque Sotomayor.

Su moderna construcción está ubicada en un área total de 90.000 m<sup>2</sup>, de los cuales, en 43,000 m<sup>2</sup>, se distribuyen en tres edificios: uno de cinco pisos para hospitalización, otro para la consulta externa y un edificio para áreas administrativas y docencia.

El Dr. Enrique Valenzuela es el Director técnico del Hospital de la Mujer, esta institución dispone de 553 camas y cuenta con 1.200 empleados, de los cuales el 65% a 70% son de personal técnico. Sus 28 consultorios, ubicados en la consulta externa, brindarán atención en todas las especialidades gineco-obstétricas, laboratorio e imágenes, entre ellas: Ginecología, Obstetricia, Embarazo de Alto Riesgo, Genética, Endocrinología, Ginecología Oncológica, Urología de la mujer, Mastología, Colposcopia, Patología, Medicina Interna, Cardiología, Ecografía Mamaria y otras.

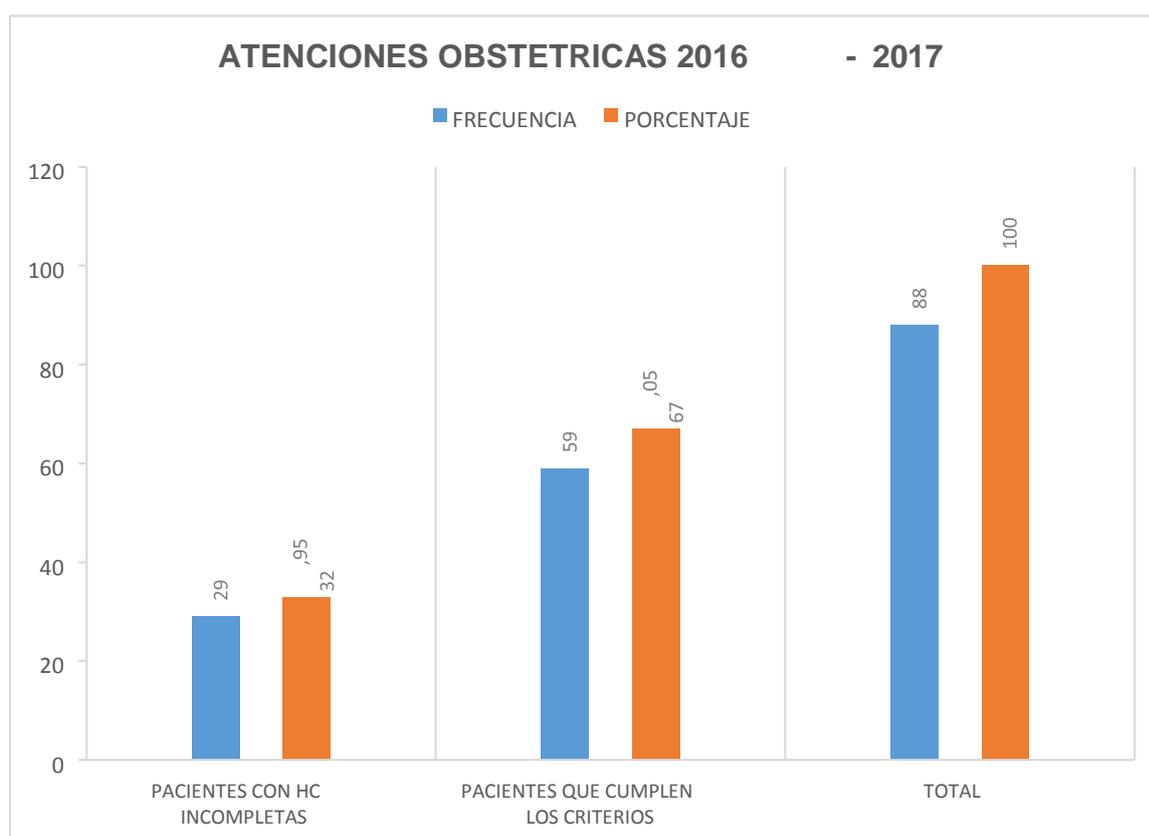
Su apertura marca un cambio en el servicio de atención a las mujeres. Con la inauguración del Hospital de la Mujer Alfredo G. Paulson, de la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), queda atrás el concepto de brindar una atención exclusiva para el embarazo y el parto.

El Hospital Paulson comparte espacio con el pediátrico Roberto Gilbert, en la ciudadela Atarazana, norte de Guayaquil. Ambos suman 1029 camas y forman el complejo hospitalario Alejandro Mann, considerado al momento el más grande de Latinoamérica.

### 3.2. – Estudio de Campo

#### Atenciones Obstétricas durante el periodo 2016 – 2017

ATENCIONES OBSTETRICAS HPP 2016 - 2017	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pacientes con HC Incompletas	29	32,95
Pacientes que cumplen los criterios	59	67,05
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>	<b>100</b>

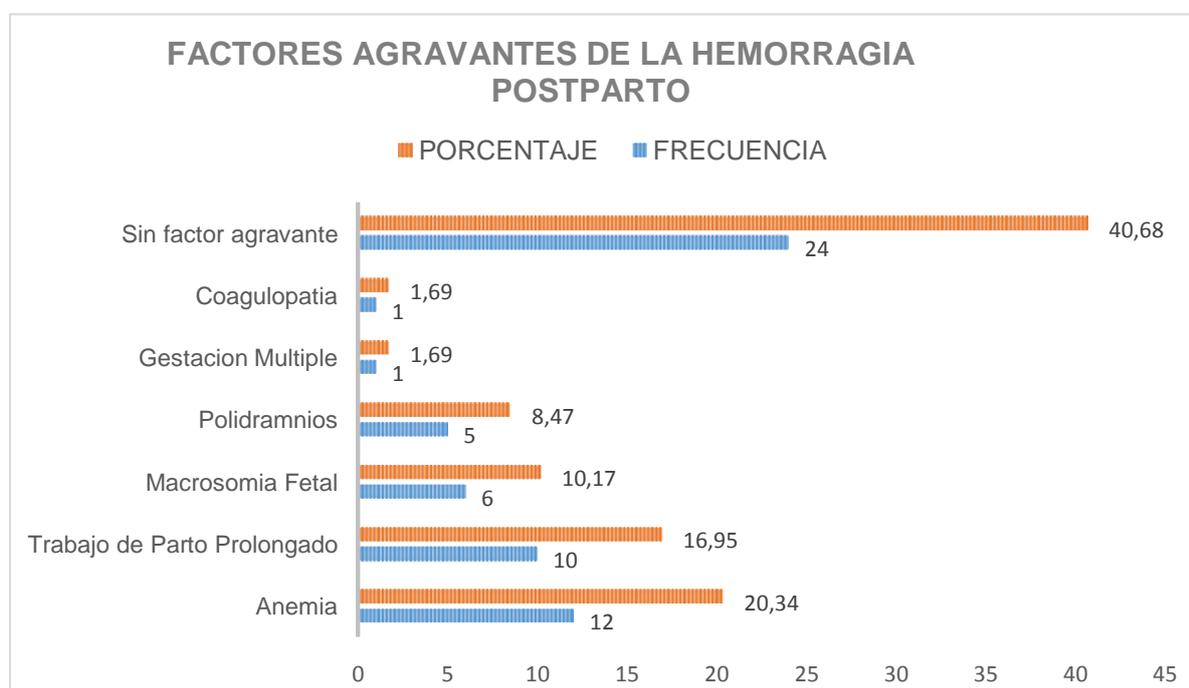


**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital de la Mujer Alfredo Paulson

**Análisis:** Dentro de los resultados obtenidos tenemos que el total de pacientes atendidos por Hemorragia Post-Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Alfredo Paulson fueron 88 dentro de los cuales 29 (32,95%) presentaron historias clínicas incompletas y solo se consideraron como muestra 59 (67,05%) pacientes, cuyas historias clínicas estaban completas, cumpliendo con los criterios de estudio.

**OBJETIVO N° 1.- Determinar los factores agravantes de la Hemorragia PostParto y su resultante neonatal en pacientes atendidas en el Hospital Alfredo Paulson.**

FACTORES AGRAVANTES EN LA HEMORRAGIA POSTPARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Anemia	12	20,34
Trabajo de Parto Prolongado	10	16,95
Macrosomía Fetal	6	10,17
Polidramnios	5	8,47
Gestación Múltiple	1	1,69
Coagulopatía	1	1,69
Sin factor agravante	24	40,68
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

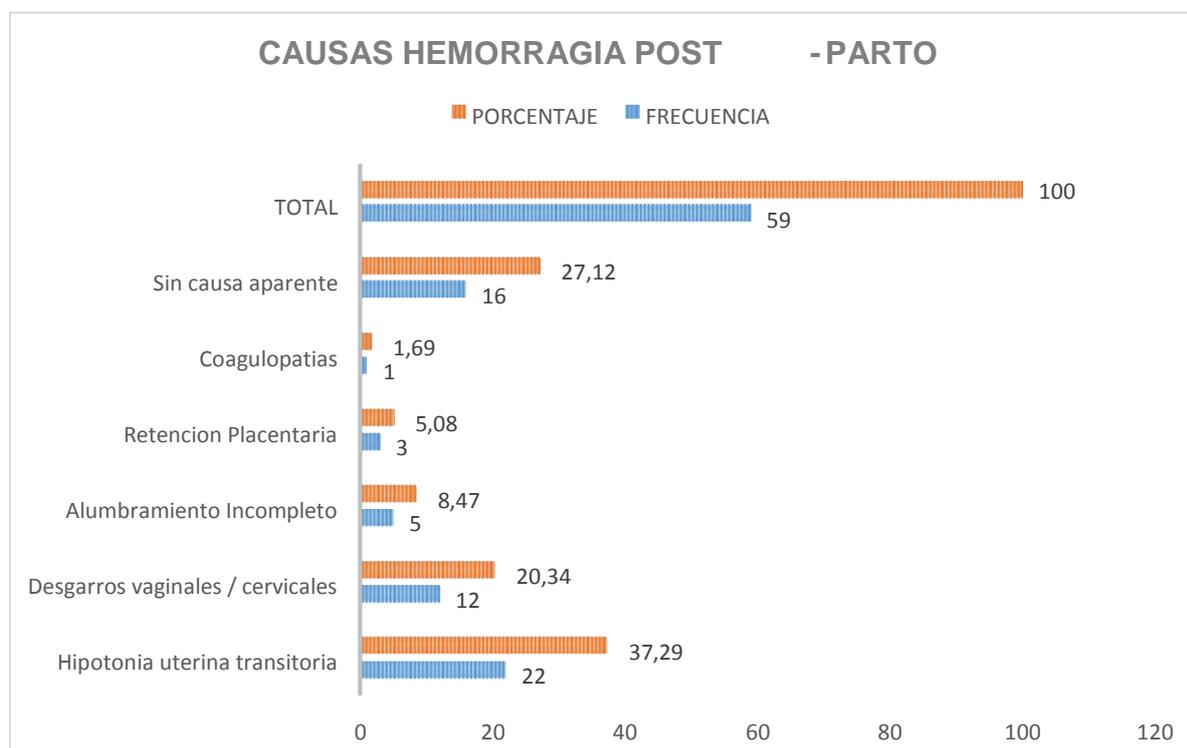


**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital de la Mujer Alfredo Paulson

**Análisis:** Como resultado de la muestra obtenida en el periodo de estudio se dieron 59 casos de Hemorragia PostParto de los cuales, los factores agravantes se clasifican en: Anemia 12 (20,34%), Trabajo de Parto Prolongado 10 (16,95%), Macrosomía Fetal 6 (10,17%), Polidramnios 5 (8,47%), Gestación Múltiple 1 (1,69%), Coagulopatías 1 (1,69%) y sin factores agravantes 24 (40,68%).

**OBJETIVO N° 2.- Definir las causas de Hemorragia PostParto en gestantes ingresadas en el Hospital Alfredo Paulson.**

CAUSAS DE HEMORRAGIA POSTPARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hipotonía uterina transitoria	22	37,29
Desgarros vaginales / cervicales	12	20,34
Alumbramiento Incompleto	5	8,47
Retención Placentaria	3	5,08
Coagulopatías	1	1,69
Sin causa aparente	16	27,12
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

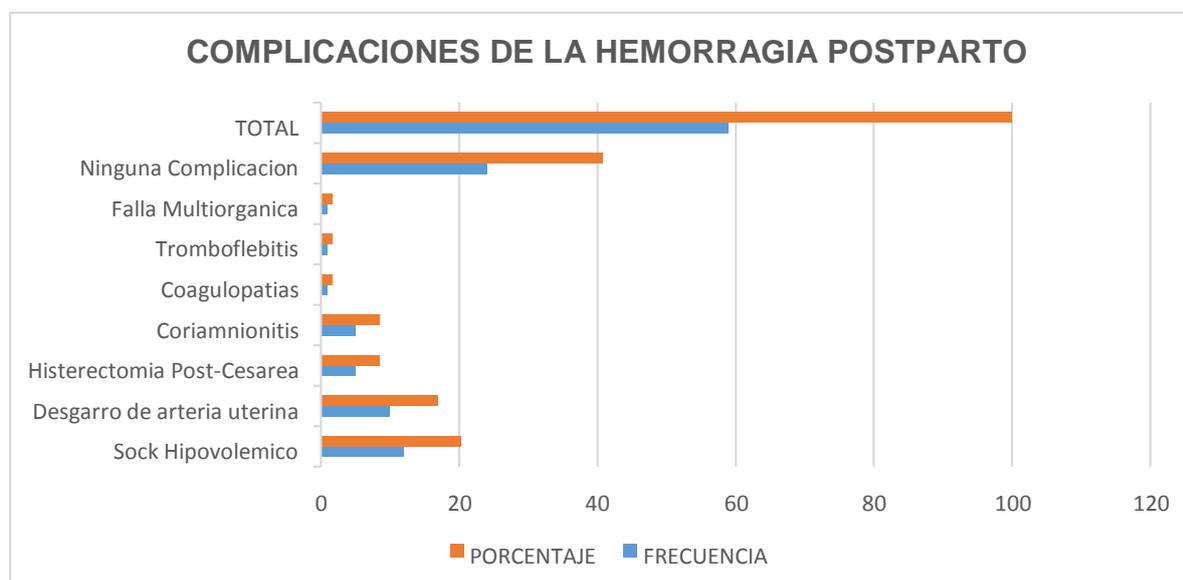


**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital de la Mujer Alfredo Paulson

**Análisis:** Como resultado de la muestra obtenida en el periodo de estudio de un total de 59 casos se describe las causas de Hemorragia PostParto, estas son: Hipotonía uterina transitoria 22 (37,29%), Desgarros vaginales / cervicales 12 (20,34%), Alumbramiento incompleto 5 (8,47%), Retención Placentaria 3 (5,08%), Coagulopatías 1 (1,69%) y sin causa aparente 16 (27,12%).

**OBJETIVO N° 3.- Establecer las principales complicaciones que conllevan a una hemorragia postparto.**

COMPLICACIONES DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Shock Hipovolémico</b>	12	20,34
<b>Desgarro de arteria uterina</b>	10	16,95
<b>Histerectomía Post-Cesárea</b>	5	8,47
<b>Coriamnionitis</b>	5	8,47
<b>Coagulopatías</b>	1	1,69
<b>Tromboflebitis</b>	1	1,69
<b>Falla Multiorgánica</b>	1	1,69
<b>Ninguna Complicación</b>	24	40,68
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100</b>



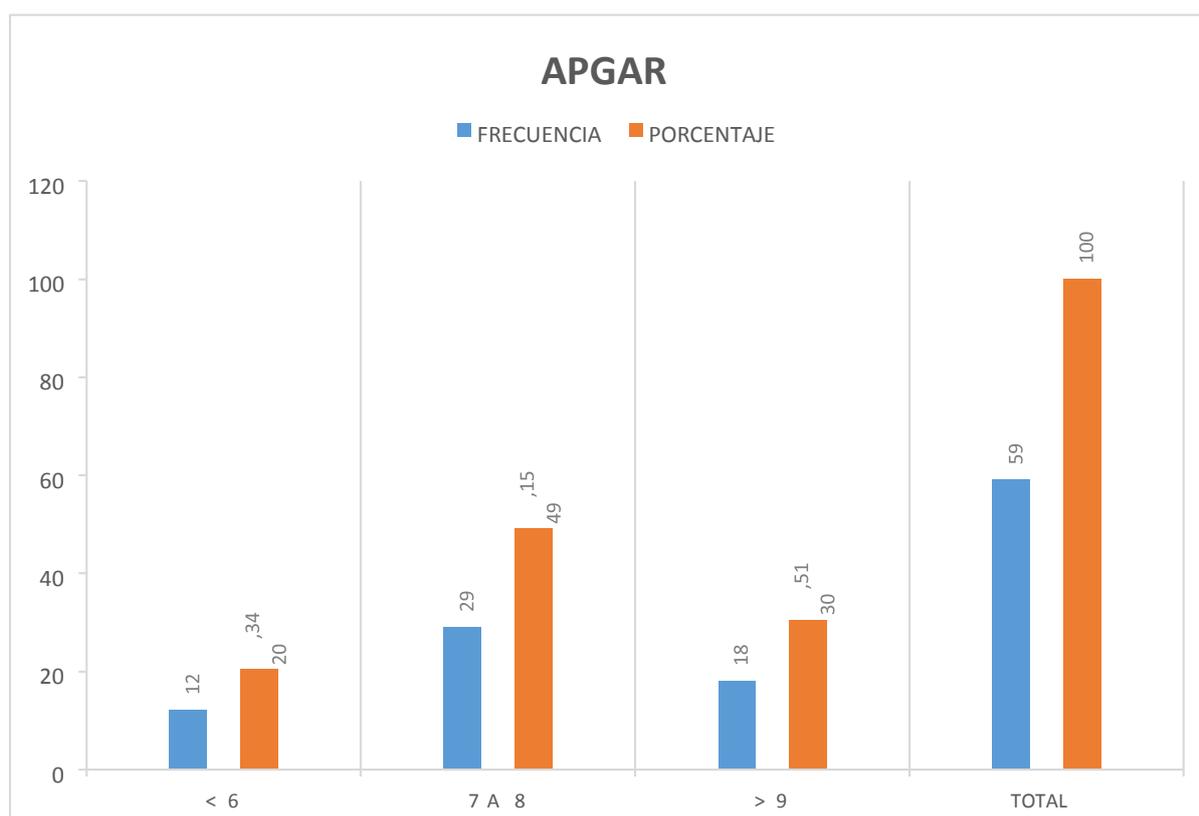
**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital de la Mujer Alfredo Paulson

**Análisis:** Como resultado de la muestra obtenida en el periodo de estudio, tenemos que las principales complicaciones obstétricas a causa de la hemorragia postparto son: Shock Hipovolémico 12 (20,34%), Desgarro de arteria uterina 10 (16,95%), Histerectomía PostCesárea 5 (8,47%), Coriamnionitis 5 (8,47%), Coagulopatías 1 (1,69%), Tromboflebitis 1 (1,69%), Falla Multiorgánica 1 (1,69%), y ninguna complicación 24 (40,68%).

## OBJETIVO N° 4.- Valorar la resultante neonatal por la edad gestacional y sus complicaciones

### 4.1.- Resultante Neonatal por la Valoración Apgar

Apgar	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 6	12	20,34
7 a 8	29	49,15
> 9	18	30,51
TOTAL	59	100

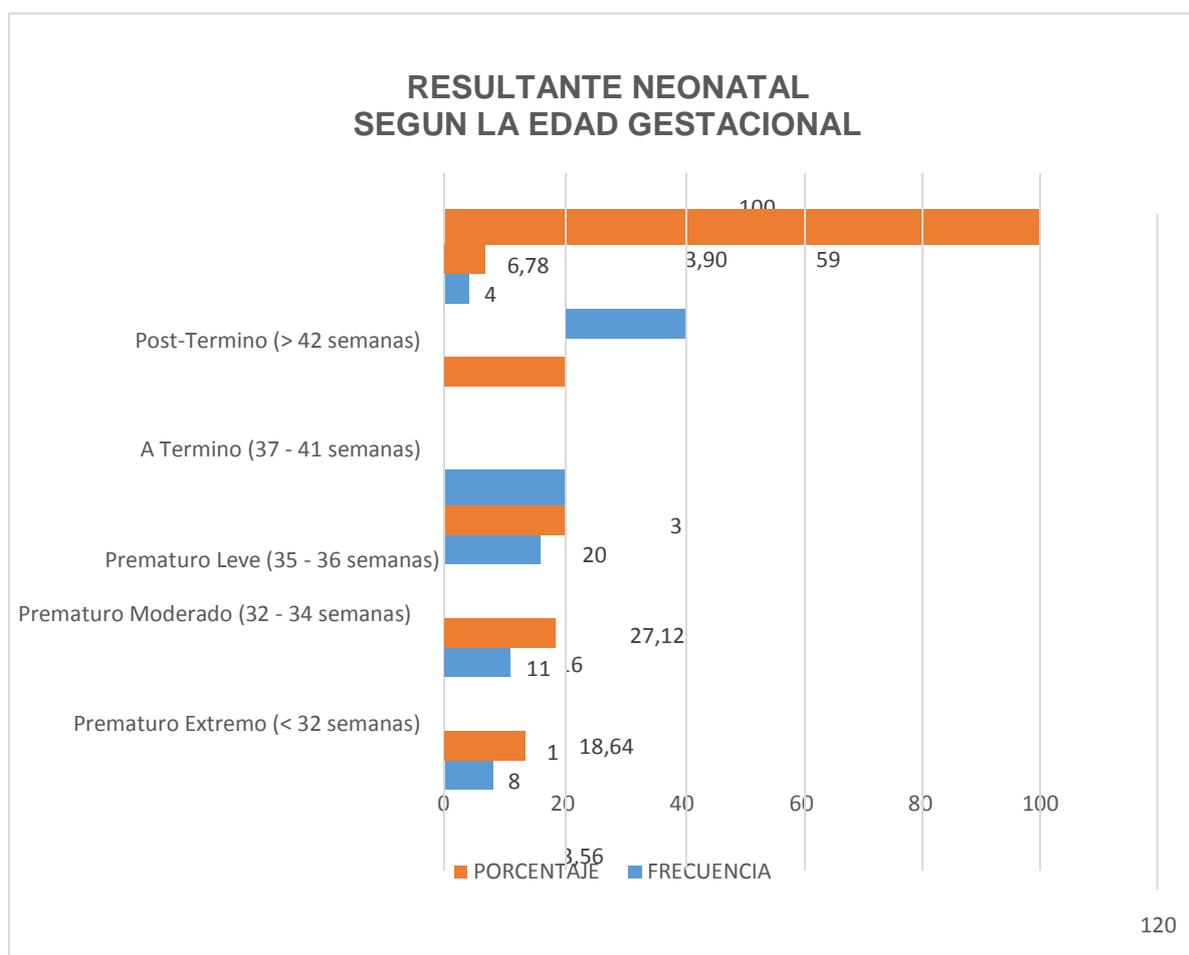


**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital de la Mujer Alfredo Paulson

**Análisis:** Como resultado de la muestra obtenida en el periodo de estudio se dieron 59 casos de Hemorragia PostParto de las cuales, según el Resultante neonatal por la valoración Apgar se clasifica de la siguiente manera: < 6 se dio 12 (20,34%), 7 a 8 se dio 29 (49,15%) y > 9 se dio 18 (30,51%).

#### 4.2.- Resultante Neonatal por la Edad Gestacional

Resultante Neonatal según la Edad Gestacional	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Prematuro Extremo (&lt; 32 semanas)</b>	8	13,56
<b>Prematuro Moderado (32 - 34 semanas)</b>	11	18,64
<b>Prematuro Leve (35 - 36 semanas)</b>	16	27,12
<b>A Terminio (37 - 41 semanas)</b>	20	33,90
<b>Post-Termino (&gt; 42 semanas)</b>	4	6,78
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

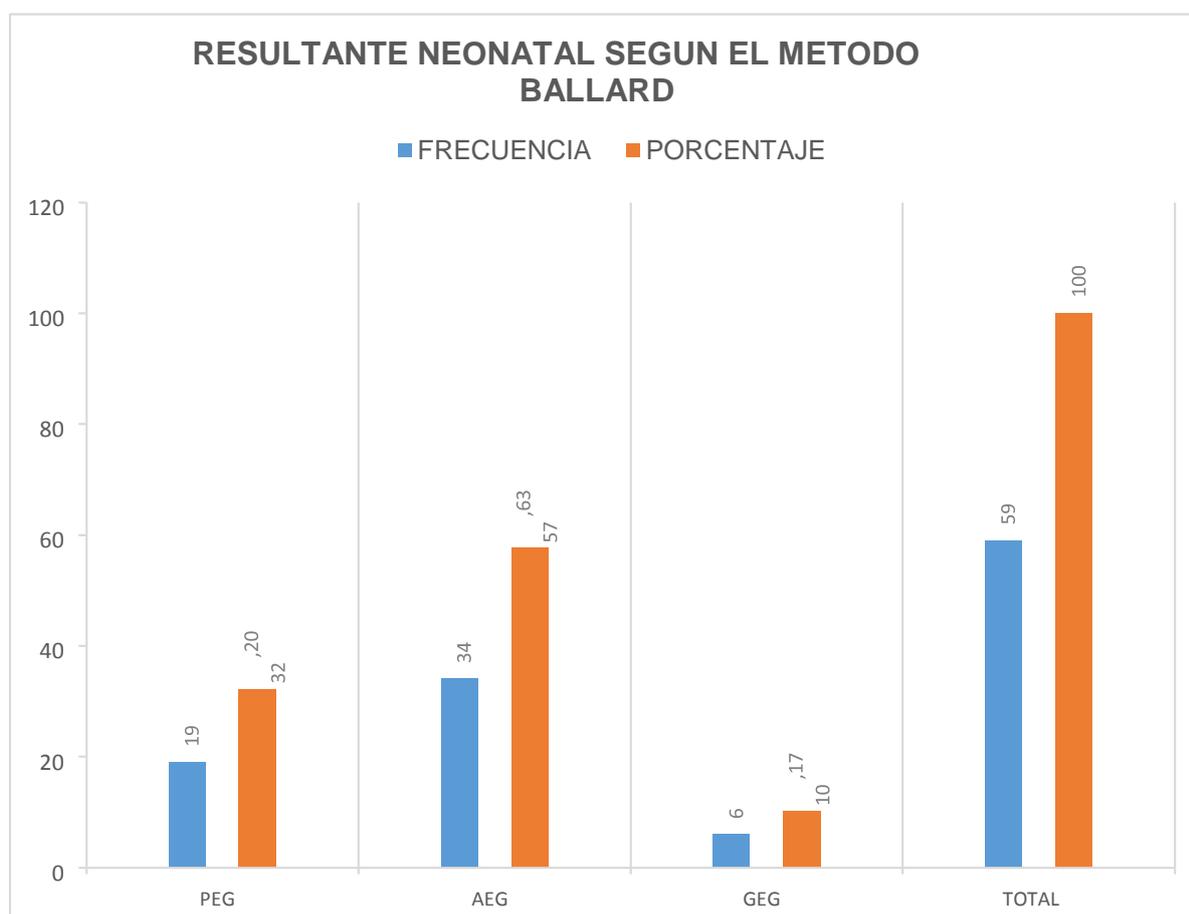


**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital de la Mujer Alfredo Paulson

**Análisis:** Como resultado de la muestra obtenida en el periodo de estudio se dieron 59 casos de Hemorragia PostParto de las cuales, según el Resultante neonatal por la Edad gestacional se clasifica de la siguiente manera: Prematuro extremo 8 (13,56%), Prematuro moderado 11 (18,64%), Prematuro leve 16 (27,12%), A terminio 20 (33,90%) y Post-Termino 4 (6,78%).

#### 4.3.- Según el Resultante Neonatal por el Método Ballard

Resultante Neonatal según el Método Ballard	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PEG	19	32,20
AEG	34	57,63
GEG	6	10,17
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

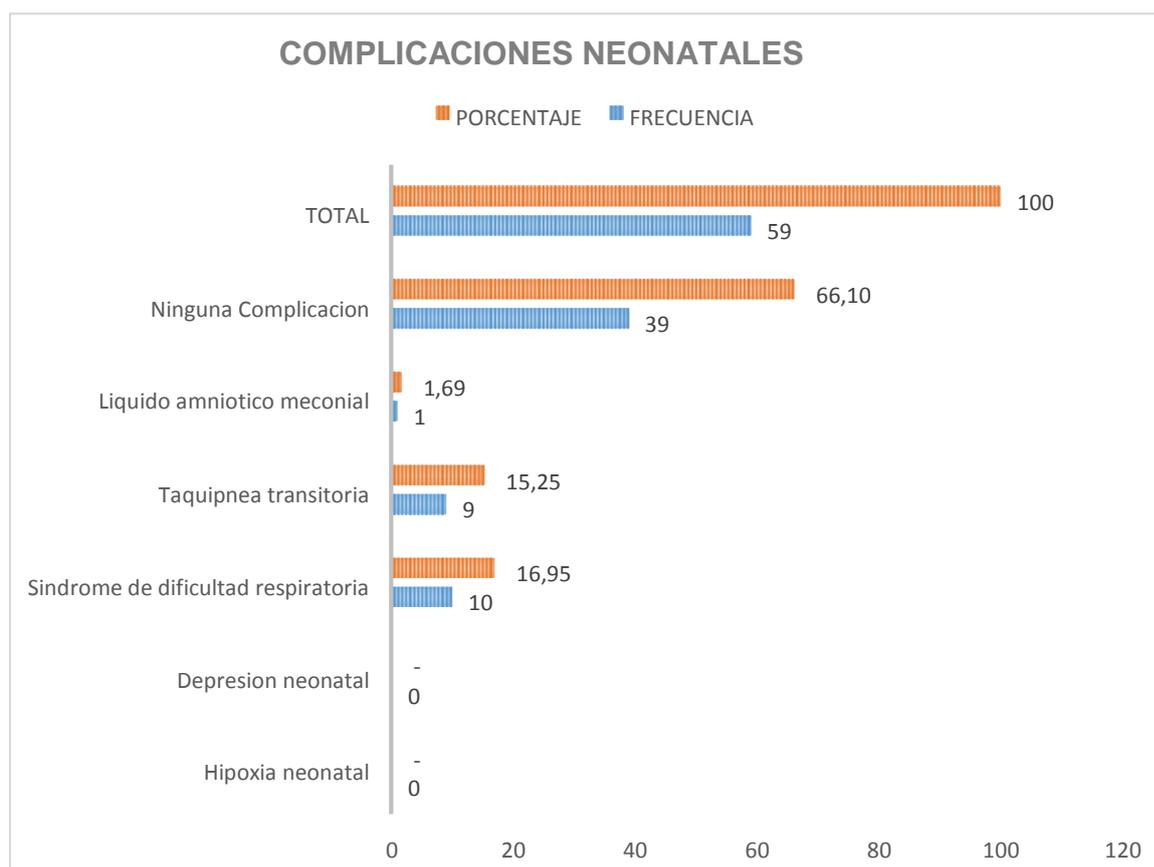


**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital de la Mujer Alfredo Paulson

**Análisis:** Como resultado de la muestra obtenida en el periodo de estudio se dieron 59 casos de Hemorragia PostParto de las cuales, según el Resultante neonatal por el Método Ballard se clasifica de la siguiente manera: PEG 19 (32,20%), AEG 34 (57,63%), GEG 6 (10,17%).

#### 4.4.- Principales complicaciones Neonatales

COMPLICACIONES NEONATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hipoxia neonatal	0	-
Depresión neonatal	0	-
Síndrome de dificultad respiratoria	10	16,95
Taquipnea transitoria	9	15,25
Líquido amniótico meconial	1	1,69
Ninguna complicación	39	66,10
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100</b>



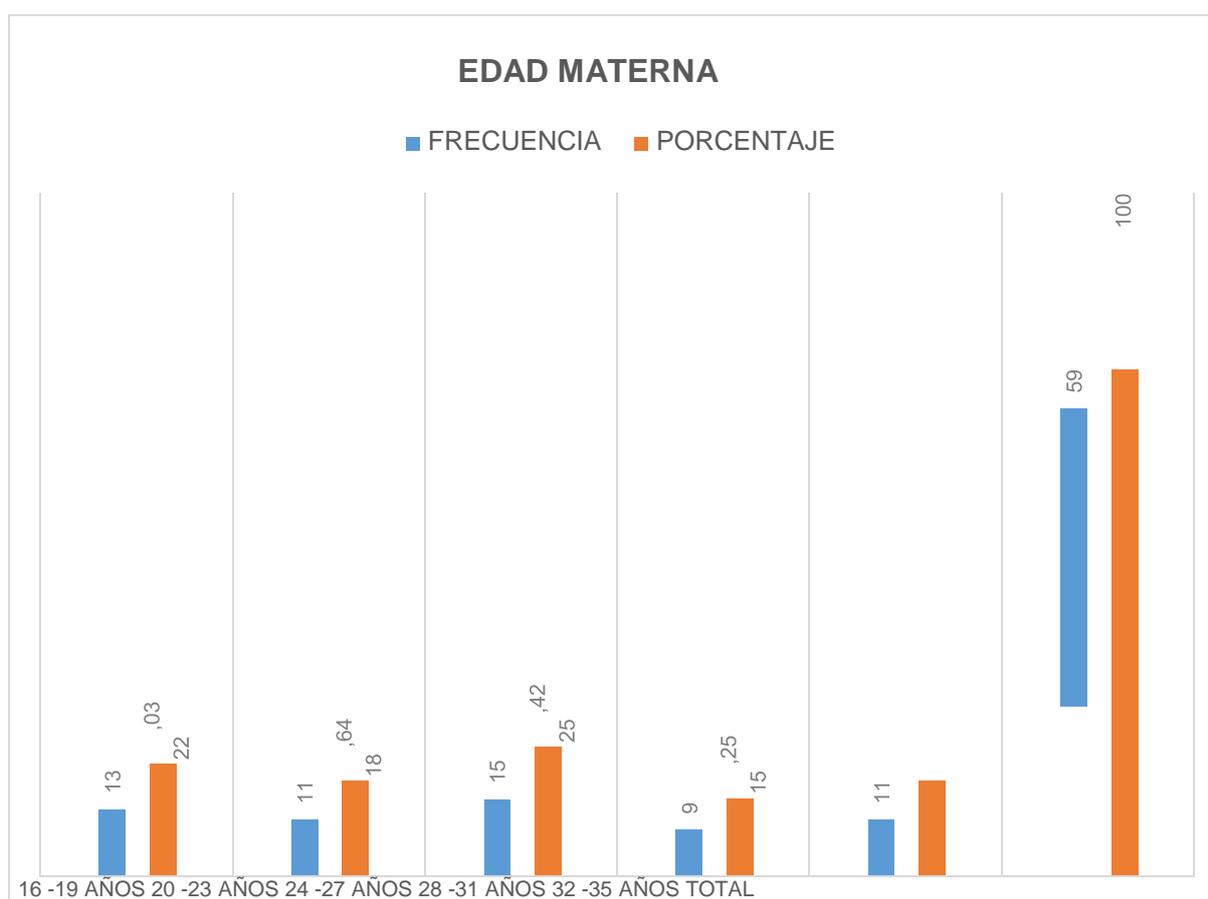
**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital de la Mujer Alfredo Paulson

**Análisis:** Como resultado de la muestra obtenida en el periodo de estudio se dieron 59 casos de Hemorragia PostParto de las cuales, según las complicaciones neonatales se clasifica de la siguiente manera: Hipoxia neonatal 0 (0%), Depresión neonatal 0 (0%), Síndrome de dificultad respiratoria 10 (16,95%), Taquipnea transitoria 9 (15,25%), Líquido amniótico meconial 1 (1,69%) y ninguna complicación 39 (66,10%).

## OBJETIVO N° 5.- Identificar las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.

### 5.1.- Edad Materna

EDAD MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
16 - 19 años	13	22,03
20 - 23 años	11	18,64
24 - 27 años	15	25,42
28 - 31 años	9	15,25
32 - 35 años	11	18,64
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

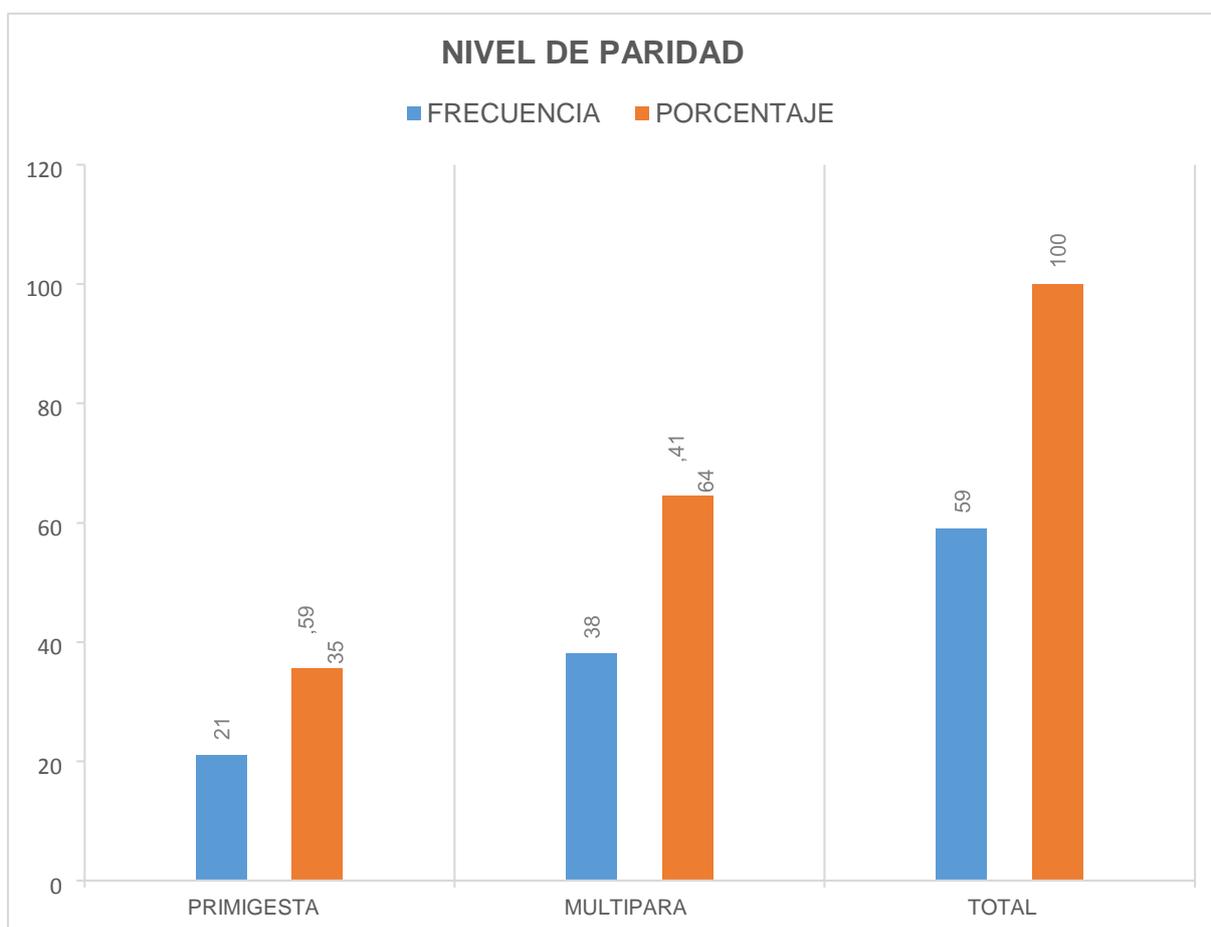


**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital de la Mujer Alfredo Paulson

**Análisis:** De la muestra obtenida un total de 59 casos presentaron hemorragia postparto, repartidas en diferentes edades: De 16 a 19 años se dieron 13 (22,03%) casos; De 20 a 23 años se dieron 11 (18,64%) casos; De 24 a 27 años se dieron 15 (25,42%) casos; De 28 a 31 años se dieron 9 (15,24%) casos; De 32 a 35 años se dieron 11 (18,64%) casos.

## 5.2.- Nivel de Paridad

NIVEL DE PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primigesta	21	35,59
Múltipara	38	64,41
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

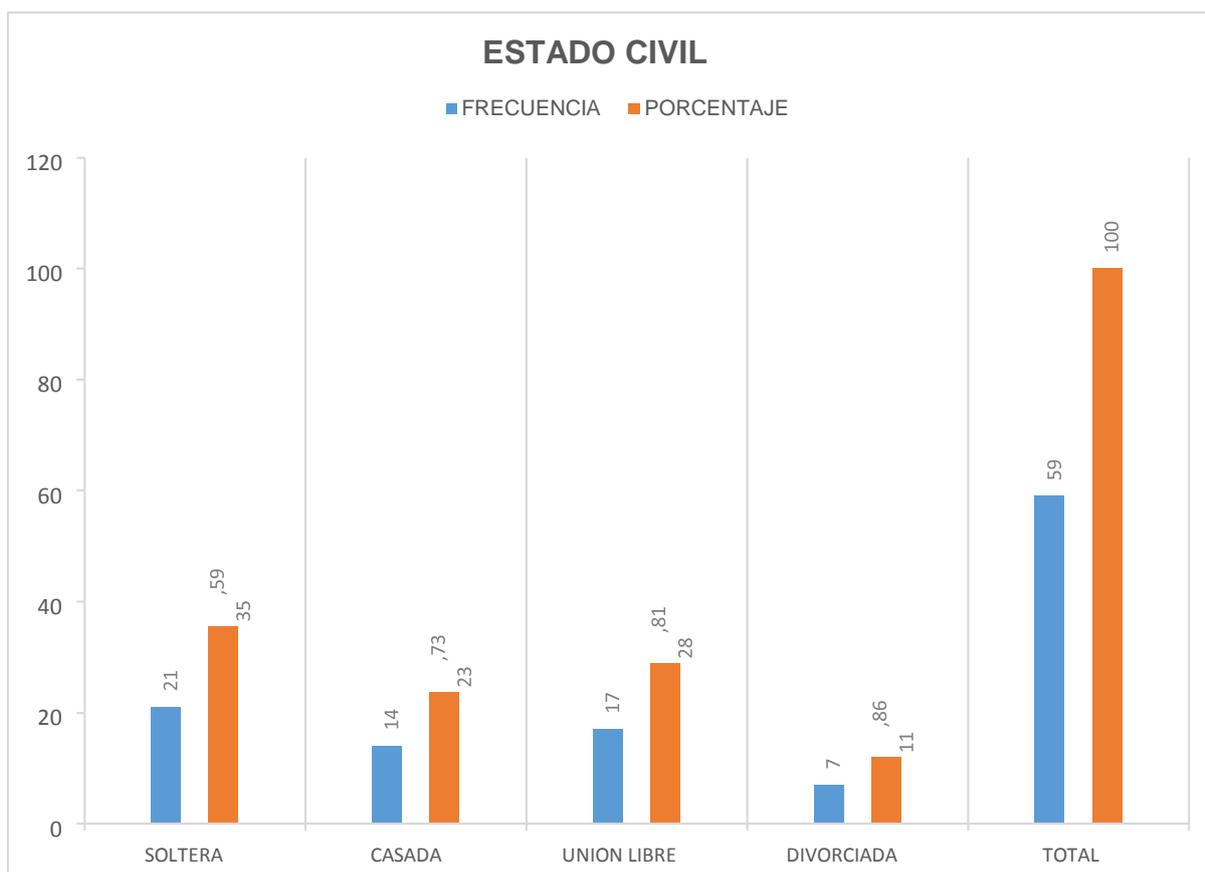


**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital de la Mujer Alfredo Paulson

**Análisis:** Como resultado de la muestra obtenida en el periodo de estudio se dieron 59 casos de Hemorragia PostParto de las cuales, según el nivel de paridad se clasifican de la siguiente manera: 21 (35,59%) primigestas y 38 (64,41%) múltiparas.

### 5.3.- Estado Civil

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	21	35,59
Casada	14	23,73
Unión Libre	17	28,81
Divorciada	7	11,86
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

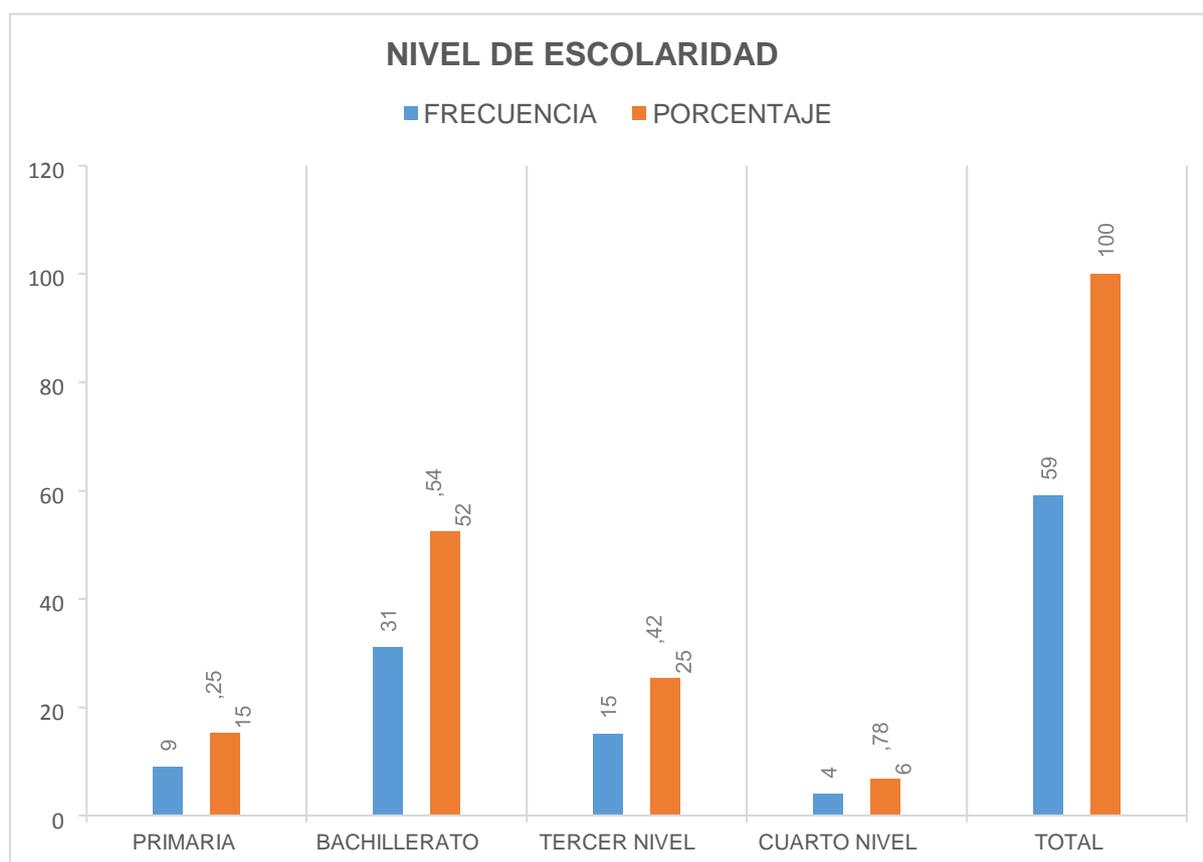


**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital de la Mujer Alfredo Paulson

**Análisis:** Como resultados de las muestras obtenidas en el periodo de estudio se dieron 59 casos de hemorragia postparto de las cuales, según su estado civil se clasifican de la siguiente manera: 21 (35,59%) solteras, 14 (23,73%) casadas, 17 (28,81%) unión libre y 7 (11,86%) divorciada.

#### 5.4.- Nivel de Escolaridad

NIVEL DE ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	9	15,25
Bachillerato	31	52,54
Tercer Nivel	15	25,42
Cuarto Nivel	4	6,78
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

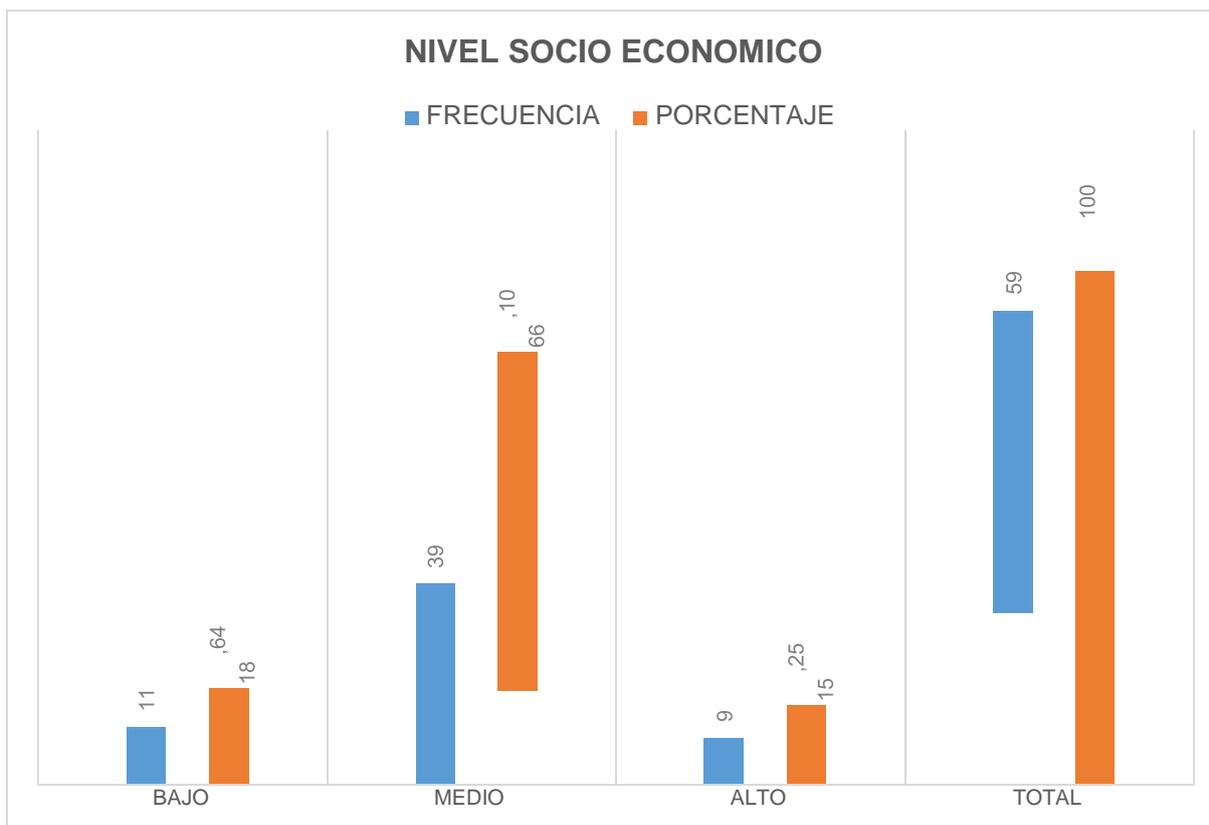


**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital de la Mujer Alfredo Paulson

**Análisis:** Como resultado de la muestra obtenida en el periodo de estudio se dieron 59 casos de Hemorragia PostParto de las cuales, según el nivel de escolaridad se clasifican de la siguiente manera: 9 (15,25%) terminaron la primaria, 31 (52,54%) bachillerato, 15 (25,42%) tercer nivel y 4 (6,78%) cuarto nivel.

### 5.5.- Nivel Socio Económico

NIVEL SOCIO ECONOMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajo	11	18,64
Medio	39	66,10
Alto	9	15,25
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

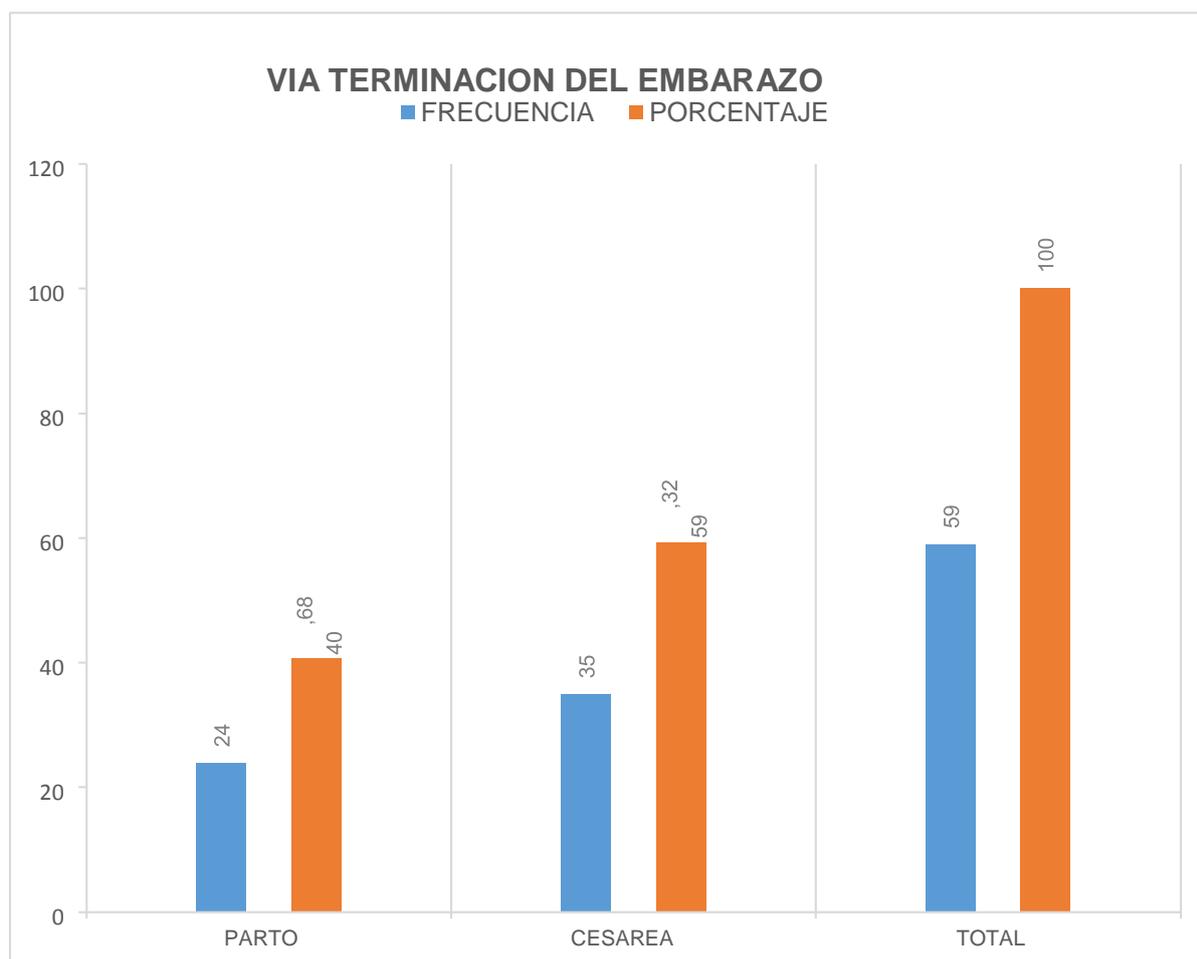


**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital de la Mujer Alfredo Paulson

**Análisis:** Como resultado de la muestra obtenida en el periodo de estudio se dieron 59 casos de Hemorragia PostParto de las cuales, según el nivel socio económico se clasifican de la siguiente manera: 11 (18,64%) reportaron status bajo, 39 (66,10%) status medio y 9 (15,25%) status alto.

### 5.6.- Vía de terminación del Embarazo

VIA TERMINACION DEL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Parto	24	40,68
Cesárea	35	59,32
TOTAL	59	100

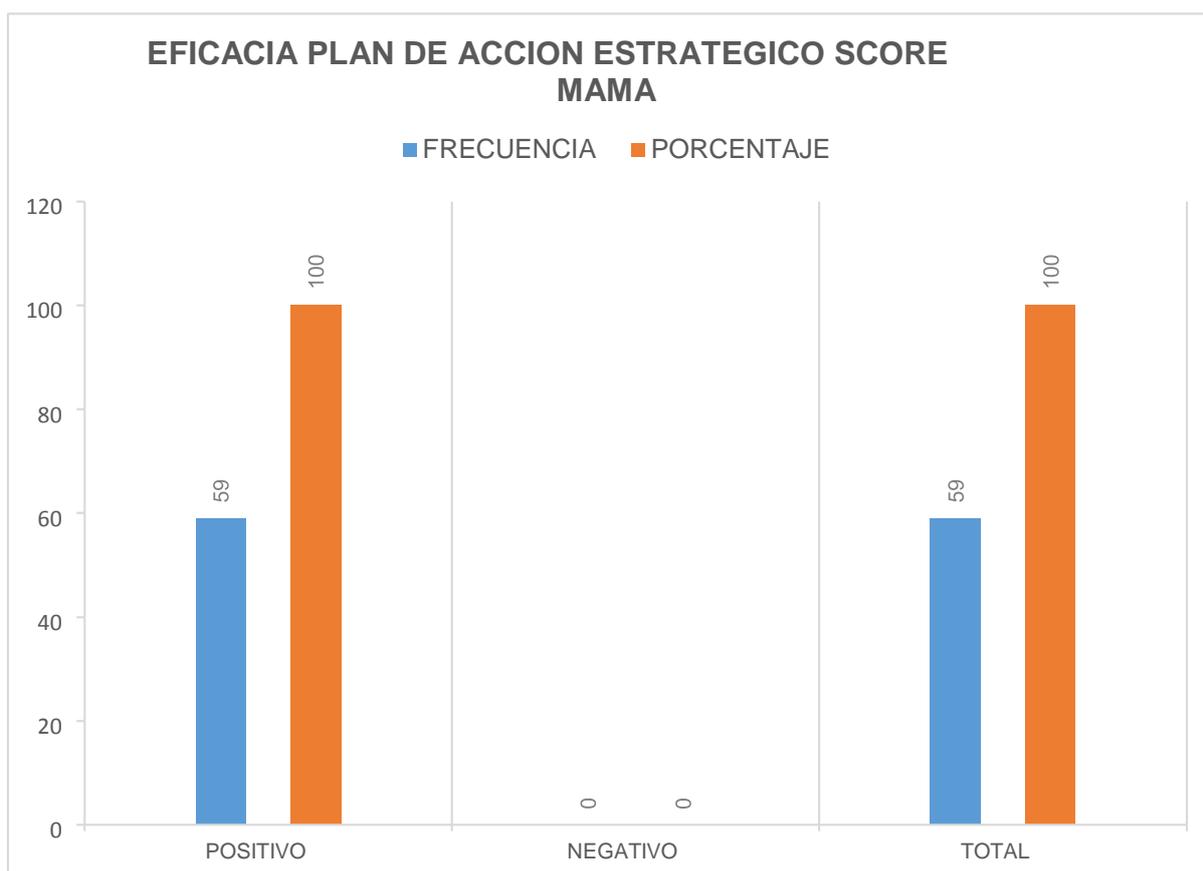


**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital de la Mujer Alfredo Paulson

**Análisis:** Como resultado de la muestra obtenida en el periodo de estudio se dieron 59 casos de Hemorragia PostParto de las cuales, según la vía de terminación del embarazo se clasifica de la siguiente manera: 24 (40,68%) partos y 35 (59,32%) cesáreas.

**OBJETIVO N° 6.- Capacitar al personal médico en el manejo oportuno de la Hemorragia Postparto a través de la implementación del Score MAMA.**

EFICACIA PLAN DE ACCION ESTRATEGICO SCORE MAMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Positivo	59	100
Negativo	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100</b>



**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital de la Mujer Alfredo Paulson

**Análisis:** Como resultado de la muestra obtenida en el periodo de estudio se dieron 59 casos de Hemorragia PostParto, de los cuales se aplicó el plan de acción estratégico, mediante el uso del Score MAMA, dando como resultado un 100% de efectividad.

## CAPÍTULO IV DISCUSIÓN

### 4.1. – Contrastación Empírica

La hemorragia postparto es una complicación obstétrica severa que produce casi un tercio de los fallecimientos maternos, especialmente en los países subdesarrollados, ocupa una de las principales e importantes emergencias obstétricas, como también una de las causas de ingreso a unidades de cuidados intensivos, además con alta tasa de mortalidad. Por otra parte, según la Federación de Gineco Obstetricia en el año 2016 menciona que la tasa de mortalidad materna por hemorragia postparto, varía de 30% a 50% en diferentes países o comunidades.

Para la realización del presente estudio se trabajó con un total de 88 pacientes que presentaron Hemorragia Postparto, atendidas en el Hospital Alfredo Paulson, dentro de los cuales 29 (32,95%) presentaron historias clínicas incompletas y solo se consideraron 59 (67,05%) historias clínicas que cumplieron con los criterios de estudio. Este estudio se realizó durante el periodo de agosto 2016 a agosto 2017.

Entre las causas que provocan HPP en las pacientes tenemos las siguientes: Hipotonía uterina transitoria 22 (37,29%), Desgarros vaginales / cervicales 12 (20,34%), Alumbramiento incompleto 5 (8,47%), Retención Placentaria 3 (5,08%), Coagulopatías 1 (1,69%) y sin causa aparente 16 (27,12%).

Dentro de las principales complicaciones en la HPP tenemos: Shock Hipovolémico 12 (20,34%), Desgarro de arteria uterina 10 (16,95%), Histerectomía Post-Cesárea 5 (8,47%), Coriarnionitis 5 (8,47%), Coagulopatías 1 (1,69%), Tromboflebitis 1 (1,69%), Falla Multiorgánica 1 (1,69%), y ninguna complicación 24 (40,68%).

Los resultados neonatales por la Edad gestacional fueron los siguientes: Por la valoración Apgar se clasifica de la siguiente manera: < 6 se dio 12 (20,34%), 7 a 8 se dio 29 (49,15%) y > 9 se dio 18 (30,51%). Según el peso: Prematuro extremo 8 (13,56%), Prematuro moderado 11 (18,64%), Prematuro leve 16 (27,12%), A termino 20 (33,90%) y Post-Termino 4

(6,78%). Así mismo por el Método Ballard los resultados son los siguientes: PEG 19 (32,20%), AEG 34 (57,63%), GEG 6 (10,17%). Entre las complicaciones neonatales presentadas tenemos con mayor porcentaje el Síndrome de dificultad respiratoria 10 (16,95%), seguida de la Taquipnea transitoria 9 (15,25%).

Entre las características sociodemográficas según la edad materna la HPP se presentó: De 16 a 19 años se dieron 13 (22,03%) casos; De 20 a 23 años se dieron 11 (18,64%) casos; De 24 a 27 años se dieron 15 (25,42%) casos; De 28 a 31 años se dieron 9 (15,24%) casos; De 32 a 35 años se dieron 11 (18,64%) casos.

El nivel de paridad así mismo se considera un factor predisponente para que se presente una hemorragia obstétrica durante la atención del parto, la multiparidad ocupa la mayor incidencia, representada en un 64,41% (38 pacientes) y las primigestas ocupan el 35,59% (21).

El estado civil se clasifica de la siguiente manera: 21 (35,59%) solteras, 14 (23,73%) casadas, 17 (28,81%) unión libre y 7 (11,86%) divorciada. Así mismo según el nivel de escolaridad se clasifican de la siguiente manera: 9 (15,25%) primaria, 31 (52,54%) bachillerato, 15 (25,42%) tercer nivel y 4 (6,78%) cuarto nivel.

El nivel socio económico influye dentro de la hemorragia post-parto, ya que al no tener la paciente los recursos necesarios, opta por no acudir a los controles prenatales, inclusive se descuida en la alimentación, provocando cuadros de anemia los cuales en el momento del parto, constituye una de las causas principales por las que se produce una hemorragia obstétrica, estas se clasifican según el nivel socio económico de la siguiente manera: 11 (18,64%) reportaron status bajo, 39 (66,10%) status medio y 9 (15,25%) status alto.

Según la vía de terminación del embarazo, estas se presentaron de la siguiente manera: 24 (40,68%) partos y 35 (59,32%) cesáreas. Los factores agravantes de la hemorragia postparto se clasifican en: Anemia 12 (20,34%), Trabajo de Parto Prolongado 10 (16,95%), Macrosomía Fetal 6 (10,17%), Polidramnios 5 (8,47%), Gestación Múltiple 1 (1,69%), Coagulopatías 1 (1,69%) y sin factores agravantes 24 (40,68%).

El plan de acción estratégico, utilizado mediante el uso del Score MAMA, dio como resultado un 100% de efectividad.

En un estudio realizado en el Complejo Hospitalario de Ourense, España el año 2014 por Álvarez E. en un grupo de 150 pacientes con hemorragia postparto determino que los factores de riesgo de la hemorragia postparto en un 3.3% y que alcanzó 36% del total de hemorragias puerperales y que más del 79% de las hemorragias posparto severas se iniciaron en las primeras 24 horas posparto, también se encontró que el 20.3% se iniciaron como hemorragias posparto secundarias. El riesgo relativo para evolución a hemorragia posparto severa fue de 2.81% para el parto instrumental y 3.55% para la cesárea, lo que concuerda con nuestro estudio en donde el índice de partos fue del 40,68% (24) y de cesáreas el 59,32% (35). (Álvarez-Silvares, 2015)

Así mismo en otro estudio realizado en México en el año 2013 por Salinas E. en donde se tomó una muestra de 78 pacientes de las cuales 16 de estas no presentaron complicaciones a pesar de tener factores de riesgo, las 62 pacientes restantes presentaron complicaciones cuya edad vulnerable se ubicó en el rango de 26 a 30 años con 24 pacientes que corresponden al 31%, siendo las primigestas el grupo de mayor presentación con un 30% y las multigestas con un 27%.

Según el grado de Shock Hipovolémico se dio en un 26% que corresponden a 20 pacientes de la muestra, los factores de riesgos más preponderante fue el trabajo de parto prolongado, la atonía uterina con el uso de oxitocina en un 27%, la compresión uterina en 27%, seguida de la histerectomía obstétrica en un 11% ambas, siendo la atonía como causa principal. (Salinas, 2013)

En un estudio observacional realizado en Perú en el año 2016 por Ventó y Rodríguez determinaron que la hemorragia postparto se asociaba a la macrosomía fetal y que otras complicaciones maternas como desgarros, hipotonía y trabajo de parto prolongado, no se asociaron con los casos de macrosomía fetal. El apgar con puntaje menor de 7 se asoció con macrosomía fetal, pero otras complicaciones: distocia de hombro, asfixia neonatal, distocia de hombro, caput succedaneum, cefalohematoma, parálisis braquial no se asociaron con los casos de macrosomía fetal.

En el año 2016 en Lima, Bendezu y colaboradores realizaron un estudio para establecer la incidencia, riesgos y complicaciones del embarazo y parto en las adolescentes en el Hospital Augusto Hernández en Ica Perú. Se tomó como muestra 177 pacientes adolescentes que tuvieron su parto en el hospital y que se realizó un estudio comparativo de igual número de casos con gestantes de 20 a 34 años, en donde se determinaron las características obstétricas y perinatales, obteniéndose que el embarazo en las adolescentes represento el 6.66% de población atendida, cuya principal complicación fue la anemia, las infección de vías urinarias en el 14,81%, en tanto que las enfermedades hta de las gestantes mayores fue del 17,5%. La incompatibilidad céfalo pélvica y el sufrimiento fetal agudo fueron las principales indicaciones de cesáreas en las adolescentes, por lo tanto, se concluye que el embarazo en la adolescente tiene un mayor riesgo de complicaciones.

Por lo tanto, considero que este estudio es de gran interés científico, ya que no se aleja de la realidad en comparación a otros estudios, lo que permitirá contribuir a solucionar la problemática actual, disminuyendo las tasas de morbimortalidad materna y neonatal.

#### **4.2. – Limitaciones**

Las limitaciones principales de este estudio fue que no se tomó en consideración el número total de historias clínicas, como el total de la muestra, ya que muchas de estas estaban incompletas y la falta de clasificación del CIE 10, lo que nos impide tener un resultado favorable a nuestro estudio de investigación.

#### **4.3. – Líneas de la Investigación**

El haber explorado la temática de emergencias obstétricas en el área de emergencia y gineco obstetricia, es que ha puesto en consideración otras perspectivas y las implicaciones de los resultados para realizar estudios y efectuar un mejoramiento continuo de la calidad de atención, nos permite crecer como institución hospitalaria y sostener una cultura organizacional; así mismo al mantener un constante trabajo en el empoderamiento y trabajo en equipo del personal de salud nos permitirá mantener una eficiente prestación de los servicios del Hospital Gineco Obstétrico Alfredo Paulson.

#### **4.4. – Aspectos Relevantes**

Lo importante es que en el área de emergencia y gineco obstetricia del Hospital Alfredo Paulson, la mayor parte son profesionales especializados con más de 69 años de experiencia y acreditado a nivel nacional e internacional, considerado como el Complejo Hospitalario más grande a nivel de Latinoamérica, que con su desempeño y trabajo aportan a los objetivos y políticas de calidad en servicio de Ginecología y Obstetricia.

## **CAPÍTULO V**

### **PROPUESTA**

#### **5.1. – Tema de Investigación Propuesta**

Implementación Estratégica del Score MAMA y Claves Obstétricas en el Hospital Alfredo Paulson, como plan de acción para la reducción de la muerte materna

#### **5.2. – Localización de la Propuesta**

Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Alfredo Paulson.

#### **5.3. – Antecedentes de la Propuesta**

La estrategia Alerta materna se fundamenta en experiencias exitosas en otros países que incluyen tres actividades estratégicas: a) captación oportuna; b) estandarización de la atención a pacientes; y, c) mejora de la atención a la gestante, acompañada de gres objetivos específicos: 1) Identificar oportunamente a una mujer en el embarazo, parto y puerperio, con algún grado de riesgo obstétrico (Score MAMA); 2) Mejorar el manejo oportuno para prevenir su muerte (aplicación de claves y kits); y, 3) Mejorar la gestión en la respuesta inmediata (redes y microredes) (MSP, GPC Score MAMA y Claves Obstetricas, 2017)

Considerando que el embarazo y el trabajo de parto son eventos fisiológicos normales, el observar con precisión los signos vitales de la embarazada es parte integral de la atención. Hay una posibilidad de que cualquier mujer gestante o en posparto presente riesgo de deterioro fisiológico, y el mismo no siempre se puede predecir. Existe evidencia de que hay un pobre reconocimiento de deterioro de la condición materna, y la detección temprana de la enfermedad grave en las madres sigue siendo un desafío para todos profesionales involucrados en su cuidado.

Una complicación obstétrica es poco frecuente pero potencialmente devastadora, no solo para el binomio madre-hijo, sino también para su familia y para los profesionales de la salud responsables de su cuidado. En su forma más extrema, las complicaciones obstétricas pueden conducir a la muerte de la mujer o el niño durante el embarazo o puerperio. Las complicaciones en el embarazo parto o puerperio pueden darse debido a múltiples condiciones, mismas que se clasifican a posterior en muertes maternas directas, indirectas o incidentales.

#### **5.4. – Justificación**

Según datos de la organización mundial de la Salud, cada día mueren alrededor de 830 mujeres por causas relacionadas al embarazo y al parto. La mayoría de estas causas son evitables y prevenibles. En el año 2013 a nivel mundial murieron 289.000 mujeres por causas obstétricas relacionadas al embarazo, parto y postparto. (MSP, GPC Score MAMA y Claves Obstetricas, 2017)

En el año 2014, el Ecuador notifico 166 muertes maternas, con un porcentaje de mortalidad en un 49,16%, lo cual significa un descenso del 46% con respecto a la que se presentó en 1990. (MSP, GPC Score MAMA y Claves Obstetricas, 2017).

Actualmente la hemorragia obstétrica y sus complicaciones, constituyen una de la primera causa de mortalidad materna en nuestro país, y en número considerable de casos presentan secuelas orgánicas irreversibles; conjuntamente con los trastornos hipertensivos del embarazo, la preeclampsia y la eclampsia sobresalen como las causas principales de morbilidad y mortalidad materna y perinatales.

Otra causa de muerte materna está la sepsis obstétrica, la cual ocupa el tercer lugar en el listado, considerada la principal patología no obstétrica relacionada con sepsis en la gestante es la infección urinaria; sin embargo, en países como el nuestro es importante tener en cuenta patologías infecciosas tropicales tipo malaria como originaria de la sepsis. La sepsis obstétrica es, principalmente, el resultado de infecciones pélvicas debidas a corioamnionitis, endometritis, infecciones de la herida quirúrgica, aborto séptico o infección del tracto

urinario. El factor de riesgo más habitual para la sepsis obstétrica es la cesárea; cuya tasa parece estar incrementándose en todo el mundo.

En el año 2015 hubo 150 muertes maternas de las cuales por causas directas se registra un 80,67%, entre las causas que presentan mayor porcentaje están: trastornos hipertensivos 31,11%, hemorragia postparto 12% y sepsis 12%. La razón de muerte materna fue de 44,58% por cada 1000000 nacidos vivos estimados. (MSP, GPC Score MAMA y Claves Obstetricas, 2017)

El Plan de acción para acelerar la reducción de morbi mortalidad materno neonatal, entre las estrategias que han demostrado ser exitosas, menciona que se debe reforzar el acceso universal a los servicios de salud de manera coordinada, mediante el uso de prácticas basadas en evidencia científica, referencia y contrareferencia oportuna y consolidar el registro de mortalidad materna.

### **5.3. – Objetivos**

#### **5.3.1. – Objetivo General**

Capacitar a todo el personal operativo del área de Gineco Obstetricia del Hospital de la Mujer Alfredo Paulson respecto al uso del Score MAMA y las Claves Obstétricas, con el propósito de mejorar su rendimiento en el manejo de las emergencias obstétricas y reducir la muerte materna.

#### **5.3.2. – Objetivos Específicos**

Reconocer e identificar oportunamente las señales de alarma, mediante la alteración de las constantes vitales como indicadores de una posible complicación obstétrica, como lo es la hemorragia post-parto.

Establecer los criterios médicos necesarios para un diagnóstico y tratamiento oportuno de la hemorragia post-parto.

#### **5.4. Herramienta Score MAMA**

El Score MAMA es una herramienta de puntuación de signos vitales para el reconocimiento y respuesta temprana del deterioro de signos clínicos y fisiológicos, orientada a identificar tempranamente la patología obstétrica, teniendo principal relevancia en el primer nivel de atención en salud, permitiendo una toma de decisiones oportunas.

El propósito es apoyar en identificar el potencial riesgo obstétrico y precisar la acción necesaria para la correcta toma de decisiones, mediante el uso de una herramienta objetiva.

Cabe señalar que en el embarazo, parto y puerperio existen cambios fisiológicos, por esta razón se debe tomar en cuenta el aumento de la frecuencia cardíaca de 15 a 20 lpm, aumento de la frecuencia respiratoria en 2 respiraciones por minuto, disminución de la presión arterial diastólica de 5 a 10 mmHg.

Esta herramienta se compone de seis indicadores fisiológicos: frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, presión arterial, saturación de oxígeno, temperatura y nivel de conciencia y una prueba cualitativa, la proteinuria. A estos indicadores se les dará una puntuación de 0 a 3, considerando 0 como valor normal. (MSP, GPC Score MAMA y Claves Obstetricas, 2017)

Debido a que los signos vitales son el elemento fundamental del Score, estos deberán ser registrados y tomados de a siguiente manera en todas las pacientes, previa a la consulta médica y área de emergencia.

Puntuación	3	2	1	0	1	2	3	Puntuación	TOTAL
FC	≤ 59	-	-	60-100	101-110	111-119	≥ 120	FC	
Sistólica	≤ 70	71-89	90	91-139	-	140-159	≥ 160	Sistólica	
Diastólica	≤ 50	51-59	-	60-85	86-89	90-109	≥ 110	Diastólica	
FR	≤ 10	-	11	12-20	-	21-29	≥ 30	FR	
T (°C)	≤ 36	-	-	36.1-37.6	37.7-38.4	-	≥ 38.5	T(°C)	
Sat (**)	≤ 85	86-89	90-93*	94-100	-	-	-	Sat	
Estado de Conciencia	-	confusa / agitada	-	alerta	responde a la voz / somnolient	responde al dolor / estuporosa	no responde	Estado de Conciencia	
Proteinuria (*)	-	-	-	(-)	(+)	-	-	Proteinuria	

### 5.5. Claves Obstétricas

Las claves obstétricas son un sistema de roles y funciones que permiten la comunicación efectiva y el trabajo coordinado. El sistema de respuesta rápida o claves obstétricas, están conformados por profesionales de la salud capacitados en estas claves que en un accionar coordinado buscan prevenir la muerte materna.

Las recomendaciones dadas por el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, sobre los componentes importantes del cuidado obstétrico incluyen:

La implementación de sistemas de alerta temprana en obstetricia.

El desarrollo de protocolos y listas de chequeo

Disponer de kits de emergencias obstétricas

Usar estrategias de comunicación efectiva en crisis

Simulacros

La aplicación efectiva del protocolo requiere de simulaciones periódicas que se facilitan dada la utilidad operativa el mismo. Así, el objetivo de las claves obstétricas, es mejorar la calidad de la atención en emergencias, mediante la implementación de medidas que mejoren el trabajo coordinado de diferentes profesionales.

—  
Se han seleccionado tres claves obstétricas, en función a las tres principales causas de mortalidad materna en el Ecuador.

**CLAVE ROJA** (Manejo de Hemorragia Obstétrica)

**CLAVE AZUL** (Manejo de trastornos hipertensivos severos obstétricos)

**CLAVE AMARILLO** (Manejo de sepsis o choque séptico obstétrico)

Acordar un sistema de activación consensuado (alarma, altavoz, alarma) dentro del área hospitalaria es importante para poder comunicar al equipo de salud, siempre y cuando no provoque alteración en el resto de pacientes y familiares.

## **5.6. Análisis de Factibilidad**

La presente propuesta, es factible ya que está basada en evidencia científica, y además existe también en primer lugar la predisposición de los profesionales de salud en aplicar este plan estratégico en la unidad hospitalaria y de esta manera mejorar el sistema de salud preventivo ante las complicaciones obstétricas y del recién nacido, al igual que existe el espacio físico necesario en el Hospital de la Mujer Alfredo Paulson para llevar a cabo la propuesta.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### Conclusiones

Una vez analizado los datos obtenidos de la presente investigación, de las gestantes que presentaron hemorragia post-parto se concluyó lo siguiente:

Dentro de los resultados obtenidos tenemos que del total de pacientes atendidas fue de 88 pacientes que presentaron Hemorragia Postparto, dentro de los cuales 29 (32,95%) presentaron historias clínicas incompletas y solo se consideraron 59 (67,05%) historias clínicas que cumplieron con los criterios de estudio. Este estudio se realizó durante el periodo de agosto 2016 a agosto 2017.

Entre los factores agravantes de la hemorragia postparto sobresalió la Anemia en un 20,34% (12) pacientes, así mismo las causas que provocaron una mayor incidencia fue la Hipotonía uterina transitoria 37,29% (22). Dentro de las principales complicaciones en la HPP tenemos el Shock Hipovolémico 12 (20,34%).

Los resultados neonatales por la Edad gestacional según la valoración Apgar el mayor porcentaje de 7 a 8 se dio 29 (49,15%), según el peso el neonato a término con un 33,90% (20) y por el Método Ballard fue el neonato AEG con un 57,63% (34). Entre las complicaciones el 66,10% (39) no presentó ninguna complicación.

Entre las características sociodemográficas tenemos que la edad materna fue de 24 a 27 años dada en un 25,42% (15) casos. El nivel de paridad fue la multiparidad representada en un 64,41% (38) pacientes. El estado civil con el 35,59% (21) solteras, el nivel de escolaridad dio como resultado el bachillerato en un 52,54% (31) bachillerato, el nivel socio económico que influyó fue el status medio con un de 66,10% (39). La vía de terminación del embarazo de mayor influencia fue la cesárea con un 59,32% (35) casos.

El plan de acción estratégico, utilizado mediante el uso del Score MAMA, dio como resultado un 100% de efectividad.

## **Recomendaciones**

Se recomienda aplicar correctamente las normas protocolarias establecidas al realizar las historias clínicas dentro del área de consulta externa, gineco obstetricia y emergencia, para de esta forma obtener los datos confiables, los mismos que servirán para otras investigaciones, así como garantizar un estudio de confiabilidad.

Registrar en forma correcta el diagnóstico de hemorragia postparto mediante el uso de los códigos CIE 10, resultado de la alerta obstétrica valorada por el Score MAMA, de esta manera se facilitará la verificación de estándares de calidad en la atención de la paciente.

Realizar correctamente las maniobras de atención y manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto (MATEP) pues está plenamente demostrada su eficacia para disminuir la hemorragia postparto.

La capacitación al personal de salud debe ser continua, ya que estas nos garantizan el desempeño correcto de los profesionales ante cualquier situación de emergencia.

Tomar en cuenta siempre la toma y realización de exámenes de laboratorio a toda gestante que ingrese al área de emergencia y así mismo realizar continuamente los controles durante la visita prenatal.

## BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez-Silvares, E. (2015). Factores de riesgo de la evolución obstétrica en la hemorragia postparto leve a severa. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom2015/gom157h.pdf>
- Alvear Leicher, M. (2000). Hemorragia Post-Parto: Tratamiento de las complicaciones clínicas del embarazo (3era ed.). Argentina: Médica Panamericana.
- Avery, G. B. (1999). Fisiopatología y manejo del recién nacido. España: Panamericana.
- Botella, J. (1997). El útero fisiología y patología. Barcelona, España: Díaz de Santos S.A. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=XyENVKG99SQC&printsec=frontcover&dq=El+miometrio+es+el+componente+muscular+del+%C3%BAterio+y+est%C3%A1+compuesto+por+fibras+musculares+oblicuas+que+rodean+a+los+vasos+sangu%C3%ADneos.+Durante+el+alumbramiento,+estas+fibras>
- Chaves, D. J. (2012). Pinzamiento tardío del cordón umbilical. España.
- Cifuentes, R. (2016). Obstetricia de Alto Riesgo (6ta Edición ed.). (R. C. B., Ed.) Bogotá, Colombia: Distribuna.
- Córdoba, M. (2008). Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto. Obtenido de <http://www.sogiba.org.ar/documentos/GuiaHemorragiaPostPartoMsal2008.pdf>
- Díaz, B. N. (2013). Oxitocina frente a la Carbetocina para prevenir hemorragias postparto. Obtenido de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol60\\_n1/pdf/a09v60n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol60_n1/pdf/a09v60n1.pdf)
- Dorado, O. A. (2013). Causas y factores de riesgo que conllevan a presentar hemorragia postparto en pacientes atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1851/1/TESIS%20%20DE%20HPP.pdf>
- Fescina R, D. M. (2012). Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud.: [http://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=279-guias-para-la-atencion-de-las-principales-emergencias-obstetricas-1&Itemid=219&lang=es](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=279-guias-para-la-atencion-de-las-principales-emergencias-obstetricas-1&Itemid=219&lang=es)
- Gardey, J. P. (13 de 07 de 2017). Definición. De. Obtenido de <http://definicion.de/rendimientoacademico/>
- Gratacos, E. (2008). Medicina Fetal. España: Panamericana.
- Gratacos, E. (2008). Medicina Fetal. España: Panamericana.
- H. Karlsson, C. P. (2009). Hemorragia Post-Parto. (SciELO, Editor) Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200014](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014)
- Hidalgo, K. I. (2013). Incidencia de complicaciones de la hemorragia postparto en el Hospital

- Matilde Hidalgo de Procel. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1784/1/INCIDENCIA%20DE%20LAS%20COMPLICACIONES%20DE%20LAS%20HEMORRAGIAS%20POSTPARTO.pdf>
- INEC. (2013). Anuario de Estadísticas Vitales nacimientos y defunciones. Obtenido de [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Nacimientos\\_Defunciones/Publicaciones/Anuario\\_Nacimientos\\_y\\_Defunciones\\_2013.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf)
- Lilia Huiza, P. P. (2003). La muerte fetal y la muerte neonatal . Obtenido de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832003000100003](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832003000100003)
- Manuel Sánchez Luna, M. L. (2008). Shock Neonatal. Obtenido de <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/56.pdf>
- MSP. (2013). Guía de Práctica Clínica Hemorragia Post Parto. Quito, Ecuador: El telegrafo.
- MSP. (2017). GPC Score MAMA y Claves Obstétricas. Quito, Ecuador: Mendieta.
- Novak, B. y. (2012). Ginecología (15ava Edición ed.). Barcelona, España: Deborah L. Berek, M. A.
- OMS. (2014). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. Obtenido de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141472/1/9789243548500\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141472/1/9789243548500_spa.pdf)
- OMS. (Septiembre de 2016). Mortalidad Materna. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- Pacheco Pilco, V. G. (2015). Simulación en la adquisición de competencias clínicas para la atención de emergencias obstétricas en hemorragias intra y postparto. Obtenido de <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/13272/1/Pacheco%20Pilco%20Veronica%20Gabriela.pdf>
- PhD, R. C. (2016). Obstetricia de Alto Riesgo (6ta Edición ed.). (R. C. B., Ed.) Bogotá, Colombia: Distribuna.
- Pisfil, A. C. (2015). Hemorragia Post-Parto y Atonía uterina en el Perú. Obtenido de <http://repositorio.upica.edu.pe/bitstream/123456789/33/3/ANA%20MONTANO%20PISFIL%20-%20HEM%20POST%20PARTO%20ATONIA%20UTERINA.pdf>
- Pschyrembel, W. (1973). Obstetricia Práctica (2da Edición reimpresión ed.). Barcelona, España.
- Roura, L. C. (2010). Obstetricia y medicina materno fetal. España: Panamericana.
- Salinas, M. E. (2013). Incidencia de la Hemorragia obstétrica. Obtenido de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14323/406144.pdf?sequence=1>
- Salud, O. M. (2005). Informe sobre la salud en el mundo. Obtenido de [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/maternal\\_perinatal/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/)
- Schwarcz, R. L. (2005). Obstetricia (6ta Edición ed.). Buenos Aires, Argentina: El Ateneo.
- Willians. (2011). Obstetricia (23ava Edición ed.). México: Mc Graw Hill.

# ANEXOS

## Anexo 1.- Hoja de Recoleccion de Datos

### ANEXO 1

#### HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

##### \*FACTORES AGRAVANTES DE LA HEMORRAGIA POST PARTO Y SU RESULTANTE NEONATAL. HOSPITAL ALFREDO PAULSON\*

NOMBRE: \_\_\_\_\_ HC: \_\_\_\_\_ CASO # \_\_\_\_\_

##### DATOS DEMOGRAFICOS:

EDAD: \_\_\_\_\_ E. CIVIL: \_\_\_\_\_ INSTRUCCION: \_\_\_\_\_ LUGAR DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

GESTAS: \_\_\_\_\_ PARTOS: \_\_\_\_\_ ABORTOS: \_\_\_\_\_ CESAREAS: \_\_\_\_\_ FUM: \_\_\_\_\_ NUMERO DE CONTROLES PRENATALES: \_\_\_\_\_

##### FACTORES DE RIESGO:

HTA: \_\_\_\_\_ ANEMIA: \_\_\_\_\_ DIABETES: \_\_\_\_\_ OBESIDAD: \_\_\_\_\_ OBITO: \_\_\_\_\_ OTRO: \_\_\_\_\_

##### EMBARAZO ACTUAL:

EDAD GEST. DE INGRESO: \_\_\_\_\_ TIPO DE HELLP: \_\_\_\_\_ REFERIDA: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ DONDE: \_\_\_\_\_

##### RESULTANTE MATERNA :

VIA DEL PARTO: (V) ó (C) \_\_\_\_\_ CAUSA: \_\_\_\_\_

COMPLICACION INTRAPARTO: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ CUAL: \_\_\_\_\_

INGRESO A: UCI: \_\_\_\_\_ CUIDADOS INTERMEDIOS: \_\_\_\_\_ TOTAL DE DIAS INGRESADA: \_\_\_\_\_

TRANSFERIDA A OTRA UNIDAD: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ CAUSA: \_\_\_\_\_

MUERTE MATERNA: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ CAUSA: \_\_\_\_\_

SCORE MAMA: PA \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ T° \_\_\_\_\_ ESTADO DE CONCIENCIA \_\_\_\_\_ SATURACION \_\_\_\_\_ PROTEINURIA \_\_\_\_\_

##### EXAMENES DE LABORATORIO DE INGRESO:

Hto: \_\_\_\_\_ Hb: \_\_\_\_\_ PLAQUETAS: \_\_\_\_\_ G.BLANCOS: \_\_\_\_\_ GLUCOSA: \_\_\_\_\_ TP: \_\_\_\_\_ TPT: \_\_\_\_\_

##### EXAMENES DE LABORATORIO DE EGRESO:

Hto: \_\_\_\_\_ Hb: \_\_\_\_\_ PLAQUETAS: \_\_\_\_\_ G.BLANCOS: \_\_\_\_\_ GLUCOSA: \_\_\_\_\_ TP: \_\_\_\_\_ TPT: \_\_\_\_\_

##### RESULTANTE NEONATAL:

EG: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ SEXO: (M) \_\_\_\_\_ (F) \_\_\_\_\_ BALLARD: \_\_\_\_\_ (PEG/AEG/CEG) P. CEFALICO: \_\_\_\_\_

APGAR: 1 MIN \_\_\_\_\_ 5 MIN \_\_\_\_\_

INGRESO A UCIN: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ CAUSA: \_\_\_\_\_

MUERTE NEONATAL: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ CAUSA: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

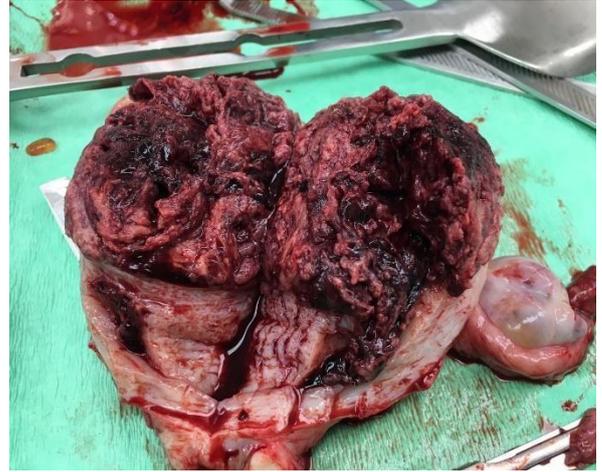
\_\_\_\_\_

## Anexo 2.- Evidencia fotográficas.



**Preparación de las  
Pacientes**

**área  
tocoquirúrgi  
ca**



**Paciente NN atendida por  
Hemorragia PostParto  
Atencion por Cesárea de  
Emergencia**

**Histerectomía por  
Acretismo Placentario**



## CERTIFICADO A QUIEN INTERESE

**CERTIFICO** que la Doctora. **RODRIGUEZ REYES FRANCISCA NATIVIDAD**, portadora de la cedula de identidad # 0918394776, recopiló datos en el Dpto. Estadística, en el Hospital de la Mujer Alfredo Paulson, como requisito previo para la obtención de su título en **MAGISTER EN EMERGENCIA MEDICAS**, cuyo tema de Tesis es "**FACTORES AGRAVANTES DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO Y SU RESULTANTE NEONATAL**", en el periodo agosto 2016 hasta agosto 2017.

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

Guayaquil, Septiembre 12 de 2017

Dr. José Muñoz García

Medico Epidemiólogo

Jefe Dpto. Estadística Médica

Telf.: (2)43727140 - 70722 -70723

## Urkund Analysis Result

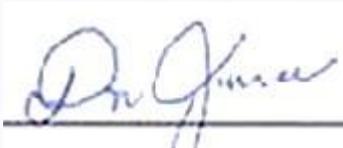
**Analysed Document:** DRA. FRANCISCA NATIVIDAD RODRIGUEZ REYES para urkund.docx (D30580039)  
**Submitted:** 2017-09-15 22:37:00  
**Submitted By:** jacqueline\_velastegui@hotmail.com  
**Significance:** 4 %

### Sources included in the report:

RESUMEN.docx (D29444274)  
Proyecto gineco (1).docx (D25467770)  
LISETTE LISBET UNUZUNGO HONORES 2.pdf (D21165960)  
<http://noticias.ano tao.com/link/ec/20160802399066/www.metroecuador.com.ec/noticias/guayaquil-cuenta-con-el-nuevo-hospital-de-la-mujer/rUrphv---BeQWPSyBzhZNE/>  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322014000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322014000100009&script=sci_arttext)

### Instances where selected sources appear:

15



Dr. Juana