



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE OBSTETRICIA

**PROYECTO DE INVESTIGACION PREVIO A LA OBTENCION DEL
TITULO DE OBSTETRIZ/OBSTETRA**

TEMA:

**“FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO ASOCIADOS A HEMORRAGIA
POSTPARTO INMEDIATO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
ALFREDO NOBOA MONTENEGRO GUARANDA- BOLIVAR, ENERO-JUNIO
2019”**

AUTORES:

MAYRA ALEJANDRA REVELLO SILVA

EDSON STALIN YUNAPANTA TIAMA

TUTOR:

DR. HUGOLINO ORELLANA GAIBOR

BABAHOYO- LOS RÍOS-ECUADOR

2019

INDICE

DEDICATORIA.....	5
AGRADECIMIENTO.....	6
DEDICATORIA.....	7
AGRADECIMIENTO.....	8
RESUMEN.....	9
SUMMARY.....	10
TEMA.....	11
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPITULO I.....	14
1. PROBLEMA.....	14
1.1. MARCO CONTEXTUAL.....	14
1.1.2. CONTEXTO INTERNACIONAL.....	14
1.1.3. CONTEXTO NACIONAL.....	16
1.1.4. CONTEXTO REGIONAL.....	17
1.1.5. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	18
1.2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	18
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
1.3.1. PROBLEMA GENERAL.....	19
1.3.2. PROBLEMAS DERIVADOS.....	20
1.4. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
1.5. JUSTIFICACIÓN.....	21
1.6. OBJETIVO.....	22
1.6.1. OBJETIVO GENERAL.....	22
1.6.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	22
CAPITULO II.....	23
2. MARCO TEÓRICO.....	23

2.1. MARCO TEÓRICO	23
2.1.1. MARCO CONCEPTUAL.....	50
2.1.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVO	55
2.2. HIPÓTESIS	58
2.2.1. HIPÓTESIS GENERAL.....	58
2.2.2. HIPOTESIS ESPECÍFICAS	58
2.3. VARIABLES	58
2.3.1. VARIABLE IDEPENDIENTE:.....	58
2.3.2. VARIABLE DEPENDIENTE	58
CAPITULO III.....	60
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION	60
3.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	60
3.2. MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN.....	60
3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN	61
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	61
3.4.1. TÉCNICAS	61
3.4.2. INSTRUMENTO	61
3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN.....	62
3.5.1. POBLACIÓN.....	62
3.5.2. MUESTRA.....	62
3.7. RECURSOS	65
3.7.1. RECURSOS HUMANOS	65
3.7.2. RECURSOS ECONÓMICOS.....	65
3.8. PLAN DE TABULACION Y ANÁLISIS.....	66
3.8.1. BASE DE DATOS.....	66
CAPITULO IV	67

4. RESULTADO DE LA INVESTIGACION	67
4.1. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACION.....	67
4.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	82
4.3 CONCLUSIONES.....	83
4.4. RECOMENDACIONES	84
CAPITULO V.....	85
5. TEORICA DE LA APLICACION	85
5.1. TITULO DE LA PROPUESTA DE APLICACIÓN.....	85
5.2. ANTECEDENTES	85
5.3. JUSTIFICACION	86
5.4 OBJETIVOS	87
5.4.1 OBJETIVO GENERAL	87
5.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICO	87
5.5. ASPECTOS BASICOS DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN	87
5.5.1 ESTRUCTURA GENERAL DE LA PROPUESTA	87
5.5.2. COMPONENTES.....	88
5.6. RESULTADO ESPERADO DE LA PROPUESTA DE APLICACIÓN	89
5.6.1. ALCANSE DE LA ALTERNATIVA	89
ANEXOS.....	97

DEDICATORIA

“Nunca desistas de un sueño solo trata de ver las señales que te llevan a el
”

Paulo Coelho.

El presente proyecto de investigación producto de mi esfuerzo y dedicación va en agradecimiento en primer lugar a Dios por permitirme darme vida y salud necesaria para poder concluir un ciclo más de vida.

A mis padres Máxima Silva y Arturo Revello por ser un pilar importante y brindarme su amor, comprensión, y apoyo permanente que hicieron posible llegar con éxito a la culminación para la obtención de mi título de Obstetriz a través de la Universidad Técnica de Babahoyo.

A mi hermano Manuel Revello por darme apoyo en los momentos buenos y malos.

Agradezco a cada uno de mis maestros y Doctores que con su amplia experiencia que me guiaron y fueron parte de mi formación como profesional.

Agradezco infinitamente a cada uno de ustedes...

Mayra Alejandra Revello Silva

AGRADECIMIENTO

“Todas las batallas de la vida sirven para enseñarnos algo, inclusive aquellas que perdemos”

Paulo Coelho.

Mi más sincero agradecimiento a Dios por darme vida, por darme todo lo que tengo y lo que he logrado hasta hoy.

El presente trabajo de investigación fue realizado bajo la tutoría del Dr. Hugolino Orellana Gaibor y la ayuda de la Dra. Ana Pasos a quien expreso mi más profundo agradecimiento quienes me extendieron su mano para la ejecución del trabajo. Además de agradecer por su paciencia y dedicación para que este trabajo de investigación sea un éxito.

A la universidad Técnica de Babahoyo por abrirme las puertas, a los Doctores del Hospital Alfredo Noboa Montenegro que me compartieron sus conocimientos, y método de enseñanza para mi formación profesional.

Mayra Alejandra Revello Silva

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a mis padres Ángel Yunapanta y Agustina Tiama por ser los pilares fundamentales en mi vida, ya que sin el amor y apoyo incondicional de ellos no hubiese sido viable la culminación de esta carrera profesional.

También a mis hermanos Gilson, Xavier y Ariel Yunapanta, en fin, a mi familia en general porque siento que este éxito también es de ellos, espero que todos se sientan felices y orgullosos, seguir pidiéndole a Dios que nos proteja a cada uno de nosotros y seguir esforzándonos y superándonos tanto en la etapa profesional como en la vida.

Edson Stalin Yunapanta Tiama

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios por tenerme con vida, brindándome la salud y el deseo de superarme, permitiéndome así concluir esta meta ambicionada.

Mi eterna gratitud a mi tutor el Dr. Hugolino Orellana, por ser nuestra guía en el transcurso de este proyecto, brindándonos los conocimientos requeridos logrando así llegar a tan anhelada meta.

También agradecer a los docentes de la UTB por fomentar sus conocimientos y enseñanzas impartidos durante toda la carrera Universitaria. A Mayra Revello por ser una persona muy especial en mi vida, ya que con el primordial apoyo de ella pudimos lograr que se cristalice esta meta tan anhelada.

Edson Stalin Yunapanta Tiama

RESUMEN

Antecedentes: La hemorragia postparto a nivel mundial es una de las principales causas de muerte materna, la mayoría ocurre en países en vías de desarrollo, siendo en Ecuador la segunda causa, el cual se ha implementado la guía del ministerio de salud pública para disminuir la morbi- mortalidad materna.

Objetivos: Determinar los factores de Riesgo Obstétrico asociados a hemorragia postparto inmediato en gestante atendidas en el hospital Alfredo Noboa Montenegro, periodo Enero- junio 2019

Método: la investigación es de tipo descriptivo, retrospectivo, no experimental, el estudio comprende un universo de 625 pacientes, en el que se aplicó los criterios de inclusión y exclusión dando como resultado 53 usuarias con diagnóstico de hemorragia postparto inmediato en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el periodo Enero – Junio 2019.

Resultados: los resultados obtenidos mediante el análisis de las historias clínicas, se destaca referente al problema de estudio los principales factores de riesgos de hemorragia postparto inmediato que se presentó con mayor incidencia fueron: multiparidad (58%), déficit de control prenatal (53%), anemia (53%), edad >30 años (51%), atención de partos en domicilios (45%), preeclampsia (38%)

De igual manera las causas de hemorragia postparto que presentaron fueron la atonía (42%), retención de restos corío- placentario (36%)

Conclusiones: Este trabajo tiene como finalidad conocer los principales factores de riesgos obstétricos que se asocian a la hemorragia postparto inmediato en gestantes atendidas en el hospital Alfredo Noboa Montenegro en el periodo Enero- junio 2019 con el propósito de prevenir la morbilidad y mortalidad materna

Palabras claves: factores de riesgo obstétrico, hemorragia postparto, postparto inmediato

SUMMARY

Background: Postpartum hemorrhage worldwide is one of the main causes of maternal death, the majority occur in developing countries, being in Ecuador the second cause, which has been implemented by the guide of the Ministry of Public Health to reduce the maternal morbidity.

Objectives: To determine the Obstetric Risk factors associated with immediate postpartum hemorrhage in pregnant women treated at the Alfredo Noboa Montenegro hospital, January-June 2019 period

Method: the research is descriptive, retrospective, non-experimental, the study includes a universe of 625 patients, which applied the inclusion and exclusion criteria, resulting in 53 users diagnosed with immediate postpartum hemorrhage at the Alfredo Noboa Montenegro Hospital during the period January - June 2019.

Results: the results obtained through the analysis of the medical records, the main risk factors for immediate postpartum hemorrhage that presented with the highest incidence were highlighted regarding the study problem: multiparity (58%), prenatal control deficit (53%), anemia (53%), age > 30 years (51%), home birth care (45%), preeclampsia (38%)

In the same way, the causes of postpartum hemorrhage that they presented were atony (42%), retention of coronary remains (36%)

Conclusions: This work aims to know the main obstetric risk factors that are associated with immediate postpartum hemorrhage in pregnant women treated at the Alfredo Noboa Montenegro hospital in the period January-June 2019 with the purpose of preventing maternal morbidity and mortality

Keywords: obstetric risk factors, postpartum hemorrhage, immediate postpartum

TEMA

**“FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO ASOCIADOS A HEMORRAGIA
POSTPARTO INMEDIATO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
ALFREDO NOBOA MONTENEGRO GUARANDA ENERO – JUNIO 2019”.**

INTRODUCCIÓN

La hemorragia postparto es una causa principal de morbi- mortalidad materna en países en vías de desarrollo ocupando el primer lugar ya que toda puérpera es susceptible a sufrir una hemorragia postparto y la mayoría de las mujeres no disponen a tener un parto asistido por el personal capacitado, y para contrarrestar de manera oportuna es fundamental identificar los factores de riesgos de cada paciente y establecer su plan de tratamiento. (ASTURIAZAGA PATRICIA, 2014)

Entre los factores de riesgos que están asociados a hemorragia del postparto inciden en la gran mayoría la pérdida sanguínea que supera los 500 ml en parto vaginal y 1000 ml en parto por cesárea (MSP, 2013), entre los cuales se puede mencionar la episiotomía y trabajo de parto prolongado, las mujeres con anemia son más vulnerables a la pérdida sanguínea intraparto y es de gran importancia su diagnóstico desde el primer control prenatal para identificar cual es la causa que está produciendo la anemia, en muchos casos la hemorragia postparto puede ocurrir en paciente sin factores de riesgo clínicos identificables o presentes en su historial.

En Ecuador la hemorragia obstétrica en el año 2017 fue la segunda causa de muerte materna (RIVERA, 2017) y se estimó 42.8% de muerte materna por cada 100.000 nacidos vivos por lo que se debe tener en cuenta el motivo mediante las investigaciones, el mayor porcentaje de mortalidad materna se encontró en las ciudades de Guayaquil, Duran, Samborondón alcanzando el 23.33% de los casos seguido por Santa Elena, Bolívar, Los Ríos, Galápagos con el 15.33%.

El trabajo de investigación sobre factores de riesgo obstétrico asociado a hemorragia del postparto inmediato se llevó a cabo en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el periodo Enero - Junio 2019 el cual permitió observar gestantes que acudieron por atención del parto donde se pudo determinar mediante el transcurso del estudio, los factores de riesgo que se asocian a estas hemorragias del posparto inmediato en pacientes que fueron atendidas en los 6 meses de estudio, la unidad de análisis fueron las historias clínicas, se seleccionaron los casos de pacientes que sufrieron hemorragia postparto y se observó los factores de riesgo como: etnia (indígenas procedente en zonas rurales), paridad (multigestas), edad > 30 años, anemia ,escaso control prenatal, trastornos hipertensivos – preclamsia, parto en domicilio.

Este proyecto de investigación de la facultad ciencias de la salud de la universidad técnica de Babahoyo se desarrolló mediante la ejecución de las acciones científicas y bajo la línea de investigación de la carrera de Obstetricia “salud sexual y reproductiva”.

CAPITULO I

1. PROBLEMA

1.1. MARCO CONTEXTUAL

En Ecuador la mortalidad materna está relacionada con la hemorragia postparto y representa una tasa elevada a nivel mundial, la OMS tiene como principal objetivo disminuir la mortalidad materna, ya que sigue siendo la segunda causa de muerte materna evitable en todo el mundo, para ello se implementó la **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO** con el propósito de evitar la demora en el diagnóstico y dar tratamiento oportuno a tiempo (MSP, 2013)

1.1.2. CONTEXTO INTERNACIONAL

A nivel mundial una de la causa principal de morbi-mortalidad materna es la hemorragia postparto, de las 529.000 muertes anuales relacionados con el embarazo según (GONZALO, 2016), el 25% a 30% de estas muertes se acontecen en los países en vías de desarrollo, la hemorragia postparto continua siendo un gran problema en todo el mundo, en los hospitales de Estados Unidos se investigaron todas las muertes maternas, y reportaron como conclusión que el 13% de los casos estaban asociados con la hemorragia materna y de todos ellos, el 75% fueron calificados como prevenibles.

En Bolivia se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo de casos en los cuales se presentaron complicaciones por atención deficiente, estableciéndose una mayor incidencia en desgarros vaginales y perineales que representaron en un 62% las complicaciones y oscila el 8,2 % de desgarro de cuello del útero atendidas en establecimientos de tercer nivel, la frecuencia es preocupante el cual revela la condición de salud general de las mujeres Bolivianas (MURILLO, 2009)

Una de cada cinco muertes maternas en Sudamérica es consecuencia de hemorragia obstétrica durante o inmediatamente después del parto, cada día mueren alrededor de 16 mujeres por causas relacionadas con la gestación o el parto, la mayoría de las cuales se pueden evitar, se estima que el 8.2% de las mujeres que tiene su parto sufrirán una hemorragia postparto grave que requerirá de transfusión sanguínea, en América del sur el manejo activo del parto implicaría una reducción de 770.000 hemorragias , 170.000 hemorragias severas y 140.000 transfusiones de sangre. (CAJINA, 2015)

Un estudio realizado en Honduras en el Hospital escuela de Tegucigalpa sobre la **HEMORRAGIA POSTPARTO POR CAUSA DE DIFERENTES ATONIAS UTERINAS SEVERAS EN EL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO DE TEGUCIGALPA** por (BUSTILLO, 2013) fue un estudio descriptivo transversal y se tomó como muestra a todas las pacientes en el periodo de estudio complicadas clínicamente de hemorragia postparto el cual ocurrieron 10,701 nacimiento y 56 casos de hemorragia postparto por diferentes causas, la causa principal fue trauma del canal del parto seguido por retención de tejido, el manejo que se realizó fue con uterotónicos y cristaloides.

1.1.3. CONTEXTO NACIONAL

En la guía de práctica clínica desarrollada por el **MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR** bajo el tema prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto menciona que la principal causa de hemorragia postparto es la incapacidad del útero al contraerse, para su prevención se utiliza terapias uterotónicas y pueden emplearse diferentes enfoques de prevención y manejo según el ámbito de atención y la disponibilidad de insumos, si bien se han descrito una serie de factores de riesgo identificables para hemorragia postparto, en muchos casos este puede presentarse en mujeres sin factor de riesgo histórico o clínico. (MSP, 2013)

En un trabajo investigativo en el hospital provincial de Puyo en el periodo enero - agosto del 2010 sobre **FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIA POSTPARTO EN PACIENTES CON PUERPERIO INMEDIATO** la frecuencia de hemorragia postparto en el hospital de Puyo se reportó 43 pacientes con diagnóstico de hemorragia postparto del total de 725 pacientes atendidas en dicho hospital el 61% de las pacientes atendidas tuvieron mal control prenatal el cual el 63% fueron multigesta y su principal causa de hemorragia postparto se destaca la atonía uterina con el 42% seguido del alumbramiento incompleto con el 35%y seguido con desgarro del canal de parto con la cifra de 23%. (OROZCO, 2010)

1.1.4. CONTEXTO REGIONAL

PROVINCIA DEL BOLÍVAR

Dentro del análisis de mortalidad materna en la provincia de Bolívar de acuerdo con el registro del INEC, en el periodo del 2018 la hemorragia postparto ocupa la tercera causa de mortalidad donde la causa más frecuente es la atonía uterina seguido de restos corio-placentarios siendo un problema de preocupación en Ecuador.

Un estudio realizado en la provincia del Bolívar sobre FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO ASOCIADO A HEMORRAGIA POSPARTO INMEDIATO en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro por la autora Narcisa María Ochoa Bowen fue de tipo retrospectivo, analítico y observacional en donde se seleccionaron 60 pacientes en el tiempo de estudio determinado. Obteniendo como resultado que el factor de riesgo asociado a HPP con mayor incidencia es la edad representado con los siguientes porcentajes, 51% representa a mujeres con edades de 31 a 40 años, el 32% edades de 21 a 30 años, y el 17 % edades de 15 a 20 años, las principales causas que originaron las hemorragias posparto fueron tono con el (70%), trauma en un (20%), y tejido con el(10%), como resultado de este estudio se determinó que el 79% de estas complicaciones fueron por shock hipovolémico seguida de coagulación extravascular con el 14% y presento la muerte de una paciente con el 7%. (Bowen, 2017)

1.1.5. CONTEXTO INSTITUCIONAL

En el hospital Alfredo Noboa Montenegro es un hospital de segundo nivel que atiende cerca de 1.000 pacientes al día.

Actualmente cuenta con una infraestructura moderna en diferentes áreas, como: Emergencia, triage 24 horas, consulta externa (pediatría, ginecología, cirugía general, traumatología, urología, audiología, odontología, cardiología, psiquiatría, dermatología). Hospitalización (100 camas), medicina interna 22 camas, cirugía general 25 camas, ginecología 30 camas, pediatría 23 camas.

Además, cuenta con área de centro obstétrico ,2 salas de parto, 2 salas de quirófano y 4 puestos de recuperación, y cuenta con otros servicios como: Laboratorio clínico, imagenología (ecografía, rayos x, tomografía las 24 horas) y farmacia a dispensación interna como externa y banco de leche materna.

1.2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El proyecto de investigación empieza en la problemática de estudio que se desarrolló en el hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda, está enfocado en pacientes atendidas en el periodo Enero- Junio 2019 que presentaron al menos un factor de riesgo obstétrico común asociado a hemorragia posparto inmediato.

La importancia de este estudio es alta ya que se observa los casos atendidos en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el periodo establecido y permite obtener datos de los casos de hemorragia posparto inmediato y los factores que conlleva para realizar conclusiones que permitirán realizar aportes al estado del arte.

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hemorragia posparto, en su mayoría es causada por atonía uterina y representa el 70% de los casos y la segunda causa más importante de muerte materna en Ecuador. Existen algunos factores de riesgo identificables para hemorragia posparto, (MSP, 2013). La muerte materna en Ecuador en el año 2017 se calculó la cifra de 37.59 % y el año 2018 se reportó una disminución de 1,16 % obteniendo la cifra de 36.43% (PUBLICA, 2018)

1.3.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores de Riesgo Obstétrico asociados a hemorragia posparto inmediato en gestante atendidas en el hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda Enero - junio 2019?

1.3.2. PROBLEMAS DERIVADOS

¿Cuáles son los factores de riesgo obstétrico con mayor incidencia para la hemorragia del postparto inmediato en gestantes atendidas en el hospital Alfredo Noboa Montenegro?

¿Cuál es el porcentaje de hemorragia posparto inmediato en gestantes atendidas en el hospital Alfredo Noboa Montenegro periodo Enero – Junio 2019?

1.4. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación sobre factores de riesgo obstétricos asociados a hemorragias posparto inmediato se realizó en la siguiente institución y periodo.

TEMPORAL: 1 de Enero del 2019 al 30 de Junio del 2019

ESPACIAL: Área de ginecología / obstetricia

INSTITUCIÓN: Hospital Alfredo Noboa Montenegro

DIRECCIÓN: Vía Flores

CANTÓN: Guaranda

CIUDAD: Guaranda

PROVINCIA: Bolívar

ZONA DISTRITAL: Zona 5

PAÍS: Ecuador

1.5. JUSTIFICACIÓN

La hemorragia postparto inmediato constituye una de las principales causas de morbi-mortalidad en el país, tiene como finalidad establecer las causas que conllevan a la hemorragia del postparto inmediato, al estudiar dicho periodo podremos determinar los factores de riesgo y sus variables.

Es de importancia que el personal médico realice un diagnóstico oportuno e identificar, detectar a tiempo factores o causas de riesgo obstétrico que predisponga a hemorragia postparto, una vez que se presente este evento, realizando un manejo oportuno con el propósito de mejorar el estado hemodinámico de la paciente se evitara la mortalidad materna.

Con el análisis de todas las variables podremos establecer los agentes causales de hemorragia postparto inmediato en gestante atendidas en el periodo establecido.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar los factores de Riesgo Obstétrico asociados a hemorragia postparto inmediato en gestante atendidas en el hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda Enero- Junio 2019.

1.6.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Establecer los factores de riesgo con mayor incidencia para la hemorragia del postparto inmediato en gestantes atendidas en el hospital Alfredo Noboa Montenegro.

Especificar el porcentaje de pacientes que presentaron hemorragia posparto inmediato en el hospital Alfredo Noboa Montenegro periodo Enero – Junio 2019.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. MARCO TEÓRICO

FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO INMEDIATO.

CONTRACTILIDAD UTERINA EN LA ETAPA PUERPERAL

Durante toda la gestación el útero presenta actividad contráctil rítmica, jamás interrumpida, pero en cada etapa o periodos las cualidades de esa contractilidad son diferentes, adecuándose a las funciones que debe llevar a cabo. En el embarazo las contracciones son de poca intensidad y de alta frecuencia, para así permitir la circulación uterina sin provocar la salida del feto. (Barcia)

En el parto la labor uterina aumenta lenta y gradualmente, por el aumento de la intensidad y frecuencia de las contracciones de braxton hicks durante toda esta etapa el cuello uterino madura de forma progresiva por la acción de las contracciones uterina. En el parto la actividad uterina sigue aumentando hasta que el feto es expulsado, son contracciones involuntarias y en su mayor parte independientes del dominio extrauterino. (Selva, 2012)

En el alumbramiento las 2 a 3 primeras contracciones después del parto habitualmente expulsa la placenta, a partir de ese instante, la labor uterina decreta a expensas de una baja frecuencia porque la intensidad se mantiene superior por un tiempo mayor. (Pagues)

Durante el puerperio las contracciones disminuyen ampliamente debido a una baja en la frecuencia e intensidad, aunque son eficaces para la expulsión de los loquios y de la sangre retenida. Estas contracciones suelen ser indoloras, aunque en ocasiones debido al incremento de la frecuencia e intensidad. (Pagues, pág. 5)

COMPONENTES DE LAS CONTRACCIONES UTERINA

La contracción uterina causa un endurecimiento de la pared del útero provocado por la contracción del miometrio. De forma relacionada con este endurecimiento, se produce un aumento de presión intrauterina. (Carmen Terré, 2006, pág. 4)

Para proceder a registrar la contractibilidad uterina se realizará con un monitor fetal colocando un sensor en el fondo uterina que es el que se encarga de registrar la actividad uterina y el segundo sensor a nivel del dorso del feto el cual se registrara la frecuencia cardiaca fetal. (Sánchez D. Z.)

COMPONENTES DE LA CONTRACCIÓN UTERINA

TONO: La presión más débil registrada entre las contracciones (línea base).

INTENSIDAD: El aumento en la presión intrauterina provocado por cada contracción (amplitud), lo basal es de 3-8 c/m, de ahí va en crecimiento, pudiendo llegar hasta 50 cuando se da una contracción.

FRECUENCIA: cantidad de contracciones provocados en 10 min.

ACTIVIDAD UTERINA: Es el resultado de la intensidad por la frecuencia, se expresa en mmHg por 10min, o UM (unidades Montevideo) (Sánchez D. Z., pág. 3)

PUERPERIO

El puerperio es el periodo que se presenta desde el final del parto hasta el comienzo de la primera menstruación y produce una serie de cambios fisiológicos en la mujer con la finalidad de retornar gradualmente el estado gravídico y establecer la lactancia (BEZARES, 2009)

ETAPAS DEL PUERPERIO

Su duración es aproximadamente de 40 días y se divide en 3 etapas

PUERPERIO INMEDIATO es la que se produce dentro de las 24 horas

PUERPERIO CLINICO desde el final del puerperio inmediato de 2 a 4 días

PUERPERIO TARDIA desde el día 11 a las 6 semanas posparto y se acompaña de una lactancia activa (AGUARON, 2010)

PUERPERIO INMEDIATO

FISIOLOGIA

En esta etapa el esfuerzo orgánico ,está determinado a lograr la Hemostasia Uterina, en el alumbramiento, se produce el desprendimiento y expulsión de la placenta y membranas ovulares, este se produce a nivel del límite entre decidua compacta y esponjosa y queda en el útero un lecho esponjoso con vasos sangrantes, la capa basal del endometrio tiene una irrigación propia que evita los procesos macrobióticos que experimentan las capas superiores, para una correcta hemostasia, se pone en juego 2 mecanismos:

La retracción: Fenómeno permanente y pasivo que consiste en el acortamiento definitivo de la fibra muscular del útero.

La contractilidad: Fenómeno intermitente y activo, que consiste en el acortamiento determinado de la fibra muscular uterina. (Cassella, 2000, pág. 1)

PLACENTA Y DESIDUA BASAL (SUS CAPAS)

Ambos fenómenos en conjunto realizan la compresión y oclusión vascular clínicamente palpamos un útero de consistencia dura elástica periódicamente, adquiere una composición dura leñosa que provoca dolor, el fondo uterino se ubica aproximadamente a nivel umbilical. (Cassella, 2000)

La hemostasia alcanzada no es total, se pierden bajas cantidades de sangre rojo rutilante acompañada de restos de decidua esponjosa, lo que se expulsa por vía vaginal luego del parto se le da el nombre de (loquios) en las primeras 24h. (Cassella, 2000)

LA HEMORRAGIA DEL PARTO O POSTPARTO

EPIDEMIOLOGÍA

La hemorragia de origen obstétrico es la causa más común de atención médica entre las emergencias obstétricas. Es considerada la principal causa de mortalidad entre mujeres gestantes en todo el mundo, ocurre con una frecuencia de 6,7% por 1.000 partos.

La mortalidad materna mundial es de 530.000 casos por año una cuarta parte consecuente con hemorragias obstétricas. Se estima que en el mundo mueren unas 140.000 mujeres anualmente (aproximadamente el 26.5% de la mortalidad materna a escala mundial) (Diana Campos López y Giralany Villarreal Alvarez, 2014, pág. 3)

ETIOPATOGENIA

La capa intermedia del miometrio es importante en el proceso de hemostasia del lecho placentario, durante la retracción normal uterina los vasos entre el útero y la placenta son obliterados por estas fibras musculares decayendo la perdida sanguínea por razón que a medida que la placenta se separa del útero estos vasos se rompen provocando el sangrado. (solari, 2014)

Hemorragia del parto y/o postparto es una de las principales y más importantes urgencias obstétricas, siendo la causa principal de ingresos a unidades de cuidados intensivos en pacientes embarazadas y puérperas recientes. (solari, 2014)

Se define como la pérdida de sangre que sobrepasa los 500ml en un parto vaginal y en un parto por cesárea supera o mayor a 1000 ml para fines clínicos, toda pérdida de sangre con posibilidad de provocar inestabilidad hemodinámica debe considerarse una HPP, a menudo los cálculos clínicos de la pérdida de sangre no son exactos. (FIGO, 2012)

CLASIFICACIÓN

PRIMARIA: Es aquella que se produce dentro de las primeras 24 horas post parto, aproximadamente el 70% de las Hemorragias post parto inmediatas se originan por inercia uterina.

SECUNDARIA: Es aquella que ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas post parto, las que se producen posterior a las 6 semanas se asocian con restos de productos de la concepción, infecciones o ambos. (Condes, 2014)

CAUSAS

Dentro de las causas obstétricas de hemorragia postparto existen aquellas que se producen antes del parto, durante trabajo de parto y posterior a este. Las causas de hemorragia postparto se catalogan en cuatro grupos, identificadas internacionalmente como las 4T, (Trastornos de la contractibilidad uterina 69%), (Tejido 10%), (Traumatismo del tracto genital 20%), (Trastornos de la coagulación 1%). (Casale, 2018)

ATONÍA UTERINA

Es la razón principal de la hemorragia postparto se caracteriza por la insuficiencia del útero para contraerse y mantener la contracción durante el puerperio inmediato. Al inspeccionar el canal del parto no se evidencia laceraciones, el cuello uterino esta dilatado y los signos vitales alterados dependiendo de la cantidad hemática eliminada. (Dra. Patricia Asturizaga, 2014)

TRAUMATISMO DEL CANAL DEL PARTO

Está asociado a un parto instrumentado, a la existencia de un feto macrosómico, o a un parto que ocurre antes de la dilatación cervical completa, La hemorragia transvaginal puede ser secundaria a laceraciones del cuello uterino o de la vagina, la gravedad varía de acuerdo con la dimensión de la lesión. (Dra. Patricia Asturizaga, 2014)

TEJIDO

Los trastornos placentarios como acretismo, placenta previa, desprendimiento de placenta, los productos retenidos de la concepción, y la inversión uterina predisponen en hemorragia postparto por que inhiben la contracción uterina adecuada. (perez, 2019)

TROMBINA

Las coagulopatías se identifican frecuentemente antes del embarazo por antecedentes familiares, signos como la menorragia, es frecuente en familias en alteraciones congénitas, se clasifican como congénitas y adquiridas. Dentro del primer grupo de patologías se incluyen la purpura trombocitopenia idiopática (PTI), purpura trombótica trombocitopenia (PTT), enfermedad de Von Willebrand y la hemofilia, de las causas adquiridas se incluyen, síndrome de HELLP, preeclampsia grave, embolia de líquido amniótico, abrupción placentaria y sepsis. (Glenda Clachar Hernández*, 2014)

OTRAS

INVERSION UTERINA

La inversión del útero consiste en el cambio de disposición de las paredes de la cara interna se convierte en externa y el órgano se invagina en forma de dedo de guante.

Los factores de riesgo se asocian a inadecuado manejo de la tercera etapa del parto entre ella es la tracción inadecuada del cordón, tal como presencia de cordón roto y acretismo placentario. (CLAVIJO, 2014)

ACRETISMO PLACENTARIO

El acretismo placentario es la inserción anormal de parte o ya sea de toda la placenta con ausencia parcial o total de la decidua basal como consecuencia a esta patología se incrementa la tasa de cesárea y esta anomalía de implantación incluye placenta acreta, placenta increta y placenta percreta. (Mendoza1, 2018)

LOS FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POSTPARTO

Para hemorragia postparto es fundamental y necesario identificar a la paciente portadora de factores de riesgos que podrían predisponer a presentar hemorragia postparto según en la GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA del MSP se clasifican por el momento de la ocurrencia, dentro del cuadro#1 podemos constatar la clasificación mencionada. (MSP, 2013)

ANTEPARTO	INTRAPARTO
Desprendimiento placentario	Cesárea de emergencia
Placenta previa	Cesárea electiva
Embarazo múltiple	Inducción del trabajo de parto
Preeclampsia hipertensión gestacional	Placenta retenida
Hemorragia post parto previa	Episiotomía medio – lateral
Etnia	Parto vaginal asistido
Obesidad	Trabajo de parto prolongado
Anemia	Macrosomía fetal
	Primigesta
	40 años

CUADRO#1 FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POSTPARTO.

FUENTE: (MSP, 2013)

ELABORADO POR MAYRA REVELLO – STALIN YUNAPANTA

La presencia de uno o más de estos factores puede aumentar la probabilidad de que la mujer presente hemorragia postparto, las dos terceras partes de la HPP se originan en mujeres sin factores de riesgo conocidos o identificados, el personal médico debe identificar los factores de riesgo obstétrico que se asocian a la hemorragia postparto y así diagnosticar oportunamente a las mujeres propensas a presentar dicho factores, asesorándolas y educándolas sobre el tema y así evitando posibles complicaciones (NORMA CRUZ, 2016)

A continuación, se describen los siguientes factores de riesgo.

DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMO- INSERTA.

Es el síndrome hemorrágico que se presenta por desprendimiento total o parcial de la placenta normo insertada ,la triada clásica de síntomas en el desprendimiento de placenta normo inserta es hemorragia dolor e hipotonía uterina si el desprendimiento supera el 50 % ocurrirá muerte fetal por hipoxia y producirá otras complicaciones como shock hipovolémico , cuando se produce un desprendimiento parcial la contracción del miometrio hace que se presente de forma incompleta lo cual provoca que la hemorragia se prolongue (ASTURIAZAGA PATRICIA, 2014)

PLACENTA PREVIA.

Es la implantación de la placenta cerca del orificio cervical interno y es la principal causa de muerte materna en el tercer trimestre del embarazo la hemorragia genital se caracteriza por ser indolora con expulsión de sangre líquida de cantidad variable rojo rutilante debido a la fijación inestable del útero (ASTURIAZAGA PATRICIA, 2014)

PRECLAMPSIA.

Es una enfermedad multisistémica que aparece en el embarazo cuya etiología es desconocida, el 85% de los casos afecta a primigestas y otros factores de riesgos es la obesidad, gestación múltiple y HTA crónica y se produce mediante un desequilibrio entre vasodilatadores y vasos constrictores endógenos causando hipoperfusión y daño isquémico en la mayoría de los órganos. los trastornos hipertensivos en el embarazo son los responsables de la gran parte de mortalidad materna a nivel mundial (Muñoz)

ESTADO HIPERTENSIVO GESTACIONAL.

Constituye unas de las principales causas de morbi mortalidad materno fetal y son la principal causa de muerte en países desarrollado los cambios fisiológico del embarazo como la intensa caída de la resistencia periférica se la defina tensión arterial mayor o igual 140 / 90 en dos tomas con intervalo de 6 tomas o 160/110 una sola toma a partir de las 20 semanas (SOSA, 2013)

ETNIA.

El grupo étnico a la que expone pertenecer la embarazada mediante los factores de riesgos identificables para hemorragia post parto fue la raza asiática (Delgadillo., 2016)

OBESIDAD.

La presencia de obesidad aumenta el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el feto, durante la gestación la obesidad se encuentra asociado a un número de aumento de cesáreas partos instrumentales, hemorragias, infecciones, y este se asocia a un aumento de mortalidad materna en el país. (Alba, 2016)

CONTROL PRENATAL

Se lo define como toda acción, procedimiento destinado a la prevención diagnóstico y su tratamiento de los factores que puede producir la morbilidad mortalidad materna y perinatal. (ecured, s.f.)

COMPONENTE

Promoción de hábitos de salud saludable

Vigilar el proceso de la gestación para controlar y prevenir factor de riesgo

Detectar a tiempo complicaciones en el embarazo.

PARTO EN DOMICILIO

Otro factor importante es que una proporción significativa de partos en los países subdesarrollados se origina en el domicilio debido a preferencias culturales, socio económicos, servicio de salud de baja calidad, o difícil acceso a unidades hospitalarias, partos atendidos por una partera en medios inadecuados, y frecuentemente son pacientes de zonas rurales motivos por los cuales lleva a complicaciones durante el trabajo de parto incluso hasta la muerte. (NORMA CRUZ, 2016)

ANEMIA.

Es un problema de salud pública en países desarrollados y subdesarrollados se puede presentar en todas las etapas de la vida, pero tiene mayor impacto en mujeres embarazadas, la tasa oscila entre 35% y el 75% y se asocia a trastorno hipertensivo gestacional, hemorragia posparto, restricción de crecimiento intrauterino y tienen grandes complicaciones asociadas a mayor incidencia de muerte materna con relación a hemorragia posparto y parto prematuros. (MSP, 2014)

ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR.

Se debe conocer los beneficios y las complicaciones de un parto vaginal tras una cesárea previa, es de gran importancia en control de la dinámica uterina ya que constituye un factor de riesgo tanto para el feto como compromiso de bienestar fetal e incluso muerte fetal y para la madre como ruptura uterina , hemorragia interna con shock hipovolémico, trastorno de coagulación, lesión de órganos pélvicos (BARCELONA)

INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO.

Es la iniciación del trabajo de parto por medios artificiales antes del comienzo espontáneo o antes a una edad gestación a término el cual estimula el útero para lograr aumento de la frecuencia duración e intensidad de las contracciones en conclusión la conducción del trabajo de parto puede ser beneficiosa para evitar trabajo de parto prolongado, pero a su vez el uso inapropiado puede ser nocivo .
(COLLAZOS, 2017)

EPISIOTOMÍA MEDIO LATERAL.

Se trata de uno de los procedimientos en los que hoy en día se enfrenta una mujer tras el parto por motivos ya sea por parto instrumental o pérdida de bienestar fetal.

TRABAJO DE PARTO PROLONGADO.

Es una de las causas morbi-mortalidad materna y perinatal en el que se produce contracciones uterina ineficientes presentación o posición anormal o anomalías de partes blandas de la madre y para evitar el parto prolongado en los partos institucionales como el uso de oxitocina o ruptura artificial de membranas amnióticas (OMS, CONDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO)

PARTO ASISTIDO CON FÓRCEPS

Se lo considera a parto vaginal asistido ya que utiliza instrumento con la forma de par de cuchara o pinzas para sujetar la cabeza del feto y así poder guiarlo hacia afuera del canal del parto, pero esto se realiza durante las contracciones.

MACROSOMÍA FETAL.

Macrosomía fetal se define al producto > a 4000 gr esta se puede asociar a su vez con factores de riesgo en paciente con antecedente de: IMC, diabetes materna, multiparidad, trabajo de parto prolongado y antecedente de embarazos macrosómicos se reconoce el aumento de complicaciones asociado a embarazos con producto macrosómico dentro de las complicaciones más frecuente está la hemorragia postparto a que puede producirse desgarro perineal. (ROMERO, 2014)

PRIMIGESTA.

La hemorragia postparto se presenta en primigesta el 24% debido al tamaño exagerado del feto, tejidos regidos a nivel del cérvix el conducto vaginal y periné son los factores que están asociados que se produzca una hemorragia postparto del tracto inferior. (Castro, 2016)

MULTÍPARA.

Es un factor de riesgo que está relacionado directamente a hemorragia post parto debido a las mujeres que presenta fatiga muscular del útero y tiene la incapacidad de contraerse adecuadamente en el post parto , siendo mayor de presentar episodios de hemorragia post parto en comparación en pacientes con paridad menor (Castro, 2016)

CUADRO CLINICO DE HEMORRAGIA POSTPARTO.

Existen varios signos y síntomas propios que se presentan mediante la hemorragia postparto, entre los cuales el signo más común es el sangrado por vía vaginal que puede iniciar moderadamente e ir incrementando el volumen de pérdida de sangre además de presentar taquicardia, hipotensión y palidez.

TAQUICARDIA

Al bajar el volumen de sangre del cuerpo el corazón efectúa un mayor esfuerzo al bombear e impulsar la circulación sanguínea por el cuerpo por tal motivo existe una aceleración del ritmo cardiaco de la mujer puérpera.

HIPOTENSIÓN

Cuando hay un incremento de volumen sanguíneo la tensión arterial será más alta, si se presenta una hemorragia el volumen de sangre se reduce y como resultado disminuye la presión arterial.

PALIDEZ

En la situación de una hemorragia la cantidad de glóbulos rojos disminuye por lo cual se presenta una palidez. (ZULEYMA, 2018, pág. 20)

DIAGNÓSTICO DEL SANGRADO VAGINAL DESPUÉS DEL PARTO

El diagnóstico de hemorragia postparto habitualmente suele ser clínico, identificando un exceso de sangrado que el medico estima fuera de lo normal tanto en cantidad como en duración, se presentan diferentes signos y síntomas clínicos que determinaran la gravedad de la perdida hemática y el grado de shock hemorrágico. (BEGUIRISTAIN, 2011)

Las principales manifestaciones iniciales y síntomas típicos permitirán dar el diagnóstico diferencial de un sangrado vaginal post parto , entre las causas incluyen la atonía uterina con el 70 %, trauma con el 20% en el que incluye desgarro del cuello uterino , vagina o periné , inversión uterina y ruptura uterina ,tejido con el 10 % retención de producto de la concepción, el cuadro # 2 utilizado por **CHONTALES** en su trabajo sobre texto de **CAPACITACIÓN MATERNO INFANTIL- HEMORRAGIA POSTPARTO** permite identificar las manifestaciones iniciales ,signos y síntomas que se presentan y sus diagnósticos probables. (CHONTALES, 2016)

DIAGNÓSTICO DEL SANGRADO VAGINAL DESPUÉS DEL PARTO			
MANIFESTACIONES INICIALES	SIGNOS Y SINTOMAS QUE A VECES PRESENTAN	DIAGNÓSTICO PROBABLE	FRECUENCIA Y ETIOLOGIA
HEMORRAGIA POSTPARTO INMEDIATA	UTERO BLANDO NO RETRAIDO TAQUICARDIA HIPOTENCION	ATONIA UTERINA	70% ATONIA UTERINA ANOMALIA DE LA CONTRACTIBILIDAD
HEMORRAGIA POSTPARTO INMEDIATA	PLACENTA INTEGRAL UTERO CONTRAIDO	DESGARRO DEL CUELLO UTERINO VAGINA O PERINE	
NO SE PALPA FONDO UTERINO DOLOR INTENSO MEDIANTE PALPACION ABDOMINAL	INVERSION UTERINA VISIBLE EN LA VULVA O HEMORRAGIA POSTPARTO INMEDIATO	INVERSION UTERINA	20% TRAUMA
DOLOR ABDOMINAL SEVERO HEMORRAGIA POSTPARTO INMEDIATA PUEDE SER EL SANGRADO INTRAABDOMINAL O VAGINAL	ABDOMEN DOLOROSO SCHOCK TAQUICARDIA NO SE EXPULSA LA PLACENTA	ROPTURA UTERINA	
NO SE EXPULSA LA PLACENTA DURANTE LOS 30 MINUTOS DESPUES DEL PARTO	UTERO CONTRAIDO	RETENCION DE PLACENTA	10 % TEJIDO RETENCION DE PRODUCTO DE LA GESTACION
FALTA PORCION DE LA SUPERFICIE MATERNA DE LA PLACENTA O DESGARRO DE MENBRANA	HEMORRAGIA POTPARTO INMEDIATO UTERO RETRAIDO	RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS	
SANGRADO LEVE QUE CONTINUA LUEGO DE LAS 12 HORAS DESPUES DEL PARTO UTERO BLANDO Y MAS GRANDE	SANGRADO VARIABLE ANEMIA	RETENCION DE RESTOS PLACENTARIO	

CUADRO# DIAGNOSTICO DEL SANGRADO VAGINAL DESPUÉS DEL PARTO

FUENTE (CHONTALES, 2016)

ELABORADO POR MAYRA REVELLO- EDSON YUNAPANTA

TRATAMIENTO ETIOLÓGICO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO PRECOZ

Las hemorragias posparto de la tercera fase (previas al alumbramiento de la placenta) son poco común. En este caso, debe procederse a su extracción con una tracción suave y sostenida del cordón. Si la placenta no emerge en los 30 minutos después del parto, debe sospecharse de una placenta retenida o una inserción anormal de la misma. (H. Karlsson, 2009)

En el primer caso se produce a una exploración manual del útero. La extracción manual de la placenta se efectúa introduciendo una mano enguantada en la cavidad uterina y controlando el fondo con la otra mano. Se sigue el cordón umbilical hasta su inserción y se identifica el borde inferior de la placenta. Cuando se ha desprendido por completo, se tracciona de las membranas hacia el exterior mientras que con la mano situada sobre el fondo se efectúa un masaje con un movimiento rotacional. (H. Karlsson, 2009)

MANEJO INICIAL DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

El alto porcentaje de muertes a causa de hemorragia son evitables las causas son

Retraso en el diagnóstico

Infraestimación de la pérdida hemática

Retraso de las medidas terapéuticas

fuentes (ALVARO, MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO, 2016)

Para ello antes la hemorragia posparto se debe actuar de forma rápida secuencial y segura.

Antes de empezar actuar es indispensable cuantificar la pérdida hemática y valorar la repercusión sobre el estado dinámico de la paciente (ALVARO, MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO, 2016, pág. 36)

INTERVECIONES EFECTIVAS PARA PREVENIR LA HEMORRAGIA POSTPARTO

Se sugiere realizar el MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DEL PARTO (MATEP) para mermar la pérdida de sangre materna y disminuir el riesgo de hemorragia posparto, se recomienda utilizar de forma frecuente, oxitócicos profilácticos en el manejo del alumbramiento en todas las mujeres. (H. Karlsson, 2009)

MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DEL PARTO

La oxitocina es considerada la droga de preferencia en el manejo activo del tercer periodo del parto, el misoprostol también reduce la probabilidad de hemorragia posparto y es excelente en aquellos lugares donde no está disponible la oxitocina. (Fescina, 2012, pág. 51)

ADMINISTRACION DE UTERO TONICO Y CLAMPEO DE CORDON

Administración de oxitócicos profilácticos. 10 U.I de oxitocina o 0.2 mg de metilergometrina (si no está disponible la oxitocina) I.M, una vez que haya finalizado de latir el cordón umbilical (1 a 3 minutos).

TRACCION CONTROLADA DEL CORDON

No existe evidencia que esta maniobra por si reduzca el riesgo de HPP, por el contrario, su uso común expone a mayor riesgo de anemia neonatal (si se asocia con ligadura precoz antes del minuto) e inversión uterina o rotura de cordón.

MASAJE UTERINO

Cada 15 minutos durante las primeras dos horas del puerperio. (Fescina, 2012, pág. 52)

MEDICAMENTOS UTEROTÓNICOS

La primera medida al constatar la atonía uterina es efectuar masaje compresivo uniforme y suave del órgano.

Administrar medicación utero-retractora.

OXITOCINA

Es el fármaco de primera opción aplicándose una ampolla de 10 U.I por vía intravenosa que puede repetirse si es necesario y prácticamente es seguido por una infusión de 40 U.I durante 4 horas. En las pacientes hipovolémicas deben utilizarse dosis menores, pues puede ocasionar una hipotensión extrema por vasodilatación (WINOGRAD, 2000).

METILERGOMETRINA

Es un útero-tónico poderoso y cada ampolla de 1ml contiene 0.2mg. El principio de acción tiene lugar 2-5 minutos después de la administración IM. La duración es de aproximadamente 4-6 horas. las inyecciones IV no se aconseja pues se han descritos accidentes cardiovasculares maternos muy graves. La hipertensión arterial es una contraindicación para su empleo. (WINOGRAD, 2000).

CARBETOCINA

Análogo sintético de la oxitocina que tiene una acción prolongada y propiedades agonistas, uniéndose a sus receptores en la musculatura lisa uterina, generando contracciones rítmicas del útero, aumentando de la frecuencia de contracciones presentes y aumento de la tonicidad de la musculatura uterina.

El principio de la contracción uterina a partir de su administración se produce a los dos minutos con una duración de 60 minutos IV y 120 minutos IM.

Se puede aplicar en forma IV en bolo lento en por lo menos 1 minuto (acción inmediata) o IM. Se emplea una única dosis de 100ug (1ml). (WINOGRAD, 2000).

MISOPROSTOL

Es un análogo sintético de la PGE 1 que se administra por vía rectal en una dosis de 600-800 ug. La vida media es de 20 – 40 minutos y se excreta principalmente por la orina. Se han conocido efectos dosis dependientes como; cólicos, diarreas, vómitos, epigastralgias, cefaleas, exantema cutáneo, mareos, hipotensión arterial e hipertermia. Se contraindica en pacientes con antecedentes de asma bronquial, urticaria u otras patologías de etiología alérgica e hipersensibilidad a los derivados prostaglandínicos. Posee el beneficio de permitir su almacenamiento a temperatura ambiente en recipiente cerrado. (WINOGRAD, 2000)

MEDIDAS O INTRERVENCIONES NO FARMACOLOGICAS

BALÓN INTRAUTERINO

Las indicaciones del balón intrauterino en la HPP severa atónica que no responde al tratamiento médico, las HPP son debidas a producto retenido y si la paciente sigue sangrando tras remoción, las HPP por falla coagulatoria, tras cesárea, por fibromas uterinos, en la profilaxis en mujeres de alto riesgo o cuando la HPP puede decaer el cuadro, como en la HPP secundaria, está contraindicado en HPP traumática. (RAMOS, 2010)

BALÓN DE BAKRI

El balón de Bakri es fácil colocar, rápida evaluación de la efectividad, sencilla medición de las perdidas sanguíneas por el volumen y su remoción es rápida sin otro acto quirúrgico, esto permite un manejo conservador de la hemorragia. (RAMOS, 2010)

CONDÓN INTRAUTERINA

Una alternativa en casos de HPP por atonía uterina es la utilización del condón intrauterino, condón que inflado es adecuado en la detención de la hemorragia. Se fomenta el uso de un dispositivo igual en casos cuidadosamente elegidos, especialmente en entornos de escasos recursos.

En Bangladesh en todos los casos en que utilizo el condón intrauterino, el sangrado se detuvo en 15 minutos. Ningún paciente ingreso o entro en shock irreversible futura. No existió infección intrauterina documentada por el cuadro clínico o por cultivo por raspado vaginal. (RAMOS, 2010)

EMBOLIZACIÓN ARTERIAL SELECTIVA

En el procedimiento se administra anestesia local o epidural. El acceso es por las arterias femoral y se realiza la cateterización arterial selectiva de las raterías uterinas, con catéteres Cobra tipo 1,5 French con medio de contraste hidrosoluble adecuado, se elabora una angiografía digital pelviana bilateral. La embolización de la arteria uterina ha sido utilizada con éxito en el control de menorragia en embarazos cervicales, donde el propósito es la preservación del útero, conservando la fertilidad (RAMOS, 2010)

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

HISTERECTOMÍA

El último recurso para el tratamiento de la hemorragia postparto es la histerectomía mediante la remoción quirúrgica del útero indicada por

complicaciones obstétricas posterior a una cesarí o parto vaginal normal o legrado uterino instrumenta, las posibles complicaciones asociada a una hemorragia post parto severa es el choque hipovolémico, coagulación intravascular diseminada, falla renal, falla hepática, síndrome de distrés respiratorio, y muerte materna.

La histerectomía se clasifica dependiendo el momento de la circunstancia:
histerectomía de urgencia y electiva

Histerectomía de urgencia

- Hemorragia postparto: debida ya sea por atonía uterina, placenta previa, placenta acreta, y hematoma reto placentaria.
- Lesión traumática: ruptura uterina, cicatriz de cesárea anterior, post-aborto tras legrado o embarazo ectópico cornal y cervical.
- Etiologías medicas: coagulopatías por síndrome de hellp, preclamsia grave.
- Inversión uterina.
- Infecciones estado infeccioso severo que favorecen la sepsis sin respuesta al tratamiento con antibiótico, endometritis con parto complicado, tromboflebitis pélvica.(René Hernández, 2016)

SHOCK HIPOVOLÉMICO

La hemorragia puede ocasionar diferentes grados de shock, desde disminuciones pequeñas hasta su caída total, con shock irreversible e incluso la muerte, en la GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE SCORE MAMA, CLAVES Y D.E.R. OBSTÉTRICOS en el cuadro #3 podemos identificar la perdida hemática y los grados de shock, clínicamente el shock hemorrágico puede subdividirse en distintas fases, controlado, no controlado, progresivo e irreversible y para el diagnóstico los parámetros clínicos que se debe evaluar es el estado de conciencia, y la perfusión de la paciente. (MSP, 2016)

PARÁMETROS HEMODINÁMICOS DEL SHOCK HIPOVOLÉMICO						
PÉRDIDA DE VOLUMEN	SENSORIO	PERFUSION	PULSO	PRESION ARTERIAL SITOLICA	GRADO DE CHOQUE	CANTIDAD DE CRISTALOIDES A PREPONER
10- 15 % 500-1000 ML	NORMAL	NORMAL	60 -90	NORMAL	COMPESADO	NINGUNO
16-25% 1000-1500 ML	NORMAL / AGITADA	PALIDEZ FRIALDAD	91-100	80-90	LEVE	3000 A 4500 ML
26-35% 1500-2000 ML	AGITADA	PALIDEZ FRIALDAD SUDORACION	101- 120	70 A 80	MODERADO	4500 A 6000 ML
>35% 2000-3000 ML	LETARGICA INCONCIENTE	PALIDEZ FRIALDAD SUDORACION LLENADO CAPILAR >3 SEGUNDO	>120	<70	SEVERO	>6000ML

CUADRO #3 PARÁMETROS HEMODINÁMICOS DEL SHOCK HIPOVOLÉMICO

FUENTE (MSP, 2016)

ELABORADO POR MAYRA REVELLO- STALIN YUNAPANTA

SHOCK CONTROLADO

Los mecanismos compensadores o la interrupción de la hemorragia se han logrado antes del colapso cardiovascular. (PARRA, 2011, pág. 2)

SHOCK NO CONTROLADO

Cuando los mecanismos compensatorios se ven sobrepasados, valora una disminución de flujo a los diferentes órganos vitales e hipotensión, que clínicamente se refleja en el deterioro del estado neurológico, pulsos periféricos débiles o ausentes y que ocasionalmente pueden presentarse arritmias. (RUIZ, pág. 1)

SHOCK IRREVERSIBLE

Es la falla multiorgánica lo que provoca la muerte en la paciente.

MEDIDA ANTE UN SHOCK HEMORRAGICO

La conducta inicial es mantener o recuperar la estabilidad hemodinámica de la paciente, para ello ha de realizarse fluido terapia agresiva con S.F o Ringer Lactato (300 cc de reposición por cada 100 perdidos). (H. Karlsson, 2009), el cuadro #4 describe las medidas indicadas a seguir ante un shock hemorrágico.

MEDIDAS ANTE UN SHOCK HEMORRAGICO	
La colocación de traje antishock no neumático	Iniciar bolo de cristaloides de 500 ml cada 30 minutos y valore luego de cada 500 ml infundidos
Examen físico completo de la madre más evaluación de vitalidad del feto no aplica para post parto con auscultación fetal	Para la reposición de la volemia se debe observar que cumplan los siguientes requisitos
Asegurar con 2 acceso venosos con catéter n° 16 0 18	Presión arterial sistólica igual o > 90 mm hg
Proporcionar oxigeno con mascarilla a 10 litros / minuto	Diuresis mayor a 30 ml por hora
Colocar sonda vesical o drenaje	Temperatura mayor a 35 °c
Mantener temperatura corporal	Llenado capilar en las uñas menor de 30 segundos
Toma de muestra para exámenes	Al momento que se estabilice todos los parámetros anteriores se debe suspender los bolos de 500 ml de solución de cristaloides y continuar a la infusión intravenosa a una velocidad de 50 gotas x minuto o 125 ml /hora en bomba de infusión continua.
Biometría hemática con conteo de plaquetas TP TTP, grupo sanguíneo factor RH, fibrinógeno	Si no hay respuesta adecuada en signos vitales con una perdida mayor a 20 % suministrar sangre especificada, idealmente con pruebas cruzadas.

Cuadro # 4: MEDIDAS ANTE UN SHOCK HEMORRAGICO

FUENTE: (MSP, 2016)

ELABORADO POR MAYRA REVELLO – STALIN YUNAPANTA

PAQUETE DE GLOBULOS ROJOS

Considerar a transfundir si la perdida es mayor del 30 % y está causando inestabilidad hemodinámica o la perdida se calcula mayor a 1500 ml con sangrado activo en casos de emergencia si los resultados de laboratorio no están

inmediatamente se puede administrar 2 paquetes de glóbulos rojos o negativo hasta obtener pruebas cruzadas; cada paquete aumenta 3% de hematocrito y 1 g/dl a la hemoglobina (MSP, 2016)

PLAQUETAS

La indicación a paciente obstétrica con sangrado activo la transfusión es la indicada para mantener el conteo por encima de 50.000/mm³ ya que cada unidad de plaqueta incrementa el nivel de 5.000 a 10.000 plaquetas /mm³ (MSP, 2016)

PLASMA FRESCO CONGELADO

Contiene todos los factores de coagulación y proteínas de la sangre total, ya que para ser congelado de 18 a 30 grados centímetros se requiere 30 minutos para descongelarlos a temperatura ambiente. se debe utilizar plasma tipo específico, pero no es necesario de realizar pruebas cruzadas ni debe ser RH específico (MSP, 2016)

TRAJE ANTICHOQUE (TAN)

Es una de las estrategias propuestas por varios organismos internacionales para la atención médica de la paciente con hemorragia obstétrica.

El traje anti-shock no neumático fue especialmente diseñado para pacientes obstétricas, consta de tres componentes para cada miembro

- 1) componente pélvico
- 2) componente abdominal
- 3) componente de tensión – fijación.

(MEADE, 2018)

CARACTERÍSTICAS

Ejerce contrapresión circunferencial en los miembros inferiores y la pelvis, esto incrementa la presión, en el sistema venoso y genera una derivación de la sangre a la circulación central. Al ejercer una compresión externa del útero hace las veces de una contracción sostenida, también genera una compresión externa de la vasculatura pélvica y, especialmente, uterina.

Estos mecanismos incrementan las resistencias periféricas, de la precarga y del gasto cardiaco. Gracias a lo anterior hay una mejora inmediata en la perfusión a los órganos vitales. Por el segundo mecanismo de compresión uterina el sangrado disminuye. (MEADE, 2018)

INDICACIÓN

Pacientes con hemorragia obstétrica posparto

Post-cesárea o posaborto con pérdidas estimadas mayores a 750 ml o con cambios hemodinámicos que demuestran estado de choque hipovolémico. (MEADE, 2018)

PROCEDIMIENTO PARA LA COLOCACIÓN

La colocación se inicia por la porción distal, simultáneamente ambos componentes de cada pierna del 1 al 3, luego el componente pélvico 4 y, finalmente la bola del componente 5 se acopla sobre el cuerpo uterino y se fija con el componente, lo pueden colocar una o dos personas. La presión circunferencial debe ser la mayor posible (excepto del componente 6 que deberá colocarse sin ejercer demasiada presión). (MEADE, 2018)

En las pacientes de talla baja puede comenzarse con el componente 2 doblando el componente 1 sobre el componente. Los componentes 2 y 3 se colocan sin que se afecte la flexibilidad de la articulación de la rodilla, los componentes 5 y 6 comprimen el útero, la colocación del traje no debe ocasionar dificultad ventiladora.

El traje se ha dejado colocado incluso durante 48 horas, sin que en ese lapso se haya originado algún efecto adverso. Si el traje anti choque no neumático se coloca como primera de resucitación , es necesario seguir los protocolos para casos de hemorragia : (MEADE, 2018)

2.1.1. MARCO CONCEPTUAL

CONTRÁCTILIDAD UTERINA

Situación que se describe a la actividad uterina normal durante las diferentes etapas del parto

FACTOR DE RIESGO OBSTÉTRICO

Son características que nos sirven como referencia para diagnosticar los factores de riesgo ante un evento obstétrico mediante las historias clínicas, ya que son un importante riesgo de salud para las gestantes y sus recién nacidos el cual contribuye un alto índice de morbi- mortalidad materna y se asocia a complicaciones durante el embarazo parto o posparto.

HEMORRAGIA POSTPARTO

La hemorragia posparto es la causa principal de morbi mortalidad obstétrica en el mundo

ATONÍA UTERINA

La atonía uterina consiste en la incapacidad de contraerse el musculo uterino en el puerperio y es la causa más frecuente e importante de la hemorragia posparto (BERTUCCI, 2014)

TRAUMATISMO DEL CANAL DE PARTO

Es la segunda causa más frecuente de hemorragia posparto manifestándose con sangrado vaginal activo debido a parto instrumentado, episiotomía medio lateral o productos macrosómicos (H. Karlsson, 2009)

TEJIDO

Se caracteriza por la Presencia de restos placentarios y placentación anormal (solari, 2014)

TROMBINA

Es la cuarto causa de hemorragia posparto debido a la alteración en la coagulación debido por coagulación preexistente o adquirida (ALVARO, MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO, 2016)

INVERSIÓN UTERINA

Es cuando el útero se voltea generalmente después del parto, los síntomas incluyen sangrado posparto, dolor abdominal, una masa en la vagina y tensión arterial baja, necesita tratamiento inmediato, habitualmente quirúrgico. (OMS, Inversion Uterina, 2013)

ACRETÍSMO PLACENTARIO

Es la inserción anormal de parte o de la placenta completa cuya frecuencia se ha incrementado en los últimos 60 años y se caracteriza por una alta morbimortalidad materna. (Muñiz, 2015)

DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMOINCERTA

Es la separación prematura , parcial o total de una placenta normoinserta de su inserción decidual después de la semana 20 o 22 de gestación y antes del periodo del alumbramiento. (Sánchez M. d., 2018)

PLACENTA PREVIA

Inserción completa o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero dentro de la zona de borramiento y dilatación del cérvix, situada por debajo de la zona de presentación obstruyendo el futuro descenso del feto. (OSCAR TELLEZ, 2006)

CONTROL PRENATAL

Conjunto de procedimientos y actividades que el personal de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de determinar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que pueda afectar el curso normal del embarazo. (M.S.P, 2015)

PARTO DOMICILIARIO

Es el parto que se origina en el domicilio debido a preferencias culturales, socioeconómicas, servicios de salud de baja calidad, o difícil acceso a centros hospitalarios, estos partos son atendidos por una partera en medios inadecuados y frecuentemente son pacientes de zonas rurales. (CRUZ, 2016)

MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DEL PARTO

Comprende la administración profiláctica de uterotónicos, la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje uterino tras la expulsión de la placenta. (M.S.P G. D., 2015)

SHOCK HIPOVOLÉMICO

Es una situación producida por la rápida pérdida de volumen sanguíneo provocando inestabilidad hemodinámica provocando hipotensión, taquicardia, pulso débil, palidez.

HIPOTENSIÓN

Tensión arterial baja se puede producir la caída repentina y aguda de la presión arterial debido al shock hipovolémica a causa de la perdida sanguínea (ALVAREZ)

TAQUICARDIA

El corazón realiza esfuerzo al bombear e impulsar la circulación sanguínea hacia todo el cuerpo por lo que se produce la aceleración del ritmo cardiaco (ZULEYMA, 2018)

PALIDEZ

Perdida anormal del color de las membranas mucosas debido a la disminución del suministro de sangre a la piel

OXITOCÍNA

Análogo sintético de prostaglandina E1, fármaco de segunda elección es utilizado tanto para la prevención como para el tratamiento de la hemorragia posparto (MENENDEZ, 2018)

MISOPROSTOL

Análogo sintético PGE1 es utilizado como profilaxis y tratamiento de hemorragia posparto se ha observado efectos adversos como dolor abdominal, náuseas, flatulencias diarreas entre otros

METILERGOMETRINA

Fármaco que actúa sobre el útero para la estimulación y cubrir la hemorragia posparto su administración es por vía intramuscular o intravenosa previene la atonía uterina después del alumbramiento (SEDA, 2016)

TRAJE ANTISHOCK

Su característica es contrapresión circunferencial en los miembros inferiores y la pelvis lo que va incrementando la presión en el sistema venoso. realiza contracción sostenida al realizar una compresión externa del útero

HISTERECTOMÍA

La histerectomía es una cirugía para extirpar o retirar todo el útero o una parte de este, es una de las cirugías mayores más frecuentes entre las mujeres , tras una histerectomía un mujer no puede quedar embarazada. (INTERMOUNTAIN HEALTHCARE, 2018)

2.1.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVO

Se ha considerado aportes de investigación realizada en relación con el tema de estudio. Es así como el autor Daniel Ángel Flores Lapa en su tesis de grado **FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A HEMORRAGIA POSPARTO INMEDIATO, HOSPITAL PNP “LUIS N SAENZ”, JULIO 2016- JULIO 2017** indico que la edad con mayor frecuencia de hemorragia posparto inmediato fue entre 35

años en adelante además la asocio a mujeres multíparas y antecedentes obstétrico (ANGEL, 2018)

En el estudio realizado por la autora Claudia María Ordeñana Muñoz en su tesis de grado **FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A HEMORRAGIA POST PARTO INMEDIATO, EN PACIENTES DEL SERVICIO DE LABOR Y PARTO, HOSPITAL ESCUELA CESAR, AMADOR MOLINA, MATAGALPA NICARAGUA, SEGUNDO SEMESTRE 2015.** Concluyo que las complicaciones durante la atención del parto asociado a hemorragia posparto inmediato fueron, trabajo de parto prolongado, retención placentaria, hipotonía uterina y presencia de restos placentarios (MUÑOZ, 2016)

Como concluyo las autoras JENNY MARISSA PARIGUANA LOPEZ, YESSICA SANTOS YAURICASA en su tesis de grado **FACTORES DE RIESGO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO INMEDIATO; ESTUDIO CASO, CONTROL EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES- OCTUBRE DEL 2013** indico que los factores de riesgo identificados en el presente estudio fueron la retención de restos placentarios , desgarro de cérvix vagina- periné ,que se presentaron mediante parto - cesárea (SANTOS, 2004)

En el estudio realizado por la autora ARI CHIRIBOGA DORADO en su tesis de grado sobre **CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO QUE CONLLEVA A PRESENTAR HEMORRAGIA POST PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ENRIQUE C SOTOMAYOR DE SEPTIEMBRE 20012 A FEBRERO** concluyo que la frecuencia de hemorragia pospartos mayor en mujeres de 16- 27 años fue providencia de zonas urbanas , escaso control prenatal, multípara , en el estudio investigativo se determinó que la causa con mayor frecuencia fue desgarro

del canal blando del parto, retención placentaria , alteración del tono muscular.
(DORADO, 2012)

El estudio realizado por los autores JUAN JOSE CALLE SIGUENCIA Y DIANA ESTEFANIA ESPINOZA BARRERA en su tesis de grado sobre **PREVALENCIA CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A HEMORRAGIA POSPARTO EN LAS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2014** concluyo El volumen medio de sangrado en las pacientes que presentaron hemorragia posparto fue de 880.87 ml con una perdida máxima de 2000ml demuestran gravedad de esta complicación y la importancia de la atención rápida para la estabilización hemodinámica de la paciente , para la cuantificación del volumen de sangrado vaginal se empleara funda retro cecal mientras que en la cesárea la valoración es de manera visual subjetiva por lo cual resulta difícil establecer hemorragia posparto mediante una cesárea (BARRERA, 2015)

2.2. HIPÓTESIS

2.2.1. HIPÓTESIS GENERAL

La hemorragia del postparto inmediato está asociadas directamente a los factores de riesgos obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro Guaranda periodo Enero – Junio del 2019

2.2.2. HIPOTESIS ESPECÍFICAS

a) Los factores de riesgo obstétrico con mayor incidencia para hemorragia post parto inmediato en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro es el parto séptico.

b) La incidencia de hemorragia postparto inmediato en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro periodo Enero – junio 2019 es baja

2.3. VARIABLES

2.3.1. VARIABLE IDEPENDIENTE:

Factores de riesgo obstétrico

2.3.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Hemorragia posparto inmediato

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

VARIABLE		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION O CATEGORIA	INDICADOR	INDICE
INDEPENDIENTE	FACTORES DE RIESGO OBSTETRICOS	Es toda característica, situación o exposición observable en el ser humano que incrementa las probabilidades de adquirir una enfermedad de salud o lesión	Paridad Edad Procedencia Atención del parto Controles prenatales Antecedentes patológicos personales	Salud materna	Porcentaje
DEPENDIENTE	HEMIORRAGIA POSTPARTO INMEDIATO	Es aquella que se origina dentro de las primeras 24h, posterior al parto , es una de las complicaciones más alarmante y es unas de las tres primeras causas de mortalidad materna	Atonía uterina Retención placentaria Lesión de canal blando del parto	Muerte materna	Porcentaje

Cuadro #5: OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

Elaborado por: MAYRA REVELLO – STALIN YUNAPANTA

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

3.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El método empelado para el desarrollo de este proyecto de investigación fue de modelo observacional - deductivo, debido a que analizamos la información recopilada de acuerdo con las variables de estudio, ya que parte determinando los factores de riesgo obstétricos y su relación con hemorragia postparto, se obtuvo la información de la base de datos del departamento de estadística del Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el periodo Enero junio 2019.

3.2. MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN

La modalidad de investigación proyectada en este documento se clasifico como cuantitativa ya que estudiamos los principales factores de riesgo que están asociados a hemorragia postparto, debido a esta modalidad determinamos en porcentajes cuales son las variables que presentan más frecuencia y que complicación más recurrente que se presentó.

3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación sobre los factores de riesgo obstétricos asociados a hemorragia postparto en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro periodo Enero – Junio 2019 fue de tipo descriptivo, porque se determinó los factores causales que dan como resultado que presenten hemorragia postparto inmediato, retrospectivo porque analizaremos el periodo de estudio del mes de Enero hasta Junio y no experimental debido a que no se utilizó deliberadamente las variables de estudio solo fue observación y su relación.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

3.4.1. TÉCNICAS

La técnica del presente proyecto de investigación se fundamentó en la observación y descripción de datos con aras de dar cumplimiento a los objetivos de esta investigación, dichos datos informativos fueron brindados por el departamento de estadística del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, se garantizaron los criterios de confidencialidad para proteger la integridad de las usuarias.

3.4.2. INSTRUMENTO

Para la realización del trabajo de Investigación factores de riesgo obstétricos asociados a hemorragia postparto Inmediato el instrumento fue una hoja de Recolección de datos, en las que se describieron las variables de estudio, que permitirá observar el comportamiento de estas, de acuerdo con la población y muestra del estudio y la unidad de análisis fue la historia clínica.

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN

3.5.1. POBLACIÓN

Esta investigación está dirigida a todas las pacientes que tuvieron parto eutócico o cesárea en el Hospital Alfredo Noboa durante el periodo de Enero – Junio del 2019, cuyo universo de estudio estuvo determinado por 625 pacientes el cual se aplicó los criterios de inclusión y exclusión dando como resultado de 53 usuarias diagnosticada con hemorragia postparto inmediato.

3.5.2. MUESTRA

La muestra fue constituida por 53 pacientes que presentaron hemorragia postparto inmediato.

Para la descripción selección de criterio de muestra se aplicó los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Gestantes que presentaron hemorragia postparto inmediato en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Pacientes en las cuales se registró su historia clínica con datos completos.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

Gestantes que presentaron hemorragia postparto después de las 24 horas.

Pacientes en las cuales se registró su historia clínica con datos incompletos.

3.6 CRONOGRAMA DEL PROYECTO

MESES		MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE			
ACTIVIDAD	SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración y entrega del Tema		■																							
Aprobación del tema de investigación			■																						
Recopilación de información bibliográfica				■	■																				
Subida a la plataforma SAID						■																			
Capítulo I planteamiento del problema ,marco contextual						■																			
Problema general, problema derivados							■																		
Delimitación de la investigación y Justificación							■																		
Objetivo generales , objetivo específico								■																	
Capítulo II Elaboración del Marco Teórico									■																
Elaboración de las hipótesis										■															
Variables y su operacionalizacion											■														
Elaboración de Metodología de la investigación												■													
Resultado de la investigación																									
Propuesta,bibiografia ,anexos																									
Recolección de datos																									
Subida a la plataforma SAID																									
Entrega de Tesis																									
Sustentación de Tesis																									

**CUADRO #6 CRONOGRAMA DEL PROYECTO
ELABORADO POR MAYRA REVELLO – STALIN YUNAPANTA**

3.7. RECURSOS

3.7.1. RECURSOS HUMANOS

Para la preparación de este proyecto de investigación se requirió de la colaboración del siguiente recurso humano

Tutor:

Dr. Hugolino Orellana Gaibor

Autores:

Mayra Alejandra Revello Silva

Edson Stalin Yunapanta Tiama

3.7.2. RECURSOS ECONÓMICOS

Para la proyección del presente trabajo fue elemental realizar la inversión siguiente.

RECURSOS	COSTOS
INTERNET	\$55,00
CUADERNOS	\$3.00
ESFEROS	\$2.00
USB	\$5.00
MOVILIZACION	\$60.00
ALIMENTACION	\$75.00
TOTAL	\$200.00

CUADRO #7 RECURSOS ECONÓMICOS

ELABORADO POR: MAYRA REVELLO – EDSON YUNAPANTA

3.8. PLAN DE TABULACION Y ANÁLISIS

3.8.1. BASE DE DATOS.

La base de datos de estudio para el análisis de los factores de riesgos obstétricos asociados a hemorragia posparto inmediato en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el periodo Enero – Junio 2019, se inició de un profundo análisis de las historias clínicas de las pacientes donde la base de datos es anonimizada ,mediante el cual se otorgó un código numérico de 3 dígitos a cada paciente para garantizar su confidencialidad ,en donde nuestro universo estuvo conformado de 625 pacientes y se trabajó con 53 usuarias con diagnóstico de hemorragia postparto inmediato.

CAPITULO IV

En este capítulo se busca demostrar el cumplimiento de los objetivos presente, para la investigación tomada como base para la escritura de este proyecto de investigación es decir determinar los factores de riesgos obstétricos asociados en gestantes

4. RESULTADO DE LA INVESTIGACION

4.1. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACION

FRECUENCIA DE HEMORRAGIA POSPARTO INMEDIATO POR MES

MES	FRECUENCIA	%
ENERO	6	11%
FEBRERO	8	15%
MARZO	9	17%
ABRIL	15	28%
MAYO	10	19%
JUNIO	5	9%
TOTAL	53	100%

CUADRO#8: FRECUENCIA DE HPP POR MES

FUENTE: HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

ELABORADO POR: MAYRA REVELLO – STALIN YUNAPANTA

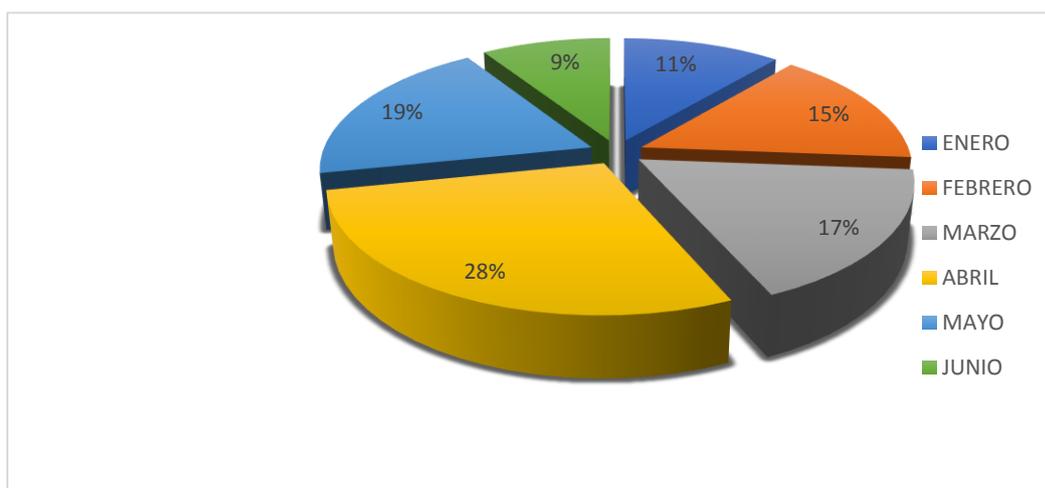


Grafico #1

ELABORADO POR: MAYRA REVELLO - STALIN YUNAPANTA

Análisis e interpretación de los resultados: Según el estudio realizado se determinó que, de las 53 pacientes en la gran mayoría de las hemorragias postparto inmediato se presentó en el mes de Abril el cual se destaca con una frecuencia equivalentes al 28%.

GRUPO ETARIO QUE PRESENTARON HEMORRAGIA POSTPARTO

EDAD	FRECUENCIA	%
14-20 AÑOS	10	19%
21 – 29 AÑOS	16	30%
>30 AÑOS	27	51%
TOTAL	53	100%

CUADRO#9 EDAD

FUENTE: HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

ELABORADO POR: MAYRA REVELLO – STALIN YUNAPANTA

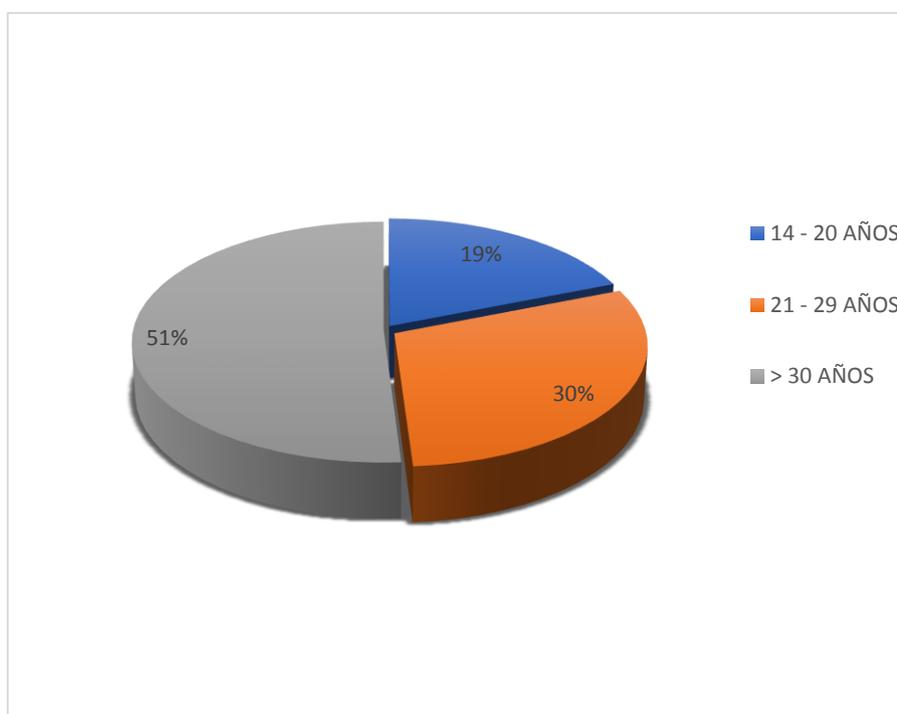


GRAFICO # 2

ELABORADO POR: MAYRA REVELLO – STALIN YUNAPANTA

Análisis e interpretación de los resultados: A partir del análisis de las 53 historias clínicas, la mayoría de la hemorragia postparto se presentaron en pacientes > a 30 años el cual se determinó el 51%, siendo el dato de mayor relevancia.

**ETNIA DE PACIENTES QUE PRESENTARON HEMORRAGIA
POSTPARTO INMEDIATO**

ETNIA	FRECUENCIA	%
MESTIZA	21	40%
INDÍGENA	32	60%
TOTAL	53	100%

CUADRO#10: RAZA

FUENTE: HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

ELABORADO POR: MAYRA REVELLO- STALIN YUNAPANTA

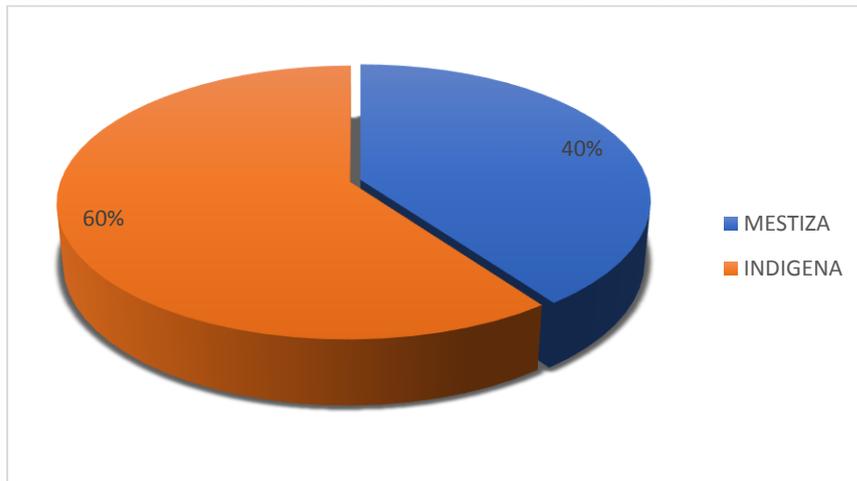


GRAFICO # 3

ELABORADO POR: MAYRA REVELLO- STALIN YUNAPANTA

Análisis e interpretación: mediante la información recopilada de las historias clínicas se estableció que la mayor frecuencia de la hemorragia postparto presentó las mujeres indígenas representando el 60 % de los casos.

**PROCEDENCIA DEMOGRÁFICA DE LAS PACIENTES QUE
PRESENTARON HEMORRAGIA POSTPARTO INMEDIATO**

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	%
RURAL	34	64
URBANA	19	36%
TOTAL	53	100%

CUADRO#11: PROCEDENCIA

FUENTE: HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

ELABORADO POR: MAYRA REVELLO- STALIN YUNAPANTA

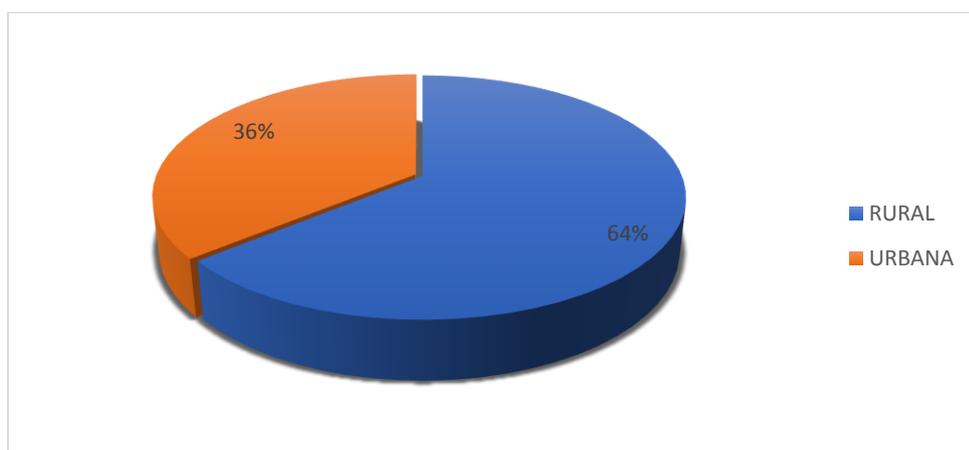


GRAFICO #4

ELABORADO POR: MAYRA REVELLO- STALIN YUNAPANTA

Análisis e interpretación: De las 53 pacientes que fueron estudiadas, 34 de estas residían en zona rural de la ciudad de Guaranda representadas con 64% del total

**PARIDAD DE LAS PACIENTES QUE PRESENTARON HEMORRAGIA
POSTPARTO INMEDIATO**

PARIDAD	FRECUENCIA	%
NULIPARA	22	42%
MULTIGESTA	31	58%
TOTAL	53	100%

Cuadro#12

Fuente Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado por Mayra Revello-Stalin Yunapanta

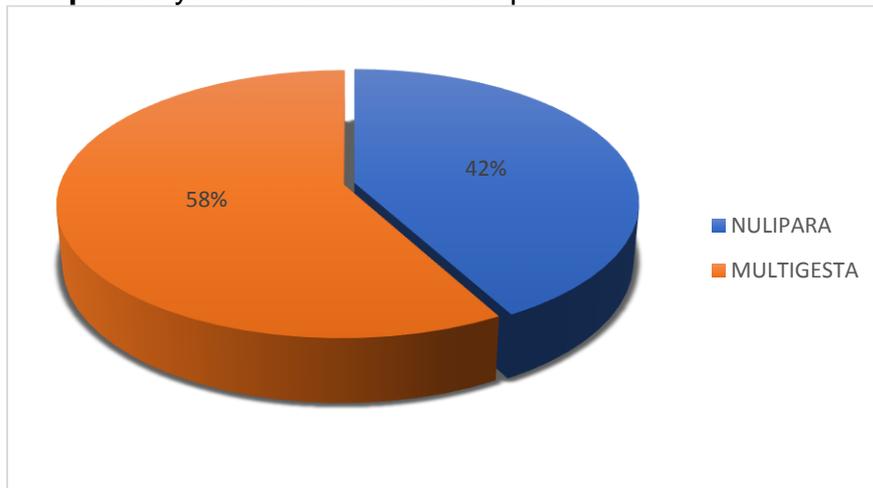


GRAFICO #5

ELABORADO POR: MAYRA REVELLO – STALIN YUNAPANTA

Análisis e interpretación: en el análisis de los datos reportaron que el mayor porcentaje que presentaron diagnóstico de hemorragia posparto inmediato eran múltipara representando con un 58% de los casos

ATENCION DEL PARTO

ATENCION DEL PARTO	FRECUENCIA	%
PARTO DOMICILIO	20	45%
PARTO INSTITUCIONAL	33	55%
TOTAL	53	100%

CUADRO#13

FUENTE HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

ELABORADO POR MAYRA REVELLO – STALIN YUNAPANTA

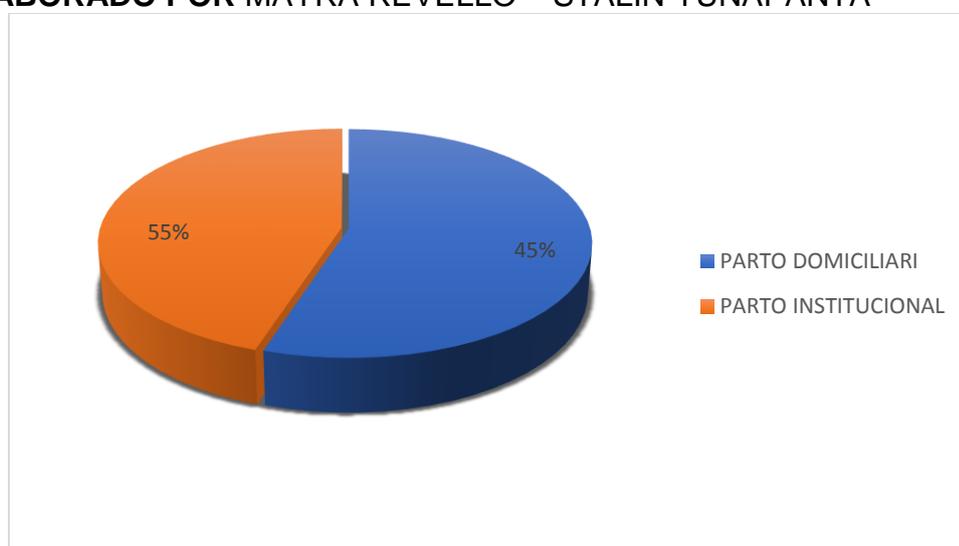


GRAFICO #6

ELABORADO POR: MAYRA REVELLO – STALIN YUNAPANTA

Análisis e interpretación: mediante el grafico # 6 pudimos observar de manera específica el número de pacientes atendidos el parto en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro con un total de 33 pacientes el que corresponde al 55% del estudio.

**RAZONES POR EL CUAL EL PARTO
FUE ATENDIDO EN EL DOMICILIO**

RAZONES	FRECUENCIA	%
POR FALTA DE ACCESO DE UNIDAD DE SALUD	5	25%
RECOMENDACIÓN	1	5%
POR CONFIANZA A PARTERA	14	70%
TOTAL	20	100%

CUADRO#14 PARTO EN DOMICILIO
FUENTE HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO
ELABORADO POR MAYRA REVELLO – STALIN YUNAPANTA

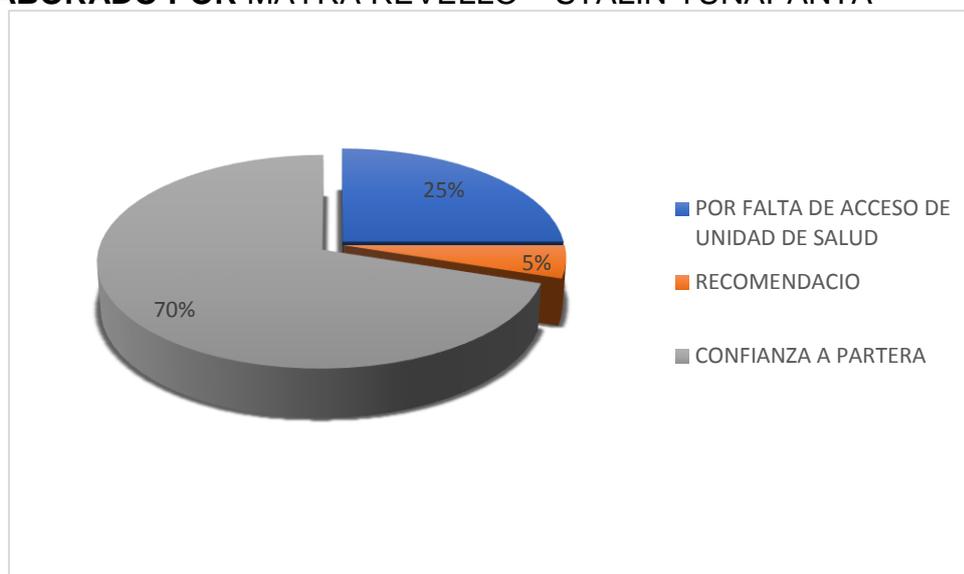


GRAFICO #7
ELABORADO POR MAYRA REVELLO – STALIN YUNAPANTA

Análisis e interpretación: Los motivos por el cual sus partos fueron en el domicilio, destacándose con el 70 % siendo la confianza en la partera fue una de las principales razones para que su parto se realice en el domicilio

CONTROL PRENATAL DE LAS USUARIAS CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA POSTPARTO

CONTROL PRENATAL	FRECUENCIA	%
SI	34	64%
NO	19	36%
TOTAL	53	100%

CUADRO#15: CONTROL PRENATAL

FUENTE: HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

ELABORADO POR: MAYRA REVELLO- STALIN YUNAPANTA

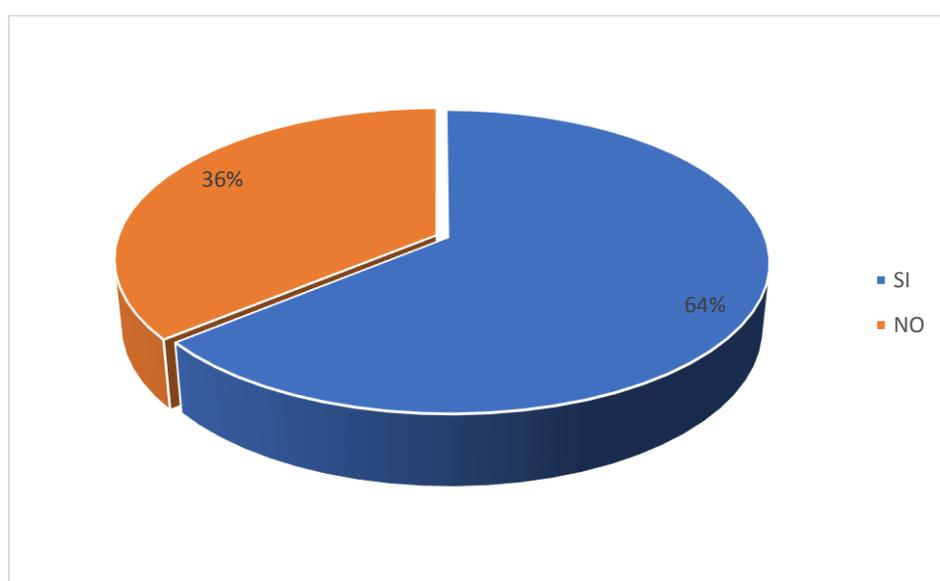


GRAFICO #8

ELABORADO POR: MAYRA REVELLO – STALIN YUNAPANTA

Análisis e interpretación: En los datos obtenidos de las pacientes atendidas con diagnóstico de hemorragia postparto inmediato se observó que el 64% de las pacientes afectadas presentaron controles prenatales mientras que el restante de la muestra con el 36 % se inclina por rechazar los controles prenatales.

NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES DE LAS PACIENTES

#CONTROLES PRENATALES	N°	%
MENOS DE 3 CONTROLES	18	53%
MAYOR DE 5 CONTROLES	16	47%
TOTAL	34	100%

CUADRO#16: NUMERO DE CONTROLES PRENATALES
FUENTE HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO
ELABORADO POR MAYRA REVELLO- STALIN YUNAPANTA

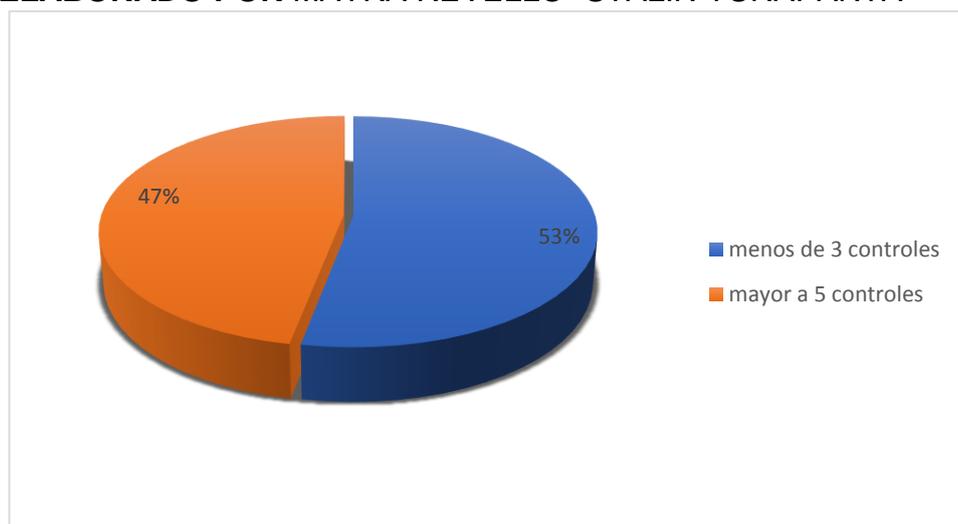


Gráfico #10

Elaborado por: Mayra Revello – Stalin Yunapanta

Análisis e interpretación: Del análisis de las pacientes que presentaron hemorragia postparto inmediato el 53% de las usuarias llevaron escaso controles prenatales (<3 controles prenatales) durante los 3 trimestre del embarazo

Como factor principal las usuarias que llevaron escaso controles prenatales aumentaron el número de hemorragia posparto en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro a diferencia de las mujeres que llevaron buen control prenatal.

PRESENCIA DE ANEMIA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA POSTPARTO

ANEMIA	FRECUENCIA	%
SI	28	53%
NO	25	47%
TOTAL	53	100%

CUADRO#17: ANEMIA

FUENTE: HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

ELABORADO POR: MAYRA REVELLO – STALIN YUNAPANTA

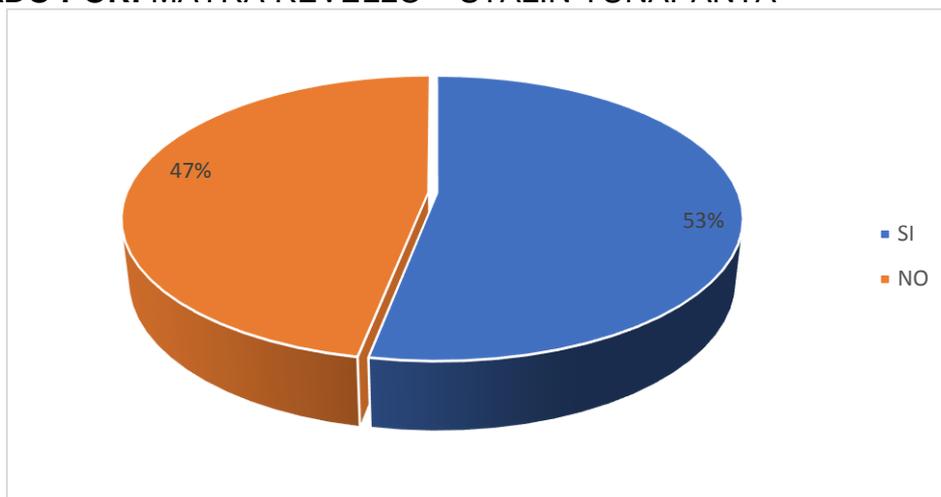


GRAFICO #10

ELABORADO POR: MAYRA REVELLO – STALIN YUNAPANTA

Análisis e interpretación: El análisis de las pacientes ingresadas en el servicio de gineco /obstetricia que presentaron hemorragia postparto padecían de anemia, en el que se estableció con el 53% de los casos

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES EN LAS PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO

ANTECEDENTES PATOLOGICO PERSONALES	FRECUENCIA	%
HIPERTENCION ARTERIAL	9	28%
PRECLAMPSIA	12	38%
ECLAMPSIA	6	19%
DIABETES MILLITUS	2	6%
HEMORRAGIA POSTPARTO ANTERIOR	2	6%
PLACENTA PREVIA	1	3%
TOTAL	32	100%

CUADRO #19: DIAGNOSTICO DE ANTECEDENTE PATOLOGICO
FUENTE HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO
ELABORADO POR MAYRA REVELLO- STALIN YUNAPANTA

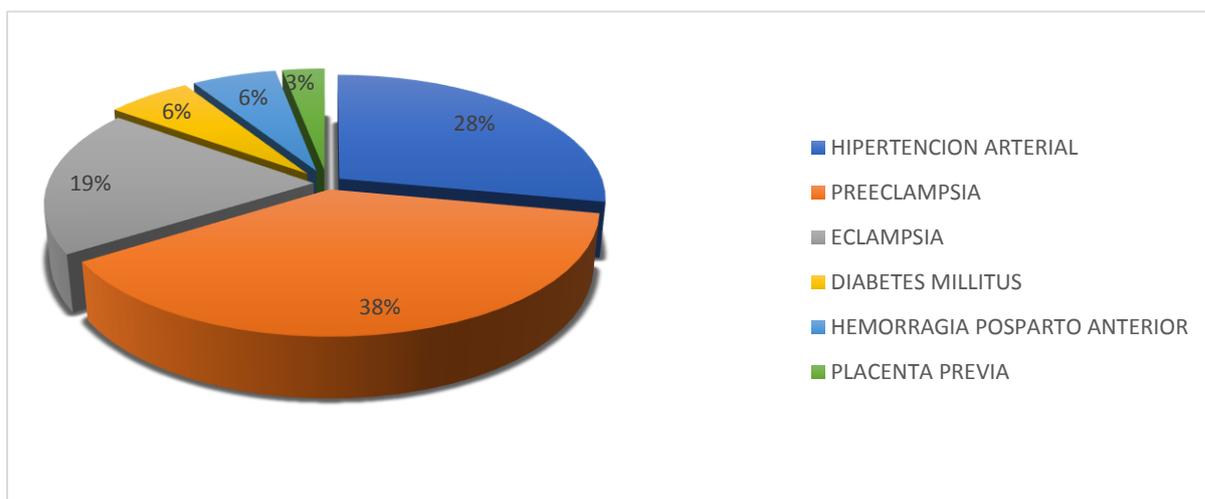


GRAFICO #11
ELABORADO POR MAYRA REVELLO- STALIN YUNAPANTA

Análisis e interpretación: dentro de los antecedentes patológicos personales se presentó la preeclampsia como el principal antecedente patológico personal en un 38 % de esta investigación, el cual podemos concluir que los Trastornos Hipertensivos son una de las patologías más complejas que actualmente se presenta en las embarazadas.

CAUSA DE HEMORRAGIA POSTPARTO INMEDIATO

CAUSA	FRECUENCIA	%
ATONIA UTERINA	22	42%
LESION DEL CANAL BLANDO	12	23%
RETENCIÓN DE RESTOS CORIOPLACENTARIOS	19	36%
TOTAL	53	100%

CUADRO#20 CAUSA ETIOLOGICA

FUENTE HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

ELABORADO POR MAYRA REVELLO – STALIN YUNAPANTA

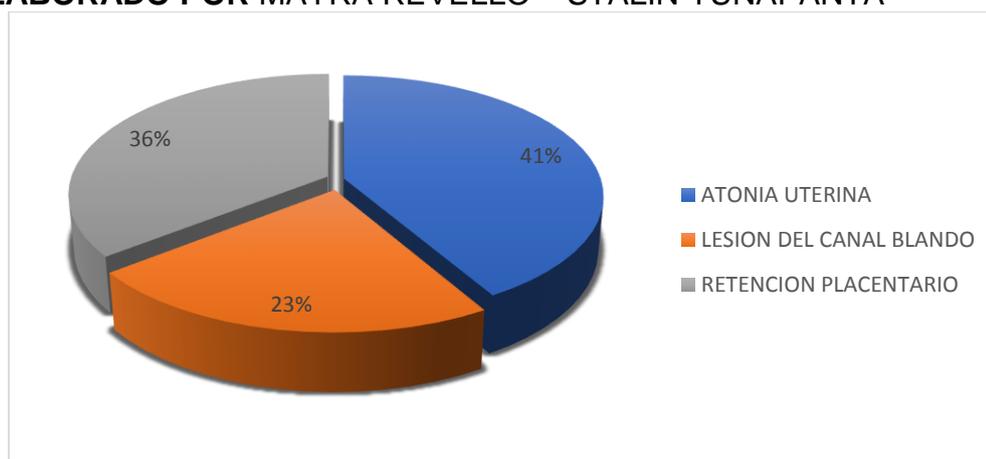


GRAFICO #12

ELABORADO POR MAYRA REVELLO – STALIN YUNAPANTA

Análisis e interpretación: Se observó que la atonía uterina fue la mayor prevalencia representando el 41% de los casos seguido del 36 % con retención de restos corio-placentarios.

RESUMEN DE HISTORIAS CLINICAS

Esta información es obtenida a base de las historias clínicas realizadas a pacientes que fueron atendidas en el servicio de ginecología / obstetricia en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el periodo Enero – junio del 2019 que presentaron diagnóstico de hemorragia posparto inmediato en el siguiente cuadro # 20 podemos visualizar los factores de riesgos que inciden en la hemorragia posparto inmediato.

INCIDENCIA Y PORCENTAJES DE LOS FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO

EDAD	14 A 20 AÑOS	19%
	21 A 29 AÑOS	30 %
	>30 AÑOS	51%
RAZA	INDIGENA	60%
	MESTIZA	40 %
PROCEDENCIA	RURAL	64%
	URBANA	36%
PARIDA	NULIPARA	42%
	MULTIPARA	58%
ATENCION DEL PARTO	PARTO DOMICILIARIO	45%
	PARTO INSTITUCIONAL	55%
CONTROL PRENATAL	SI	64%
	NO	36%
N° DE CONTROL	< DE 3 CONTROLES	53%
	>DE 5 CONTROLES	47%
ANEMIA	SI	53%
	NO	47%
ANTECEDENTES PATOLÓGICO	HIPERTENSION ARTERIAL	28%
	PRECLAMPSIA	33%
	ECLAMPSIA	19%
	DIABETES MILLITUS	6%
	HEMORRAGIA POSPARTO ANTERIOR	6%
	PLACENTA PREVIA	3%

CUADRO #20

ELABORADO POR MAYRA REVELLO – STALIN YUNAPANTA

Se obtuvo identificar que existe incidencia en los factores de riesgos con relación a la hemorragia posparto inmediato en las mujeres que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el periodo estudio, por lo tanto, se debe dar énfasis para así poder prevenir, evitar y estar preparado ante una complicación y poder tomar una medida inmediata ante una complicación que se podría presente en el momento.

En el grafico # 21 se identificó las causas etiológicas que se presentaron en el momento del parto, en pacientes que fueron atendidas en la casa de salud en el periodo de estudio.

CAUSAS	ATONIA UTERINA	42%
	LESION DEL CANAL	23%
	BLANDO	36%
	RETENCIÓN	
	CORIOPLACENTARIO	

**CUADRO # 21 CAUSAS ETIOLOGICA
ELABORADO POR MAYRA REVELLO- STALIN YUNAPANTA**

4.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Durante el periodo de estudio en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda se registraron 625 casos los cuales forman la población de estudio, para poder obtener la muestra se aplicó los criterios de inclusión y exclusión obteniéndose una muestra de 53 pacientes con diagnóstico de hemorragia postparto inmediato, en donde se presentó una notable incidencia en mujeres > a 30 años destacándose con el 51%, teniendo a la edad como el principal factor de riesgo con una frecuencia elevada en mujeres procedentes de zonas rurales presentando el 64% el cual pertenecen a comunidades indígenas pobres alejadas de un centro de salud; este fue motivo el cual no presentaban controles prenatales suficientes el cual se mostraba con el 53 %.

Las pacientes analizadas en el periodo de estudio la mayoría presentaban escaso controles prenatales lo cual influye en las complicaciones tales como anemia el que se presenta con el 53% de los casos, en cuanto corresponde atención del parto el 55% presentaron partos institucionales destacándose que la mayoría de las hemorragias postparto se presentaron en el hospital; entre antecedentes patológicos personales; la preeclampsia se presentó con el 33%; y se pudo conocer que la atonía (42%) y la retención corio placentario (36%) son las principales causas de hemorragia postparto inmediato que se presentaron en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

4.3 CONCLUSIONES

Se concluyó que el rango de edad es > a 30 años en el que se destaca con el 64% dentro del grupo de pacientes analizados.

La mayoría de las hemorragias posparto se presentaron en mujeres multíparas con el 58% del total de las pacientes.

Dentro de la atención del parto el 45% de los pacientes se presentó en el domicilio.

La mayoría de la muestra tuvieron un inadecuado control prenatal proporcionando un 53% el mismo que fue ineficiente

Se determinó que los factores de riesgos obstétricos guardan relación significativa con la hemorragia postparto inmediato, siendo las principales causas como la atonía uterina que presentó el (42%), seguida de retención placentaria teniendo el (36 %) como resultado.

4.4. RECOMENDACIONES

Se recomienda a todas las mujeres embarazadas tener un control prenatal oportuno, para así poder contrarrestar el porcentaje de embarazos con alto riesgos.

Al personal médico de primer nivel de atención dar seguimiento adecuado a todas las gestantes en las comunidades indígenas procedentes de zonas rurales.

Poniendo énfasis a las gestantes sobre las complicaciones que se puede presentar durante el embarazo y postparto y en caso de no tener un parto asistido por el personal médico.

Aplicar la guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto el que será de gran ayuda para un diagnóstico y manejo oportuno a tiempo, ya que de esta manera se podrá disminuir la morbilidad materna en el país.

CAPITULO V

5. TEORICA DE LA APLICACION

5.1. TITULO DE LA PROPUESTA DE APLICACIÓN

Fomentar la aplicación de la guía de práctica clínica del ministerio de salud pública sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de las hemorragias posparto

5.2. ANTECEDENTES

Durante el estudio del proyecto en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el periodo Enero – junio 2019 se logró distinguir que el 51% fueron mujeres > de 30 años en las que 4 de cada 10 mujeres no acuden a sus respectivos controles prenatal donde la mayoría de las complicaciones del puerperio inmediato se presentó en el Hospital que corresponde al 55% y se conoció que las principal causa de la hemorragia posparto fue la atonía uterina representando el 42 % seguido de retención de corio - placentario con el 36 %.

5.3. JUSTIFICACION

Teniendo en consideración que la hemorragia posparto es una de la principal causa de muerte materna en Ecuador, mediante la base de datos obtenidos por el departamento de estadística se evidenció que durante el periodo de estudio se registraron 53 casos de hemorragia posparto inmediato

El personal médico encargado del área de ginecología / obstetricia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro tiene la responsabilidad de brindar atención de calidad a las pacientes ingresadas a la casa de salud y es de importancia que estén preparado para manejar una hemorragia posparto en la atención de cada parto, evitando la demora en el diagnóstico y tratamiento, con la finalidad de evitar el compromiso de vida de la madre.

El conocimiento de la existencia de factores de riesgos es de gran ayuda a la hora de prevenir una hemorragia posparto, pero hay que hacer énfasis en muchos casos puede ocurrir en mujeres sin factor de riesgo clínicos identificables por lo que se elabora una propuesta donde se pretende fomentar la aplicación de la GUIA DE PRACTICA CLINICA del Ecuador.

La propuesta será ejecutada, con el fin que logren prevenir la hemorragia posparto, dando un diagnóstico oportuno y así dar un tratamiento eficaz basado de la GUIA DE PRACTICA CLINICA con el propósito de fortalecer el cuidado de la paciente.

5.4 OBJETIVOS

5.4.1 OBJETIVO GENERAL

Fomentar la aplicación de la guía de práctica clínica del ministerio de salud pública sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de las hemorragias posparto

5.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICO

Fortalecer el conocimiento del personal médico del área de ginecología / obstetricia del hospital Alfredo Noboa Montenegro a través de la aplicación de la guía del ministerio de salud pública.

Fomentar la importancia de conocer los factores de riesgo obstétrico para de esta manera reducir las complicaciones materno – fetal en el País

5.5. ASPECTOS BASICOS DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

5.5.1 ESTRUCTURA GENERAL DE LA PROPUESTA

La propuesta se desarrollará mediante programas sobre actualizaciones de complicaciones obstétricas el que va inclinado al personal médico de esta casa de salud, se brindara conocimiento sobre prevención, manejo y tratamiento de hemorragia postparto inmediato y además de identificar los factores obstétricos asociado a incidencia de hemorragia postparto con el propósito de disminuir la tasa de morbimortalidad materna.

5.5.2. COMPONENTES

La ejecución de la propuesta fue en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda el que se establecerá temas de la guía de práctica clínica sobre PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS HEMORRAGIAS POSTPARTO, el que se llevara a cabo en 3 fases las cuales están comprendidas en la siguiente:

PRIMERA FASE: Al personal médico se evaluará mediante una prueba de conocimientos sobre las hemorragias del postparto inmediato; recopilando material informativo con el propósito evitar demora en el diagnóstico permitiendo identificar y controlar factores de riesgos obstétricos.

SEGUNDA FASE: A los profesionales de salud recomendar realizar el manejo activo de la tercera etapa del parto y estar preparado para manejar una hemorragia postparto.

ASPECTO CLAVES DE PREVENCIÓN

Mediante la aplicación de terapias uterotónicas: Oxitocina: 10 UI/mL IM (o 5 UI IV lento), Misoprostol: 600 mcg VO, Metilergometrina: 0,2 mg IM

TERCERA FASE: Efectuar el uso correcto de la GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA verificando cifras al año desde la aplicación de esta propuesta mencionada con el propósito de disminuir la tasa de morbi-mortalidad materna

EQUIPO DE SALUD

Estuvo conformado por el personal médico del servicio de gineco – obstetricia

TIEMPO ESTIMADO: 6 MESES

AUTORES

Mayra Alejandra Revello Silva

Edson Stalin Yunapanta Tiama

5.6. RESULTADO ESPERADO DE LA PROPUESTA DE APLICACIÓN

5.6.1. ALCANSE DE LA ALTERNATIVA

La propuesta estuvo diseñada con la finalidad de brindar una atención integral a las pacientes gestantes, durante y en el momento del trabajo, además impulsar al equipo médico que realice el correcto manejo de la tercera etapa del parto basados a las técnicas señaladas en la GUÍA DE PRÁCTICAS CLÍNICA, con la finalidad de poder contrarrestar en un futuro incidencia de hemorragias postparto en la institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Referencias

AGUARON, D. G. (2010). MANUAL DE ASISTENCIA AL PARTO Y PUERPERIO NORMAL CAMBIO DE LA MADRE DURANTE EL PUERPERIOLACTANCIA MATERNA . COMPLEJO HOSPITALARIO, 1.

Alba, J. J. (2016). sobrepeso y obesidad maternos como factores de riesgo independientes para que el parto finalice en cesárea. nutricion hospitalaria.

ALVAREZ, D. J. (s.f.). MANUAL DE CODIGO ROJO PARA EL MANEJO DE HEMORRAGIA OBSTETRICA . MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL , 2010.

ALVARO, A. A. (2016). MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO. En MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO. MADRID ESPAÑA: LIBER FACTORY.

ALVARO, A. A. (2016). MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO. MADRID ESPAÑA : LIBER FACTORY.

ANGEL, F. L. (2018). FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA. UNIVERSIDAD RICARDO PALMA.

ASTURIAZAGA PATRICIA, T. L. (2014). HE,ORRAGIA OBSTETRICA . Rev. Méd. La Paz.

BARCELONA, H. (s.f.). CONTROL GESTACIONAL EN GESTANTES CON CESÁREA ANTERIOR. PROTOCOLO: CONTROL GESTACIONAL EN GESTANTES CON CESÁREA ANTERIOR.

Barcia, H. A. (s.f.). Vista de conjunto de la contractilidad. Obtenido de Vista de conjunto de la contractilidad: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2840-Texto%20del%20artículo-5751-1-10-20170203%20(1).pdf

BARRERA, J. J. (2015). PREVALENCIA, CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA POSTPARTO (HPP) EN LAS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2014. UNIVERSIDAD ESTATAL DE CUENCA .

BEGUIRISTAIN, D. (2011). MANEJO MULTIDICIPLINARIO DE LA HEMORRAGIA OBSTERICA MASIVA . HOSPITAL DANOSTIA , 35.

BERTUCCI, D. S. (2014). MANEJO ANESTESICO DE LA HEMORRAGIA. montevideo , 3.

BEZARES, B. (2009). PATOLOGIA PUERPERAL . HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO , 2.

Bowen, N. M. (2017). FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A HEMORRAGIA POSTPARTO EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO. UNIVERIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL FAULTAD CIENCIAS MEDICAS ESCUELA DE MEDICINA.

BUSTILLO, D. M. (2013). HEMORAGIA POSPARTO POR CAUSAS DIERFERENTE A ATONIA UTERINA . Médicas asistenciales, Departamento de Ginecología y, 1.

CAJINA, J. C. (JUNIO de 2015). LA HEMORRAGIA POSTPARTO. Obtenido de LA HEMORRAGIA POSTPARTO: https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=datos-y-estadisticas&alias=712-boletin-informativo-hemorragias-maternas&Itemid=235

Carmen Terré, L. F. (2006). Monitorización. 4.

Casale, r. D. (2018). CONSENSO Hemorragia Postparto (HPP). SOGIBA 2018, 5.

Cassella, D. C. (2000). PUERPERIO NORMAL. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina, 1.

Castro, j. M. (2016). Factores de riesgo asociados a hemorragia post- parto, en las mujeres que fueron atendidas en el servicio de GinecoObstetricia, del

HECAM, Matagalpa en el período 2010-2013. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.

CHONTALES. (2016). texto de capacitacion materno infantil hemorragia posparto. proyecto samami.

CLAVIJO, D. I. (2014). inversion uterina puerperal cronica . revista cubana de ginecologia.

COLLAZOS, O. S. (2017). FACTORES ASOCIADOS A LA ATONÍA UTERINA ENPUÉRPERAS DEL HOSPITAL ULDARICO ROCCA FERNANDEZVILLA EL SALVADOR EN EL PERÍODO ENERO - DICIEMBRE 2014. FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA, 14.

Condes, M. C. (2014). Hemorragia del postparto. Médica Clínica Las Condes.

CRUZ, N. (16 de 07 de 2016). FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A HEMORRAGIA POSTPARTO .

Delgadillo., J. M. (2016). Factores de riesgo asociados a hemorragia postparto, en las mujeres que fueron atendidas en el servicio de GinecoObstetricia, del HECAM, Matagalpa en el período 2010-2013. universida nacional autonoma de nicaragua .

Diana Campos López y Girlany Villarreal Alvarez. (2014). HEMORRAGIA POSTPARTO. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA , 3.

DORADO, A. C. (2012). CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO QUE CONLLEVAN A PRESENTAR HEMORRAGIAS POST-PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ENRIQUE C. SOTOMAYOR DE SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO . UNIRSIDAD DE GUAYAQUIL.

Dra. Patricia Asturizaga, D. L. (2014). HEMORRAGIA OBSTÉTRICA . Rev Med La Paz, 20(2); Julio - Diciembre 2014 57, 4.

Fescina, R. (2012). Guías para la atención de las principiles hemorragia posparto. Centro Latinoamericano de Perinatología, 52.

FIGO. (2012). Prevención y tratamiento de la hemorragia postparto. PAUTAS DE LA FIGO, 3.

Glenda Clachar Hernández*. (2014). hemorragia postparto. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA, 2.

GONZALO. (2016). PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO. REVISTA PERUANA GINECOLOGIA, 2.

H. Karlsson, C. P. (2009). Hemorragia postparto. Servicio de Obstetricia y Ginecología., 4-6.

<https://www.ecured.cu>. (s.f.). ecured. Obtenido de https://www.ecured.cu/Control_prenatal

INTERMOUNTAIN HEALTHCARE. (16 de 07 de 2018). Obtenido de FOLLETO INFORMATIVO : <https://intermountainhealthcare.org/ext/Dcmnt?ncid=520730838>

M.S.P. (2015). CONTROL PRENATAL. GUIA DE PARCTICAS CLINICAS, 10.

M.S.P, G. D. (2015). ATENCION DEL TRABAJO DE PARTO. GUIA DE PARCTICA CLINICA, 35.

MEADE, P. F. (2018). Traje antichoque no neumático UNA OPCION ENTRATAMIENTO DE LA PACIENTE EN HEMORRAGIA POSPARTO. RIVISTA MEXICO GINECOLOGIA OBSTETRICIA .

Mendoza1, D. L. (2018). ACRETISMO PLACENTARIO EXPERIENCIA EN OBSTETRICIA CLINICA. Revista Médica de la Universidad Veracruzana , 4.

MENENDEZ, I. M. (2018). EMBARAZO NORMALES Y RIESGO . BARCELONA : EL SEVIER .

MSP. (2013). prevencion ,diagnostico y tratamiento de la hemorragia posparto. guia de practica clinica, 14.

MSP. (2013). PREVENCION DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO. GUIA PRACTICA CLINICA , 9.

MSP. (2014). DIAGNOSTICO Y TRTAMIENTO DE LA ANEMIA EN EL EMBARAZO . MSP.

MSP. (2016). SCORE MAMA CLAVES y D.E.R. obstétricos. MSP.

Muñiz, M. (2015). ACRETISMO PLACENTARIO. scielo, 2.

MUÑOZ, C. M. (2016). FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POST PARTO INMEDIATO EN PACIENTE DEL SERVICIO DE LABOR Y PARTO. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA.

Muñoz, S. M. (s.f.). PREECLAMPSIA HEMORRAGIA OBSTERICAS . Servicio Anestesiología .

MURILLO, A. D. (2009). ATENCION OBSTETRICA Y COMPLICACIONES DE PARTO Y EMBARAZO EN BOLIVIA . Cuadernos del Hospital de Clínicas.

NORMA CRUZ. (16 de JULIO de 2016). FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A HEMORRAGIA POSTPARTO INMEDIATO EN EL HOSPITAL JOSE MARIA VELASCO IBARRA. AMBATO, TUNGURAHUA, ECUADOR.

OMS. (2013). Inversion Uterina. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.

OMS. (s.f.). CONDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO . ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD .

OROZCO, Y. J. (2010). factores de riesgo de hemorragia postparto en paciente con puerperio inmediato servicio de ginecologia hospital provincial de Puyo en el periodo enero - agosto del 2010. ESCUELA POLITECNICA SUPERIOR DE CHIMBORAZO.

OSCAR TELLEZ, N. W. (2006). PLACENTA PREVIA . ESTUDIANTES DE MEDICINA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER, 2.

Pagues, J. A. (s.f.). CONTRACCIÓN UTERINA Y ABDOMINAL. En G. P. ALLER.

PARRA, D. V. (2011). SHOCK HEMORRAGICO. REV. MED. CLIN. CONDES, 2.

perez, I. a. (2019). hemorragia posparto nueva evidencia . revista spoch , 3.

PUBLICA, S. D. (2018). MORTALIDAD EVITABLE GACETA DE MUERTE MATERNA SE 34 DIRECCION NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA. ECUADOR: MSP.

RAMOS, D. S. (2010). HEMORRAGIA POSPARTO . REVISTA PERUANA DE GINECOLOGIA OBSTETRICIA , 7.

René Hernández, S. (2016). Histerectomía obstétrica, último recurso en el tratamiento de la hemorragia posparto. Rev Sanid Milit Mex, 3.

RIVERA, S. (2017). Informe Mortalidad en la Maternidad. MSP.

ROMERO, L. B. (2014). Factores de riesgo asociados a la macrosomía fetal. Rev. Nac. (Itauguá).

RUIZ, B. (s.f.). Obtenido de <https://www.uninet.edu/tratado/c010203.html>

Sánchez, D. Z. (s.f.). Fisiología de la Contractilidad Uterina: Períodos del Parto. 3.

Sánchez, M. d. (2018). Desprendimiento Placenta Normoinsera. Matrona Profesion.

SANTOS, J. M.-J. (2004). FACTORES DE RIESGO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO INMEDIATO, ESTUDIO CASO CONTROL EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E BERNALES. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCO.

SEDA, J. M. (2016). MATRONA DEL SERVICIO VASCO . sevilla : mad.

Selva, D. R. (2012). EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO NORMAL: MECANISMOS DEL PARTO EN DIFERENTES PRESENTACIONES Y POSICIONES. CLÍNICA Y ASISTENCIA AL PARTO EN LAS DIFERENTES PRESENTACIONES Y. complejo hospitalario universitario de albacete, 2.

solari, d. a. (2014). HEMORRAGIA DEL POSTPARTO. PRINCIPALES ETIOLOGÍAS, SU PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO . revista medica clinica condes , 2 .

SOSA, L. (2013). ESTADO HIPERTENSIVO DEKL EMBARAZO . revista uruguay de cardiologia , 11.

WINOGRAD, R. H. (2000). MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA CRITICA. CONSENSO.

ZULEYMA, R. P. (2018). FACTORES PREDISPONENTES EN LA HEMORRAGÍA. milagro.

ANEXOS

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL
¿Cuáles son los factores de Riesgo Obstétrico asociados a hemorragia posparto inmediato en gestante atendidas en el hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda Enero - Junio 2019?	Determinar los factores de Riesgo Obstétrico asociados a hemorragia posparto inmediato en gestante atendidas en el hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda Enero- Junio 2019	La hemorragia del postparto inmediato está asociadas directamente a los factores de riesgos obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro Guaranda periodo Enero – Junio del 2019
PROBLEMAS DERIVADOS	OBJETIVO ESPECIFICOS	HIPOTESIS ESPECIFICOS
¿Cuáles son los factores de riesgo obstétrico con mayor incidencia para hemorragia del posparto inmediato en gestantes atendidas en el hospital Alfredo Noboa Montenegro?	Establecer los factores de riesgos con mayor incidencia para hemorragia posparto inmediato.	Los factores de riesgos obstétricos con mayor incidencia para hemorragia post parto inmediato en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro es el parto séptico.
¿Cuál es el porcentaje de hemorragia posparto inmediato en gestantes atendidas en el hospital Alfredo Noboa Montenegro periodo Enero – Junio 2019?	Especificar el porcentaje de pacientes que presentaron hemorragia postparto inmediato en el periodo de estudio.	La incidencia de hemorragia posparto inmediato en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro periodo Enero – Junio 2019 es baja

GRAFICO # 23
ELABORADO POR MAYRA REVELLO- STALIN YUNAPANTA

Guaranda 9 de julio del 2019

Doctor
Henry Guerrero
Director Médico Encargado Hospital Alfredo Noboa Montenegro
PRESENTE.

Por medio de la presente nosotros , Edson Stalin Yunapanta Tiama con C.I. # 1206137133 y Mayra Alejandra Revello Silva con C.I.# 0940125685 nos dirigimos a usted muy respetuosamente y por su digno intermedio a las respectivas autoridades , se nos conceda el permiso respectivo para el acceso de las historias clínicas de las pacientes que ingresaron al servicio de ginecología en el lapso de enero a junio del 2019 , por motivo de encontrarnos realizando la tesis como requisito previo a la obtención del título de OBSTETRA otorgado por la Universidad Técnica de Babahoyo .
El tema de la tesis es: FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POST PARTO INMEDIATO EN GESTANTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DESDE ENERO A JUNIO DEL 2019.

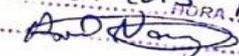
Cabe recalcar que la información recolectada será de total confidencialidad.

Por la favorable que sepa brindar a la presente anticipamos nuestro más sincero agradecimiento.

Atentamente:


Edson Stalin Yunapanta Tiama
CI:1206137133


Mayra Alejandra Revello Silva
C.I.:0940125685

Subrigado
2019-07-09
11:00
Cumplir con la de
Confidencialidad del Res.
HOSPITAL ALFREDO NOBOA M.
SECRETARIA
RECIBIDO
FECHA 03.07.2019 HORA 11.10
POR..... 

anned with

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Código	Edad	Paridad	# Controles Prenatales	Etnia	Lugar de Procedencia	Atención del Parto	Antecedentes Patológicos Personales	H.B previo al parto	Causa para HPP
001	21	Nulípara	5	Mestizo	Urbana	Hospital	Preeclampsia	Si	Retención de Placenta
002	16	Nulípara	2	Mestizo	Rural	Domicilio	Preeclampsia	NO	Retención de Placenta
003	25	Nulípara	6	Indígena	Urbana	Hospital	-	Si	Lesion Del Canal Blando
004	14	Nulípara	2	Indígena	Rural	Domicilio	Eclampsia	NO	Atonia Uterina
005	19	Nulípara	6	Indígena	Urbana	Hospital	-	Si	Lesion Del Canal Blando
006	27	Nulípara	-	Mestizo	Rural	Domicilio	Preeclampsia	Si	Lesion Del Canal Blando
007	29	Multigesta	5	Indígena	Urbana	Hospital	-	Si	Retención de restos placentario
008	34	Multigesta	2	Indígena	Rural	Domicilio	Diabetes Mellitus	Si	Atonia Uterina
009	36	Multigesta	-	Mestizo	Rural	Domicilio	Diabetes Mellitus	NO	Atonia Uterina
010	17	Nulípara	2	Indígena	Rural	Domicilio	Eclampsia	NO	Lesion Del Canal Blando
011	16	Nulípara	2	Indígena	Rural	Domicilio	Preeclampsia	NO	Lesion Del Canal Blando
012	35	Multigesta	-	Mestizo	Rural	Hospital	Preeclampsia	Si	Atonia Uterina
013	36	Multigesta	-	Indígena	Rural	Domicilio	Hipertensión Arterial	NO	Atonia Uterina
014	33	Multigesta	-	Indígena	Rural	Hospital	Preeclampsia	Si	Atonia Uterina
015	25	Nulípara	7	Mestizo	Urbana	Hospital	-	Si	Lesion Del Canal Blando
016	20	Nulípara	8	Indígena	Urbana	Hospital	-	Si	Lesion Del Canal Blando
017	34	Multigesta	-	Mestizo	Rural	Hospital	Hipertensión Arterial	Si	Atonia Uterina
018	15	Nulípara	2	Indígena	Rural	Domicilio	Preeclampsia	NO	Atonia Uterina
019	17	Nulípara	2	Indígena	Rural	Domicilio	Eclampsia	NO	Lesion Del Canal Blando
020	35	Multigesta	-	Mestizo	Rural	Hospital	Hipertensión Arterial	Si	Retención de Placenta
021	36	Multigesta	2	Indígena	Rural	Domicilio	Preeclampsia	NO	Atonia Uterina
022	30	Multigesta	8	Mestizo	Urbana	Hospital	-	Si	Atonia Uterina
023	16	Nulípara	2	Indígena	Rural	Hospital	Preeclampsia	NO	Retención de Placenta
024	28	Multigesta	8	Mestizo	Urbana	Hospital	-	Si	Retención de restos placentarios
025	19	Nulípara	6	Indígena	Urbana	Hospital	Preeclampsia	Si	Retención de Placenta

026	38	Multigesta	2	Mestizo	Rural	Hospital	Diabetes Mellitus	NO	Atonia Uterina
027	21	Nulípara	2	Indígena	Rural	Hospital	Preeclampsia	NO	Lesion Del Canal Blando
028	31	Multigesta	-	Mestizo	Rural	Hospital	-	Si	Retención de Placenta
029	36	Multigesta	2	Indígena	Rural	Domicilio	Hipertensión Arterial	NO	Atonia Uterina
030	22	Nulípara	2	Indígena	Rural	Domicilio	Eclampsia	Si	Retención de Placenta
031	35	Multigesta	-	Mestizo	Rural	Hospital	Hipertensión Arterial	Si	Atonia Uterina
032	32	Multigesta	2	Indígena	Rural	Domicilio	Preeclampsia	NO	Retención de Placenta
033	24	Nulípara	6	Indígena	Urbana	Hospital	-	Si	Retención de Placenta
034	33	Multigesta	2	Mestizo	Rural	Domicilio	Eclampsia	NO	Atonia Uterina
035	31	Multigesta	-	Indígena	Urbana	Hospital	-	Si	Retencion de restos placentario
036	32	Multigesta	2	Indígena	Rural	Domicilio	-	NO	Atonia Uterina
037	25	Nulípara	7	Indígena	Urbana	Hospital	-	Si	Lesion Del Canal Blando
038	36	Multigesta	2	Mestizo	Rural	Hospital	Hemorragia Postparto Anterior	NO	Retencion de Placenta
039	35	Multigesta	-	Indígena	Rural	Domicilio	Hipertensión Arterial	NO	Atonia Uterina
040	27	Nulípara	5	Indígena	Urbana	Hospital	-	Si	Retencion de Placenta
041	32	Multigesta	-	Mestizo	Rural	Hospital	-	NO	Atonia Uterina
042	32	Multigesta	-	Indígena	Rural	Domicilio	Eclampsia	Si	Atonia Uterina
043	29	Multigesta	-	Indígena	Rural	Hospital	-	NO	Retencion de Placenta
044	31	Multigesta	7	Mestizo	Urbana	Hospital	-	NO	Retencion de Placenta
045	27	Multigesta	6	Indígena	Urbana	Hospital	-	Si	Retencion de restos placentarios
046	33	Multigesta	-	Mestizo	Rural	Domicilio	Hipertensión Arterial	NO	Atonia Uterina
047	24	Nulípara	5	Indígena	Urbana	Hospital	-	Si	Retencion de restos placentarios
048	35	Multigesta	-	Indígena	Rural	Domicilio	Hipertensión Arterial	NO	Atonia Uterina
049	22	Nulípara	7	Mestizo	Urbana	Hospital	-	Si	Lesion Del Canal Blando
050	35	Multigesta	-	Indígena	Rural	Hospital	Diabetes Mellitus	NO	Atonia Uterina
051	32	Multigesta	-	Mestizo	Rural	Hospital	Hipertensión Arterial	Si	Atonia Uterina
052	23	Nulípara	6	Indígena	Urbana	Hospital	-	NO	Lesion Del Canal Blando
053	30	Multigesta	-	Mestizo	Urbana	Hospital	-	Si	Retencion de restos placentarios