



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO EN**

**UNA GESTANTE DE UN HOSPITAL DE NIVEL III-1 DE**

**ATENCIÓN**

**PRESENTADO POR**

**MILAGROS MARIBEL EUSEBIO BUJAICO**

**ASESOR**

**Mg. JAQUELINE MIRIAM PORTUGAL PUMA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN**

**OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS,**

**ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**

**MOQUEGUA-PERÚ**

**2022**

## ÍNDICE DEL CONTENIDO

CARÁTULA .....	I
PÁGINA DE JURADO .....	i
ÍNDICE DEL CONTENIDO .....	ii
ÍNDICE DE TABLAS.....	ii
RESUMEN.....	iv

### CAPÍTULO I:

#### PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema .....	5
1.2 Justificación .....	6
1.3 Marco teórico .....	7
1.3.1 Antecedentes.....	7
1.3.2 Bases Teóricas .....	10

### CAPÍTULO II:

#### CASO CLÍNICO

2.1 Objetivos .....	23
2.2 Sucesos relevantes del caso clínico.....	23
2.3 Discusión.....	39
2.4 Conclusiones .....	40
2.5 Recomendaciones .....	41
BIBLIOGRAFÍA .....	42

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tarjeta de control prenatal.....	27
Tabla 2. Exámenes auxiliares.....	28

## RESUMEN

La hemorragia post parto es una patología que se ocasiona por la disminución hemática por encima de 500 ml luego de un parto vaginal o 1 litro por cesárea, cuya etiología puede darse por una afección al tono del útero, lesiones uterinas o cervicales, alteraciones en el tejido placentario o enfermedades relacionadas al proceso de coagulación. Se ha dilucidado que existe una serie de elementos asociados que actúan para su aparición, tales como preeclampsia, macrosomía, embarazo múltiple, polihidramnios, trabajo de parto prolongado, desgarros, etc.

Este caso clínico expone a una segundigesta a término de 39 años que ingresa a emergencia por pérdida líquido amniótico en periodo expulsivo de trabajo de parto. Se produce un parto eutócico, con un recién nacido masculino que pesa 3645 gramos y Apgar ocho al minuto y nueve a los cinco minutos, además de alumbramiento dirigido completo con 10 UI de oxitocina. En la etapa de puerperio inmediato, se observa sangrado abundante por vía vaginal y con coágulos, por lo que al tacto vaginal bimanual se evidencia hipotonía uterina, optando por tratar con misoprostol y una traquelorrafia cervical debido al desgarro de IV grado que se produjo; en consecuencia, se detuvo el sangrado. Si bien la paciente estaba hemodinámicamente estable, desarrolló anemia moderada, por lo que le transfundieron paquetes globulares, saliendo de alta con una evolución favorable.

**Palabras clave:** factores asociados, hemorragia postparto y desgarro cervical.

## CAPÍTULO I

### PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1 Descripción del problema

La mortalidad materna (MM), primordial inquietud en la salud pública<sup>1</sup>, ya que a nivel mundial mueren al día cerca de 830 mujeres por inconvenientes vinculados con la gestación y el nacimiento, registrándose estos fallecimientos en países en desarrollo<sup>2</sup>. Dentro de ellos se considera a la hemorragia post parto como un componente representativo que coadyuva a la alta tasa de mortalidad, la cual está asociada a la pérdida de sangre, incluyendo el shock y la disfunción orgánica<sup>3</sup>. En países desarrollados, se calcula que la ocurrencia de hemorragia posparto secundaria es del 0.47-1% en púerperas<sup>4</sup>; sin embargo, en los lugares subdesarrollados es causante del 19,7% de las muertes maternas<sup>5</sup>. En concreto, la hemorragia post parto, en algunas naciones, es el origen de un cuarto de los decesos maternos, proporción que se podría elevar hasta el 60%. En los países en desarrollo el peligro de muerte es de 1/1000 mientras que en los desarrollados es de 1/100,000<sup>3</sup>.

La detección tarde de esta patología es la primordial causa de morbi-mortalidad de la madre; por ende, la evaluación de los factores causales es

necesaria; así, los motivos con mayor porcentaje son: endometritis, subinvolución del lecho placentario, afecciones en la vía del parto como desgarros, anomalías de la placentación, detención de restos placentarios, miomas uterinos submucosos, inversión uterina subaguda y crónica, coriocarcinoma, trastornos de la coagulación y perturbaciones vasculares (pseudoaneurisma de arteria uterina y malformación arteriovenosa uterina). Pese a ello se reconoce que los dos orígenes más habituales de hemorragia posparto secundaria son la infecciosa (probablemente por rotura de membranas) y la causada por retención de restos placentarios<sup>4</sup>.

Este trabajo tiene como objetivo hacer una exploración del presente caso clínico evaluando los elementos de peligro para hemorragia después del parto, evaluado en un nosocomio del nivel III, ya que actualmente, en este establecimiento de salud, se ha advertido un aumento de casos de hemorragia post parto, siendo varios las causales, situación que obliga a realizar un análisis más exhaustivo sobre esta situación con el propósito de realizar mejoras a nivel institucional.

## **1.2 Justificación**

Como profesionales de la salud, responsables del bienestar materno y fetal, se debe prevenir resultados negativos para la madre y niño por nacer, por ello es necesario evaluar los factores que pueden estar asociados a la hemorragia post parto y establecer estrategias de mejora, no solo a nivel institucional sino analizar el caso de forma particular y poder tratar a la paciente como único caso. Aparte este análisis, ampliaré el bagaje científico en los

establecimientos con competencia resolutoria, las investigaciones científicas no son suficientes, lo cual será un instrumento especializado actualizado que se estará al alcance del personal de salud que aspiren saber acerca de los temas de hemorragia post parto y la forma de manejo en distintas instituciones.

### **1.3 Marco teórico**

#### **1.3.1 Antecedentes**

##### **Antecedentes Internacionales**

Zambrano V, Vera S, Rodríguez J, Reyes E (2019) en Ecuador efectuaron un trabajo con propósito de establecer orígenes e incidencias de la hemorragia luego del alumbramiento por desgarro perineal en mujeres primíparas. Fue una investigación descriptiva y retrospectiva, que comprendió a 50 pacientes. Hallaron que la hemorragia después del parto por afección perineal se dio por: carencia en las consultas prenatales (51,54%) y por macrosomía fetal (42,4%); se advirtió en la exploración de las historias clínicas se advirtió que los motivos fueron: nacimiento prolongado (52%) y macrosomía fetal (36%)<sup>6</sup>.

Fukami T et al. (2019) en Japón publicaron un trabajo cuyo objetivo fue evaluar la frecuencia de hemorragia post parto (HPP) entre los casos de parto transvaginal en un centro médico perinatal terciario en Japón. Fue un estudio de cohorte y prospectivo, que incluyó 1.068 partos. En los resultados se encontró que la ocurrencia de HPP fue del 8,7% y la de HPP grave fue del 2,1%. Los factores de peligro de hemorragia posparto fueron: macrosomía fetal (> 4000 gramos); hipertensión gestacional; fertilización asistida;

desgarros vaginales o perineales graves; y aumento en el peso superior a 15 kg durante el embarazo<sup>7</sup>.

Iglesias J y Urbina D (2016) en Nicaragua desarrollaron una investigación con el fin de detallar los elementos relevantes para la morbilidad ocasionada por esta complicación. Fue una exploración descriptiva, retrospectiva y de corte transversal, donde participaron 127 personas. En los resultados se evidencia los más resaltantes factores son: partos domiciliarios, acelerados y prolongado, así como las laceraciones obstétricas, hipotonía uterina, etc<sup>8</sup>.

López L, et al. (2016) en Colombia desarrollaron un trabajo que buscó detallar la concurrencia de hemorragia obstétrica posparto (HPP) severa. Se trató de una investigación descriptiva, con una muestra de 90 casos. Hallaron que el motivo de HPP fue hipotonía uterina (82%)<sup>5</sup>.

### **Antecedentes Nacionales**

Ledesma M. (2021) en Perú efectuó un trabajo con la finalidad de establecer los componentes determinantes a hemorragia luego del parto en puérperas año 2019. Fue un trabajo descriptivo; la muestra conformada por las 50 puérperas. Se halló en los resultados que en cuanto el 9% presentó hemorragia luego del alumbramiento; también, el 24% tiene entre 36 a 45 años, en relación al estado civil el 46% es soltera, el 54% tuvo estudios secundarios completos; asimismo, prevaleció la atonía uterina y las lesiones por parto<sup>9</sup>.

Oliva F. (2020) en Perú efectuó un estudio con el propósito de establecer los componentes que se relacionan a hemorragia después del parto eutócico. Fue



de tipo analítico y retrospectivo, en el que participaron 390 puérperas. Se encontró, en los resultados, que hubo hemorragia post parto eutócico en un 0,77%, el factor que evidenció una relación para hemorragia postparto eutócico fue el expulsivo y alumbramiento prolongado<sup>10</sup>.

Campos J y Tarrillo D (2019) llevaron a cabo un estudio para establecer los elementos relacionados a hemorragia post parto en el nosocomio amazónico. Fue una investigación descriptiva correlacional y retrospectiva, en 96 pacientes. Hallaron que la atonía uterina se dio en un 68%. En cuanto a los factores biológicos, el 43% tuvo anemia<sup>11</sup>.

Huiñocana L. (2019) en Perú desarrolló un trabajo para determinar los factores vinculados a la hemorragia después del parto. Fue un trabajo cuantitativo, transversal y de tipo correlacional, que tuvo como muestra 60 puérperas. En los resultados se encontró que, en lo referente a los componentes de riesgo maternos: la mayoría son adultas (46.7%), multíparas (38.3%), con antecedentes de aborto (55%), atonía uterina (66.7%), preeclampsia (45%), desgarro perineal (41.7%), retención de placenta (68.3%) y menos de 6 consultas prenatales (65.9%). En lo relacionado a los factores de riesgo fetales hubo macrosomía (56.7%). Asimismo, el 73.3% tuvo HPP temprana y el 26.7% HPP tardía<sup>12</sup>.

Mocarro S. (2019) en Perú elaboró un trabajo con el fin de establecer los componentes de peligro relacionados con hemorragias luego del parto en un hospital de Piura. Fue un trabajo experimental, el que intervinieron 169 féminas. Se halló que los factores fueron; cesárea anterior, IMC aumentado,

precedente de anemia, multiparidad, labor de parto precipitada, bajo peso al nacer y empleo de medicamentos<sup>13</sup>.

Flores D. (2017) en Lima realizó un estudio con el objetivo de reconocer los indicadores de peligro vinculados a la hemorragia en las puérperas inmediatas. Fue de controles y casos, examinó a 716 puérperas. Se halló, como resultado, que los aspectos con diferencia significancia fueron: 35 años a más, multiparidad, antecedentes obstétricos y cesárea.

### **1.3.2 Bases Teóricas**

#### **Hemorragia post parto**

##### **Definición:**

Cuando se conceptualiza la hemorragia luego del parto hay una omisión de homogeneidad de criterio admitiéndose diferentes conceptos respecto a distintos puntos se consideren. La admitida es la cual refiere la hemorragia luego del parto como la pérdida de sangre mayor a 500 ml luego del parto vaginal o a 1.000 ml después una cesárea, que afecta a la paciente y le genera molestias y/o signos de hipovolemia<sup>15</sup>.

Hay quienes contemplan 600 ml como punto de corte, aunque más útil sería tomar en cuenta los casos donde la pérdida de sangre considerada fuera de 1 000 ml o más<sup>16</sup>.

### **Etiología:**

Para culminar con este algoritmo, tiene que señalarse que el comportamiento del sangrado por medio de las razones que lo generan, usualmente, están asociadas en las 4 «T»: tenemos primero el tono, cuya razón primordial de sangrado es la atonía o hipotonía. Trauma, en segundo lugar; los fundamentos primordiales son las lesiones uterinas, cervicales o del conducto de parto. Tejido, los sangrados son provocados por la presencia o persistencia del tejido placentario y/o acretismo parcial o total. Trombina, las razones derivadas de esta condición corresponden a patología relacionadas con la coagulación donde las trombofilias responden a este rubro esencialmente<sup>17</sup>.

### **Factores de riesgo:**

Es necesario reconocer a la paciente que porta los elementos de riesgo que la conducen a sufrir hemorragia posparto. Dichos componentes se clasifican por el instante en que ocurren, como intraparto y anteparto:

-Anteparto:

Existencia de preeclampsia, nuliparidad, macrosomía, embarazo gemelar, polihidramnios, cesárea anterior, precedente de hemorragia posparto previa y de trastornos de coagulación.

-Intraparto

Episiotomía medio lateral, expulsiva prolongada, trabajo de parto prolongado, descenso de presentación prolongado, desgarros y laceraciones y parto con fórceps<sup>16</sup>.

**Clasificación:**

Se clasifica en:

1. Primaria: Ocurre en el primer día post parto. Cerca del 70% de las HPP inmediatas post parto responden a atonía uterina.
2. Secundaria: Es la que se produce entre las 24 horas y las 6 semanas post parto, se relacionan con restos de productos de la concepción, infecciones o ambos<sup>18</sup>.

**Diagnóstico:**

En esta etapa, se asegura la intervención temprana que reduce las complicaciones que pondrían en riesgo a la madre. Los componentes precisados, anteriormente en la fisiopatología, posibilitan el entendimiento del surgimiento de signos y síntomas precoces; a esta etapa se alcanza con la identificación apropiada de estos y el cuidado individualizado del paciente<sup>19</sup>.

**Tratamiento:**

Los puntos más importantes del procedimiento de la HPP son la prevención y la predicción, Comenzando el procedimiento, se tiene que efectuar una historia clínica minuciosa de la paciente donde se identifique los elementos de riesgo para la hemorragia post parto. También se ha de indagar por las diferentes creencias religiosas que podrían condicionar el acceso a la transfusión de sangre. En las usuarias con factores de riesgo al sangrado se ha de corregir la anemia previa a cirugía o parto. Fundamentalmente, al inicio se

tiene que identificar la variable que causa, de modo que se equilibre el volumen sanguíneo y los factores de coagulación<sup>20</sup>.

### **Atonía uterina**

Se trata de la imposibilidad del útero para contraerse luego de la expulsión de la placenta, lo que conlleva a una ausencia de hemostasia del lecho placentario, con la consecuente pérdida sanguínea excesiva inmediatamente después del parto. Se trata de una emergencia, puesto que este sangrado origina hipovolemia, desequilibrio hemodinámico y shock. Se trata de la principal causa de fallecimiento materno a nivel mundial, principalmente en países subdesarrollados <sup>21</sup>.

El diagnóstico es eminentemente clínico. La historia del parto (vaginal o cesárea) puede ayudar a diferenciar si el sangrado es por atonía, por desgarros o retención de restos.

- Hemorragia uterina > 500 ml en las iniciales 24 horas luego del parto.
- Útero incrementado de tamaño por arriba del ombligo y de poca firmeza (subinvolución).
- Útero hipotónico que al ser estimulado de forma manual se contrae, reduce su volumen y acrecienta de consistencia, pero prontamente retorna a su situación anterior.
- Carencia de otras formas promotoras de hemorragia posparto<sup>22</sup>.

### **Clave roja**

Es aquella estrategia o clave que se encarga de la atención y del manejo de una emergencia obstétrica como es el shock hipovolémico inmediato. Asimismo, fue diseñada para que se aplique en instituciones de nivel inicial y en toda unidad de emergencia. Se aplica esta clave cuando una gestante o puerpera tiene sangrado vaginal profuso, pulsación mayor a 100 por minuto, presión sistólica menor a 60 mm Hg u otras señales como: debilidad marcada, sudor abundante, epidermis fría, pulsación tenue y variaciones de la etapa mental).

El profesional de obstetricia se encargará de lo siguiente ante los casos donde se active la clave roja:

1. Si es gestante  $\geq 22$  semanas: monitoreo obstétrico de las contracciones uterinas y de latidos fetales; no evaluación vaginal, no especuloscopia.
2. Si es gestante  $< 22$  semanas: comprobar presencia de restos en el conducto vaginal y extraerlos de forma manual.
3. Si es hemorragia post parto: comunicar al especialista, en tanto se aplica la tensión bimanual exterior o combinada, así como el uso de Ergonometrina 200 Ug. IM Misoprostol. 4 tableta vía rectal. Faja puerperal, y se procede a vendar las extremidades inferiores y/o compresión de aorta de acuerdo a la necesidad.
4. Vigilancia de sangrado vaginal<sup>23</sup>.

### **Anatomía de cérvix**

El cérvix es de forma cilíndrica y estrecha de 2,5 cm de largo que se proyecta en la parte más elevada de la vagina. El cuerpo del útero y la vagina se conectan mediante el canal del cérvix.

La membrana que lo cubre está a continuación de la vagina y se llama ectocérvix y está conformada por células escamosas, en tanto que aquella que envuelve el conducto o canal cervical, que la conduce hacia la concavidad del cuerpo uterino, se llama endocérvix y está formada por células glandulares. La mayoría de los tumores surgen en la zona de unión del ectocérvix con el endocérvix<sup>24</sup>.

En la paciente nulípara posee una forma de barril, la cual se transforma en la gestación y menopausia. Alrededor de la mitad de su longitud (el portio vaginalis) se desarrolla hacia adentro. El cuello uterino es cruzado por el canal endocervical que sigue por encima, con el cuerpo del útero, en el istmo y se despliega hacia la cavidad vaginal. En la mujer nulípara es de poco tamaño y redondo. Luego del embarazo posee aspecto de hendidura. A continuación de la menopausia podría hacerse estrecho, casi puntiforme<sup>25</sup>.

### **Desgarro perineal**

El perineo es el espacio que se encuentra por la vagina y el recto, el cual puede presentar desgarro en el trabajo de parto, por lo cual deben ser suturados; mientras que los desgarros leves se cicatrizan sin operación. La salida del bebé produce contusiones que podrían confinarse a la mucosa de la horquilla

perineal o expandirse a franjas musculares que operan en los procesos de evacuación y continencia<sup>26</sup>.

Estas lesiones, de acuerdo a su prolongación y daño muscular, se distinguen en tres niveles: primer grado que compromete piel, tejido celular subcutáneo, etc.; luego se encuentra el de segundo grado, si se perjudica el músculo elevador del ano; de tercer grado, si se daña el mecanismo esfinteriano anal. Existen escritores que incluyen un cuarto grado si la lesión es total, perjudicando al esfínter interno y a la mucosa rectal<sup>26</sup>.

El parto vaginal es un elemento concluyente en el detrimento de la función de la superficie pélvica. Este último puede afectarse por los desgarros, la relajación de los músculos y la fascia o por la lesión distal de los nervios.

El desgarró de 4° grado es la lesión del esfínter anal externo y la mucosa rectal<sup>27</sup>.

La tipificación de la lesión es trascendental para restaurar de forma óptima la lesión. Para que la pesquisa del periné sea exacta es relevante que se realice un tacto rectal con el dedo índice y examina el periné con el pulgar<sup>28</sup>.

### **Complicaciones en la reparación perineal**

Una sutura es el material empleado para contribuir a la cicatrización de una herida, a través el zurcido de los bordes, con el objetivo de mantenerlos unidos.

Entre las principales consecuencias de una sutura mal realizada se encuentran: infección, seroma-hematoma, dehiscencia, granuloma, adherencias y retracción de la cicatriz<sup>29</sup>.



## **Desgarro cervical**

### **Definición:**

Es la solución de continuidad que tiene como inicio el orificio cervical externo y se expande en sentido ascendente hacia el área del istmo (si excede ese ras, se considera rotura uterina). Son más habituales en ángulos laterales, pudiendo extenderse en desiguales direcciones. En casi todos los partos se originan pequeñas lesiones cervicales sin ocasionar hemorragias significativas y que se resuelven espontáneamente<sup>30</sup>.

Suelen situarse a las tres y nueve horarias del cérvix, cabe resaltar que, si la laceración sobrepasa esta medida, afecta a otros componentes vasculares que establecen la presentación de hemorragias contiguas a su desencadenamiento. En raras ocasiones los desgarros cervicales se dilatan hasta implicar la fracción uterina inferior y la arteria uterina (colpoaporrexia). Comúnmente se relacionan a procedimientos traumáticos e impropios sobre el cérvix, como la dilatación manual forzada del mismo, el empleo de extractores al no conseguir la dilatación completa, los giros complicados con fórceps, etc., pero fortuitamente se originan de manera inesperada<sup>31</sup>.

### **Etiología:**

Esta patología se puede desencadenar por:

- Pujos precipitados de la parturienta con el cuello uterino no dilatado totalmente.

- Partos precipitados que incitan el desprendimiento rápido de la cabeza fetal; incluso del cinturón escapular, por lo general son inadecuadamente atendidos por lo rápido que se provocan.
- Intervenciones obstétricas inconvenientes, obligadas y traumáticas (dilataciones manuales) forjadas sin respetar las condiciones médicas exigidas.
- Contrariedades relacionadas con el tamaño del feto; especialmente los fetos macrosómicos.
- Hiperdinamia uterina espontánea o incitada por el uso inadecuado de oxitocina.
- Vestigios de cicatrices de traquelorrafia por desgarros anteriores.
- Rigidez cervical relacionada principalmente a primíparas añosas.
- Tactos vaginales repetidos innecesarios durante el trabajo de parto.<sup>32</sup>

**Características:**

Los desgarros cervicales con extensiones menores a 1.5 cm. son llamados bicomisurales, por lo general no abarcan todo el espesor del cuello uterino y tienen la particularidad de presentar sangrados de poca magnitud; no tienen importancia porque cesan espontáneamente, muchas veces no necesitan ser suturadas y cicatrizan por sí solas, pero pueden predisponer a casos de cervicitis o ectropión.

Los desgarros cervicales con longitudes mayores a 2 cm; abarcan todo el espesor del cuello uterino, pueden llegar a la inserción con la vagina (segmento el saco vaginal), presentar sangrado profuso y persistente a pesar de que el útero está adecuadamente contraído; en estos casos hay que

suturarlos; teniendo en cuenta los principios fundamentales de la técnica quirúrgica, pueden producir infección<sup>32</sup>.

**Síntomas:**

Destaca la hemorragia en el expulsivo o nada más salir el feto, cuya intensidad dependerá del tamaño y la extensión del mismo, así como de los vasos afectados. De implicar a la arteria uterina o a la cérvico-vaginal, algo frecuente en partos instrumentados si se prolonga a parametrio o a cuerpo, puede ser muy copiosa<sup>33</sup>.

**Diagnóstico:**

Se determina cuando se inspecciona el conducto genital ante la presentación de pérdida sanguínea luego de la tercera etapa del parto. Hay que realizar una revisión completa del canal, para hallar otras contusiones relacionadas. El procedimiento preferible es el manejo de retractores vaginales y sujetar los labios del cérvix con pinzas de anillo<sup>31</sup>.

**Tratamiento:**

Se realiza la sutura del desgarro, en toda su extensión, restaurando la estructura anatómica del cuello uterino<sup>30</sup>.

Asimismo, se puede efectuar una traquelorrafia:

- Comprimir el cuerpo uterino atravesando la pared abdominal hacia el interior y debajo de la cavidad pélvica; esta maniobra puede ser hecha por un ayudante.

- Identificado el labio anterior del cuello uterino clampar y traccionar con una pinza Foester hacia fuera de la vagina, comprimiendo el útero mediante la pared abdominal.
- Identificar el labio posterior del cuello uterino; colocar otra pinza Foester del mismo modo que en el labio anterior y aprovechando la compresión del útero, se unen ambas pinzas y traccionan simultánea y suavemente ambas pinzas hacia fuera de la vulva para visualizar el desgarro.
- Visualizado el desgarro, inspeccionar, valorar y proceder a suturar con puntos interrumpidos o continuos; empezando por encima del ángulo de la herida con sutura absorbible 2/0 o 3/0 y de preferencia con aguja redonda.<sup>32</sup>

### **Shock hipovolémico**

#### **Definición:**

Es un término clínico de insuficiencia circulatoria como secuela de un empleo inadecuado de oxígeno celular. Es significativo el reconocimiento oportuno, para que la reanimación pudiese comenzar lo antes posible y se aminore el riesgo de consecuencias relacionadas al mismo. El choque hipovolémico es muy habitual en pacientes que advierten una lesión traumática<sup>34</sup>.

#### **Etiología:**

Se ocasiona por una pérdida de líquidos perteneciente al área intravascular secundario por un consumo mínimo o por desgastes abundantes (vómitos y diarrea, disminución sanguínea, síndromes de fuga capilar o pérdidas renales

anómalas de líquidos). La disminución de la capacidad sanguínea causa un acrecentamiento de la actividad simpático-suprarrenal, lo que aumenta la frecuencia cardíaca y optimiza la constricción miocárdica<sup>35</sup>.

En el embarazo, las razones transcendentales son:

- Antes del parto: Placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, hemorragias del primer trimestre y daños de magnos vasos.
- En el parto: Rotura uterina, contusiones por cirugía, trombofilias.
- Después del parto: Atonía uterina, daños en el canal del parto, detención de sedimentos ovulares, sub involución uterina.<sup>36</sup>

### **Clasificación:**

Diversas investigaciones han concluido que el aumento del déficit de base es una indicación para transfundir sangre; y está relacionado a la alta mortalidad, entrada a terapia intensiva, incremento de la estancia en la institución de salud, dificultad respiratoria, daños renales, coagulación intravascular diseminada y falla orgánica múltiple.

Davis y cols., clasifica en cuatro variedades:

- Clase I: (sin choque) individuos con un DB  $\leq$  a 2 mmol/L.
- Clase II: (choque leve) DB > 2 a 6 mmol/L.
- Clase III: (choque moderado) > a 6 a 10 mmol/L.
- Clase IV: (choque severo más de 10 mmol/L de déficit de base).<sup>37</sup>

**Clínica:**

El shock hipovolémico se distingue de otras causas por la falta de señales de insuficiencia cardíaca o sepsis. En cuanto a las manifestaciones clínicas, aparte de los caracteres de actividad simpático-suprarrenal (taquicardia, vasoconstricción), se hallan los signos de deshidratación (aridez de las mucosas, disminución de la orina) o pérdida de sangre (palidez). EL restablecimiento obedece a la categoría de hipovolemia, de la situación del paciente y del diagnóstico y tratamiento del mismo. El augurio es positivo, con una disminución en la mortandad de los casos no complicados<sup>35</sup>.

Está representado por la pérdida del volumen circulante (se requiere un descenso vertiginoso de la volemia, de hasta un 15 a 25%, para tomar en cuenta caracteres o signos médicos de shock). Se comprenden bajo este concepto el shock hemorrágico e hipovolémico no hemorrágico<sup>38</sup>.

Los tipos son:

**Shock Hemorrágico:** La razón habitual del shock es la hemorragia. La aparición de la taquicardia es la señal más prematura.<sup>38</sup>.

**Shock hipovolémico no hemorrágico:** Podría manifestarse con un insuficiente volumen sanguíneo circulante por la pérdida de fluidos del compartimiento intravascular, tal como sucede en cuadros de deshidratación, retención de líquidos, etc. Se caracteriza por: hipertermia, prominencia del hematocrito, hiperglucemia e hipernatremia<sup>38</sup>.

## **CAPÍTULO II:**

### **CASO CLÍNICO**

#### **2.1 Objetivos**

##### **Objetivo general:**

- Identificar los factores asociados a hemorragia post parto.

##### **Objetivos específicos:**

- Determinar los factores pre partos que se asocian a hemorragia post parto.
- Determinar los factores post parto que se asocian a hemorragia puerperal.

#### **2.2 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO**

##### **INGRESO A EMERGENCIA**

25/03/2019

Hora: 09:52

Medico emergencista

Acompañante: suegro

Paciente gestante asiste a emergencia por referir dolor en el abdomen tipo contracciones regulares de gran intensidad de inicio insidioso y progresivo. Refiere

además pérdida de líquido en regular cantidad de color claro hace más o menos 1 hora, niega sangrado vía vaginal, advierte movimientos fetales, no manifiesta signos premonitorios de preeclampsia y no refiere síntomas de infección urinaria.

### **Examen Clínico:**

Paciente en regular estado general

#### **Signos Vitales**

- Presión arterial: 100/60 mmHg.
- Pulso: 72 x min.
- Frecuencia Respiratoria: 18 x min.
- Temperatura: 37 °C

#### **Antropometría**

- Peso habitual: 47.200 kg
- Peso actual: 56 200 kg
- Talla: 147 cm
- IMC: 23.78 Kg/m<sup>2</sup>

#### **Al examen:**

- Piel: Tibia-elástica-hidratada
- Tórax y pulmón: Murmullo vesicular presente
- Abdomen: Altura uterina: 36 cm.

Situación-presentación-posición: Longitudinal cefálico izquierdo.

Contracciones uterinas: 5/10 +++ 40-45''

Movimiento fetal: +++ Frecuencia cardiaca fetal: 150 por minuto

- Genitales externos: No sangrado vaginal, no líquido Amniótico.



Tacto vaginal: Dilatación: 10 cm    Incorporación: 90%    Membranas ovulares: Rotas

- Pelvis: Ginecoide,
- Neurológico: Orientado en tiempo-espacio y persona.

□ **Impresión diagnóstica**

- Segundigesta de 39 5/7 ss. x eco del primer trimestre.
- Doble circular de cordón.
- Rotura espontánea de membranas ovulares.
- Trabajo de parto fase activa.
- Edad materna avanzada.

**Plan de trabajo:** Pasa a sala de partos. ´

**Indicaciones:**

- Vigilar signos vitales.
- Control obstétrico estricto.
- Hidratación.
- Supervisar signos de alarma.
- Concluir gestación.

### **2.2.1 Datos de Filiación:**

- Edad: 39 años.
- Estado Civil: Casada.
- Ocupación: Labores del hogar

### **2.2.2 Antecedentes Personales**

#### **Antecedentes gineco obstétricos**

- Menarquia: 15 años
- Régimen catamenial: 4/28
- Inicio de relaciones sexuales: 16 años
- N° parejas sexuales: 02
- Método anticonceptivo: Niega
- FUR: 18/06/2018 (no confiable)
- FPP: 25/03/2019
- EG: NA
- Paridad: G2P1001
  - G1: 2016 recién nacido a término mujer, peso: 3450gr, parto vaginal.
  - G2: 2019 Actual.

#### **Antecedentes patológicos**

- TBC: Hace 2 años con tratamiento
- ITU: III trimestre de actual embarazo con tratamiento
- No cirugías previas
- RAM (-)

- No hábitos nocivos
- Niega violencia basada en genero
- Niega otros antecedentes patológicos

### 2.2.3 Antecedentes Familiares:

- No malformaciones o discapacidad en su progenie.
- Niega historia familiar patológica
- ITS o VIH en la pareja (negativo)

**Tabla 1. Tarjeta de control prenatal**

<b>CONTROLES PRENATALES</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
Fecha	27/08/2018	26/09/2018	28/12/2018	28/01/2019	12/02/2019	28/02/2019	14/03/2019	22/03/2019
Edad Gest. (semanas)	10 0/7 x FUM	15	28	32	34	36	38	39
Peso madre (Kg.)	47.2	48.1	53.2	54.7	56.2	56	56.8	56.2
Temperatura (C)	36.7	36.7	36.5	36.5	36.5	36.5	36.5	36.5
Presión arterial (mmHg)	105/65	100/60	90/99	82/46	75/42	88/42	90/65	100/60
Pulso materno (por min.)	80	97	76	102	88	94	80	68
Altura uterina (cm)	10	15	26	31	33	37	38	38
Situación (L/T/NA)	NA	Ind	L	L	L	L	L	L
Presentación (C/P/NA)	NA		C	C	C	C	C	C
Posición (D/I/NA)	NA		D	D	D	D	I	I
F.C.F. (por min/NA)	NA	146	134	132	132	136	133	133
Mov. Fetal (+/+/+/+/+/SM/NA)	NA	+	+++	+++	+++	+++	+++	+++
Proteinuria Cualitativa (+/+/+/+/+/NSH)	NEG	NSH	NEG	NEG	NEG	NEG	NSH	NSH
Edema (+/+/+/+/+/SE)	SE	SE	SE	SE	SE	+	+	SE
Reflejo Osteotendinoso (0, +/+/+/+/+/)	++	++	++	++	++	++	++	++
Examen de Pezón (Formado, No Formado, Sin Examen)	FORMADO	F	F	F	F	F	F	F
Indic. Hierro/Ac Fólico (mayor o igual a 16 sem)		Hierro 30	Hierro 30	Hierro 30	Hierro 30	Hierro 30	Hierro 7	SF 7
Indic. Calcio (mayor o igual 20 sem.)			C 60	C 30	C 30	C30	C 15	C 15

Indic. Ac. Fólico	30							
Opent. Consej. (PF/ITS/Nut/Inm/IH/TBC/ No se/arZD/NA)								
EG de ECO Control (Sem/ No se hizo/NA)	10 27/8				37 12/3			
Perfil Biofísico (4,6,8,10 de 10/NSH/NA)								
Cita (d/m/a)	26/09/2018	26/10/2018	26/01/2019	12/02/2019	27/02/2019	14/03/2019	22/03/2019	29/03/2019
Visita Domiciliaria (Si/ No/ NA)								
Plan Parto (control/visita/no se)	27/08/2018							
Estab de la atención	C.S SAN JUAN	ES SSS	ES SSI	ES SSI	ES SSI	ES SSI	ES SSI	ES SSS
Responsable de la atención	-	-	-	-	-	-	-	-
Nro Formato SIS	-	46939043	2	3	4	5	6	7

Fuente: Carnet perinatal

## Tabla 2. Exámenes auxiliares

<b>Exámenes de laboratorio:</b>	Resultados	Fecha
Hemoglobina 1	12.87 gr/dl	01/09/18
Hemoglobina 2	12.54 gr/dl	25/09/18
Hemoglobina 3	10.8 gr/dl	29/12/18
Hemoglobina 4	10.1 gr/dl	26/02/19
Hemoglobina 5	11.55 gr/dl	20/03/19
Glicemia 1	90 mg/dl	31/08/18
Glicemia 2	88 mg/dl	26/12/19
VDLR / RPR 2	No reactivo	26/02/19
Prueba Rápida Sífilis	No reactivo	31/08/18
VDLR / RPR 2	No reactivo	26/02/19
VIH Prueba rápida 1	No reactivo	31/08/18
VIH Prueba rápida 2	No reactivo	26/02/19
Ex. Com. Orina 1	Positivo	31/08/18
Ex. Com. Orina 2	Negativo	25/09/18
Ex orina 3	Leucocitos 1-2 xc	Fecha: 29/12/18
Ex orina 4	Leucocitos 20-30x1	Fecha: 09/02/19
Ex orina 5	Leucocitos 10-15	Fecha: 26/02/19
Tamizaje Hepatitis B	Negativo	31/08/18
Tamizaje Hepatitis B	Negativo	26/02/19
PAP	Normal	06/09/18
Tipo de sangre	O positivo	31/08/18

Fuente: Carnet perinatal

- Ecografías (12/03/2019)
  - Edad Gestacional: 37 6/7 semanas
  - Feto único
  - Latido cardiaco fetal: 134 por minuto
  - Ponderado fetal:  $\pm$  3380 gr.
  - Placenta anterior III

P >40 ml.

Fuente: Reporte ecográfico del tercer trimestre

### **NOTA DE ADMISIÓN EN CENTRO OBSTÉTRICO**

**25/03/2019**

**09:56**

Ingresa gestante a centro obstétrico en camilla, refiere perdida de líquido desde las 9 am, niega sangrado vaginal, percibe movimientos fetales.

Presión Arterial: 120/70 mmHg    Temperatura: 36.8°C    Pulso: 88 x min.

Frecuencia respiratoria: 19 x min.

Al examen:

Latido cardiaco fetal: 144 x min.

Dinámica uterina: 5/10 +++ 40-45''

Tacto vaginal:    Dilatación: 10 cm.    Incorporación: 90%    Presentación: -2

Membranas ovulares: Rotas, líquido claro

Se solicita: Exámenes VIH, VDRL, hepatitis B, hemograma completo

**10:00**

Se canaliza vía de ClNa 9% 1000

**10:10**

Presión Arterial: 110/70 mmHg Temperatura: 37°C Pulso: 84 x min.

Frecuencia respiratoria: 19 x min.

Latido cardiaco fetal: 150 x min. Dinámica uterina: 4-5/++/40seg

**10:15**

Se añade oxitocina 10UI en 1000 cc de ClNa 9%

Tacto vaginal: Dilatación: 10 cm. Incorporación: 100% Presentación: -1

Membranas ovulares: Rotas, líquido claro

**10:23**

Se produce parto eutócico

Sexo: Masculino

Apgar: 8 al minuto y 9 a los 5 minutos

Peso: 3645 gr.

Talla: 52 cm.

Perímetro cefálico: 35.5 cm.

Perímetro torácico: 34 cm.

**10:28**

Alumbramiento dirigido c/10UI de oxitocina, membranas ovulares completas

Puérpera queda en observación

## NOTA DE PUERPERIO

**25/03/2019**

**13:10**

Presión Arterial: 90/60 mmHg    Temperatura: 36.8°C    Pulso: 72 x min.

Frecuencia respiratoria: 19 x min.

**S:** Puérpera inmediata de parto vaginal de 39 años de edad, se realiza alumbramiento dirigido y se obtiene placenta y membranas integras completas, sangrado vaginal +/- 150 CC.

**O:** Al examen: Paciente en regular estado general.

Piel: Tibia-elástica-hidratada.

Pulmón: Expansión pulmonar normal.

Abdomen: Blando leve dolor, útero contraído a nivel de la cicatriz umbilical.

Loquios: Hemáticos sin mal olor.

SNC: consciente, orientada en tiempo- espacio y persona

**A:** Paciente de 39 años, puérpera inmediata de parto vaginal.

**P:** Traslada a puerperio normal.

### **Terapéutica:**

- Dieta completa
- Control de sangrado de la vagina por paños
- Vigilar funciones vitales
- Carbonato de Calcio 1gr VO C/24 horas
- Ketorolaco 10 gr VO C/6 horas

**14:40**

Paciente de Parto eutócico, puérpera inmediata ingresa al servicio en camilla acompañada por el personal de sala de partos, despierta, orientada en tiempo-espacio y persona, ventilando espontáneamente, a la evaluación piel pálida, mucosas hidratadas, mamas blandas, pezones formados, útero contraído y loquios en regular cantidad.

Control de funciones vitales:

Temperatura: 37.4° C

Presión Arterial: 90/60 mmhg

Frecuencia Cardiaca: 110 x´

Frecuencia respiratoria: 20 x´

**15.30**

Paciente presenta sangrado abundante, se comunica a médico.

Se canaliza C1Na 9/1000 a chorro + oxitocina 30 UI.

Se administra Ergometrina 1 amp. IM

Se administra Misoprostol 800 mcg. transrectal

Presión arterial: 90/60 mmhg

FC=120 x´

## **EVOLUCIÓN PUERPERIO**

**25/03/2019**

**15:45**

Presión Arterial: 100/60 mmHg

Pulso: 100 x min.

Frecuencia respiratoria: 20 x min.

Temperatura: 37°C

Se acude al llamado y se evidencia sangrado por vía vaginal con abundantes coágulos. Se realiza tacto vaginal bimanual y se evidencia hipotonía uterina.



Se colocan 04 tabletas de misoprostol por vía rectal, inmediatamente se da pase a sala de partos para la revisión y se evidencia desgarro cervical en las horas VI, por lo que se realiza traquelorrafia cervical y se detiene el sangrado.

Se mantiene el control de la hemorragia y se inicia observación por 2 horas con útero contraído y de buen tono.

Procedimiento:

- Traquelorrafia (hora VI)
- Misoprostol 04 tabletas (vía rectal)

Útero contraído, loquios hemáticos.

Presión arterial: 110/70      Pulso=114 x´

Se administra Tramadol 60 mg

Resultado Hb=8.1 Se comunica a médicos.

Finaliza procedimiento. Paciente en aparente estado regular, paciente orientada cronológico, espacial y personal.

Presión arterial: 100/70      Pulso=118 x´      Temperatura: 37.5°

Útero contraído, loquios hemáticos.

**25/03/2019**

**20:00**

Presión arterial: 90/60 mmHg      Pulso arterial: 110 x min.

Frecuencia respiratoria: 18 x min.      Temperatura: 37°C

**S:** Puérpera inmediata de 39 años, con tratamiento de misoprostol y realización de traquelorrafia por desgarro de IV grado.

**O:** Al examen niega molestias, se evidencia disminución del sangrado vaginal, encontrándose hemodinámicamente estable y afebril.

Evaluación: Aparente estado general, aparente regular estado nutricional.

- Piel: Tibia, elástica e hidratada llenado capilar x 2 min
- Tórax y pulmón: Expansión pulmonar normal
- Corazón: ritmos cardiacos rítmicos y regulares no soplos
- Abdomen: Blando depresible, útero contraído a nivel de la cicatriz umbilical.
- Loquios: Hemáticos escasos sin mal olor.

**A:** Paciente mujer de 39 años

- Puérpera inmediata de parto vaginal
- Traquelorrafia (hora VI)
- Anemia moderada

**P:** Pase a puerperio normal

- Continuar con indicación médica.

**20:40**

Paciente puérpera inmediata de 39 años con diagnóstico de Segundigesta de 40 semanas ingresa al servicio en camilla, no fiebre, ya estable. Al examen: piel tibia y pálidas, tórax ventilando, con vía permeable, mamas blandas, pezón bien formado, útero contraído a nivel de la cicatriz umbilical, ligero edema de miembros inferiores.

**CONTROL DE SIGNOS VITALES:**

Temperatura: 37° C

Presión Arterial: 100/60 mmhg

Pulso arterial: 105 x´

Frecuencia respiratoria: 20 x´

**22:00** Recibe Ketorolaco vo 1 tableta

**00:00** Funciones vitales estables

**26/03/2019**

**02:00** Diuresis normal

**06:00** Funciones vitales estable

**7:00** Queda despierta con vía permeable.

**26/03/2019**

**08:00**

Temperatura: 37,1° C Presión Arterial: 100/60 mmHg

Pulso arterial: 88 x´ Frecuencia respiratoria: 20 x´

**S:** Paciente refiere leve meteorismo y distensión abdominal.

Diuresis (Si) Deposiciones (No) Flatos (Si)

**O:** A Al examen niega molestias, se evidencia disminución del sangrado vaginal, encontrándose hemodinámicamente estable y afebril.

Al examen físico: Aparente estado general, aparente regular estado nutricional.

- Piel: Tibia, elástica e hidratada llenado capilar x 2 min
- Tejido celular subcutáneo: sin edemas
- Tórax y pulmón: Murmullo pulmonar presentes, sin ruidos agregados
- Corazón: Ritmos cardiacos rítmicos y regulares no soplos

- Abdomen: Blando depresible y globoso (distensión abdominal), útero contraído a nivel de la cicatriz umbilical, lateralizado a la izquierda.
- Genitales externos: Loquios hemáticos moderados sin mal olor, traquelorrafia hora VI.
- SNC: Orientado en tiempo, espacio y persona

**A:** Paciente mujer de 39 años

- Puérpera inmediata de 22 horas por parto vaginal.
- PO Traquelorrafia (hora VI) por hemorragia post parto.
- Anemia severa

Paciente hemodinámicamente estable, afebril, en el post parto inmediato se presentó hemorragia por hipotonía uterina y laceración cervical, por lo que se le indico traquelorrafia y quedo con indicación de Cefazolina 1 gr EV por 3 dosis.

**P:** Pase a puerperio normal

- Control de funciones vitales.
- Deambulacion.

**27/03/19**

**08:00**

Evaluación de la paciente:

Temperatura: 36,8° C

Presión Arterial: 100/60 mmhg

Pulso: 90 x´

Frecuencia respiratoria: 20 x´

**S:** Paciente refiere leve cefalea, durante toda la noche, y que, descansado bien, no secreta bien leche. Diuresis (si). Depositiones (no). Flatos (si). Enfermería no reporta intervenciones.

**O:** Ventila espontáneamente

Piel: Tibia, elástica e hidratada, llenado capilar < 2'', palidez +++/+++

Tejido celular subcutáneo: sin edemas.

Tórax y pulmón: Expansión Pulmonar normal,

Mamas: Turgentes, simétricas, secretoras.

Abdomen: Blando depresible, globuloso, útero contraído por debajo de cicatriz umbilical.

Genitales externos: Loquios hemáticos escasos, sin mal olor.

SNC: Orientado en tiempo, espacio y persona.

**A:** Paciente mujer de 39 años con los diagnósticos: Puérpera mediata de 42 horas por parto vaginal, PO2 traquelorrafia por hemorragia post parto, anemia severa.

Paciente hemodinámicamente estable, afebril, involución favorable, Hb control:

Hb:5.2 g/dL abastoados 1%

**P:** Control de funciones vitales + Trasmundir 02 PG

**28/03/2019**

**08:00**

Temperatura: 37° C Presión Arterial: 100/70 mmhg

FC: 72 x' Frecuencia respiratoria: 18 x'

**S:** Paciente no refiere molestias.

Diuresis (Si) Deposiciones (No) Flatos (Si)

**O:** Al examen niega molestias, se evidencia disminución del sangrado vaginal, encontrándose hemodinámicamente estable y afebril.

Al examen físico Aparente estado regular, aparente regular estado nutricional ventila espontáneamente.

- Piel: Tibia, elástica e hidratada llenado capilar x 2 min, palidez ++/+++
- Tejido celular subcutáneo: No edemas
- Tórax y pulmón: Expansión pulmonar normal
- Abdomen: Blando depresible globosos, leve meteorismo, útero contraído 3 cm. por debajo de la cicatriz umbilical, central. RHA (+).
- Genitales externos: Loquios: hemáticos escasos sin mal olor.
- SNC: Orientado en tiempo, espacio y persona.

**A:** Paciente mujer de 39 años

- Puérpera inmediata de 66 horas por parto vaginal.
- PO3 Traquelorrafia (hora VI) por hemorragia post parto.
- Anemia moderada

Paciente hemodinámicamente estable, afebril, el día de ayer se transfirió dos paquetes globulares por Hb de 5.2 g/dl. Post a la transfusión la Hb 8.3 g/dl.

**P:** pase a puerperio normal.

- Control de funciones vitales
- Alta con indicaciones.

**12:30**

Puérpera mediata de  $\pm$  36 horas de parto vaginal de evolución favorable, se le brinda orientación en planificación familiar y salud sexual y reproductiva.

Método a elegir: Por definir.

Se orienta en lactancia materna.

### **2.3 Discusión**

La hemorragia post parto es una de las tres primeras razones de muerte materna en el mundo, sobre todo en países subdesarrollados. Las causas de hemorragia post parto podrían clasificarse en 4 grandes grupos: tono, tejido, traumatismos del tracto genital y alteraciones de la coagulación<sup>27</sup>.

Asimismo, son diferentes los factores que originan la aparición de este trastorno, los cuales suceden antes, durante o luego del parto.

En el presente trabajo se evidenció que antes del parto, el principal factor asociado fue la edad materna avanzada (39 años), muy similar al estudio de Flores, donde se encontró que un factor de riesgo para mostrar hemorragia del puerperio fue la edad de 35 años a más ( $p < 0.05$ ). De igual manera, Ramírez y Torres en su investigación observaron que la edad superior a 35 años fue un punto de riesgo de hemorragia post parto. Esto quizá se ha producido, porque después de los 35 años ocurren cambios a nivel fisiológico que afecta el organismo de una mujer embarazada (en el aparato circulatorio, respiratorio, etc.), por ello es importante prestar una vigilancia a los signos de alarma u otra situación que genere enfermedades.

Luego del parto se pueden presentar ciertos desencadenantes de la hemorragia posparto, tal es el caso que en el este trabajo se halló que los primordiales factores fueron la hipotonía y el desgarro; lo cual se asemeja al estudio de Iglesias y Urbina, donde se demostró que al final del parto se manifiestan en mayor frecuencia: la hipotonía uterina y los desgarros obstétricos para el desenlace de hemorragia post parto. Así también, Fukami halló que los factores de riesgo de hemorragia posparto fueron las laceraciones vaginales o perineales graves. De forma similar, en la investigación de López et al. se concluyó que la fundamental causa de HPP fue la hipotonía uterina (82%). En base a lo atribuido, el desgarro perineal tras el parto vaginal es un mecanismo que incrementa el sangrado y aunado a una reducción del tono del útero se produce la hemorragia post parto.

#### **2.4 Conclusiones**

- ❖ Los factores asociados a hemorragia post parto en una gestante de un hospital de tercer nivel fueron la edad materna, la hipotonía uterina y el desgarro cervical.
- ❖ El factor antes del parto que se asocia a hemorragia post parto en una gestante de un hospital de tercer nivel fue la edad materna avanzada (mayor a 35 años).
- ❖ Los factores al final del parto que se asocian a hemorragia post parto en una gestante de un hospital de tercer nivel fueron: la hipotonía uterina y el desgarro cervical.



## 2.5 Recomendaciones

- ❖ Se sugiere la ejecución de otros trabajos sobre la hemorragia post parto, ya que esta representa una de las primordiales causas de mortalidad materna, razón por la que es trascendental conocer un poco más sobre dicha patología para tomar las medidas necesarias que eviten su aparición.
- ❖ Se recomienda enfatizar a las gestantes que acudan a sus controles prenatales para que estén orientadas en los signos de alarma y los factores de riesgo de la hemorragia posparto y así prevenir que ocurra dicha patología. Asimismo, sería conveniente brindar charlas preventivo-promocionales sobre la temática de estudio para que las gestantes reconozcan la clínica y las consecuencias de la hemorragia post parto y puedan llegar a tiempo al hospital.
- ❖ Se sugiere que en las instituciones de salud se realice un adecuado manejo de los casos de hemorragia post parto para mantener en condiciones adecuadas al binomio madre-niño.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aszurizaga P., Toledo L. Hemorragia Obstétrica. Rev. Méd. La Paz, 2014; 20(2): 57-68.
2. Hernández MA., García JI. Factores de riesgo de hemorragia obstétrica. Ginecol Obstet Mex. 201+; 84(12): 757-764.
3. Organización Panamericana de la Salud. La Hemorragia Post parto. Boletín Informativo, 2015. 1-6. [Acceso el 02 de febrero del 2020]. Disponible en: [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](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)
4. García S., Álvarez E., Cid R., Hernández E. Hemorragia posparto secundaria o tardía. Ginecol Obstet Mex. 2017; 85(4): 254-266.
5. López L, Ruiz D, Zambrano C, Rubio J. Incidencia de hemorragia posparto con base en el uso terapéutico de uterotónicos. resultados maternos en un hospital de mediana complejidad de Bogotá, Colombia, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [Revista en Internet]. 2016 [Acceso el 10 de setiembre del 2019]; 68(3): 218-227. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v68n3/es\\_0034-7434-rcog-68-03-00218.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v68n3/es_0034-7434-rcog-68-03-00218.pdf)
6. Zambrano V, Vera S, Rodríguez J, Reyes E. Hemorragia post parto por desgarro perineal en mujeres primíparas. Revista Cumbres. 2019; 5(1): 125-135.
7. Fukami T, Koga H, Goto M, Ando M, Matsuoka S, Tohyama A, et al. Incidence and risk factors for postpartum hemorrhage among transvaginal

- deliveries at a tertiary perinatal medical facility in Japan. PLoS One. 2019; 14(1): e0208873. doi: 10.1371/journal.pone.0208873.
8. Iglesias J, Urbina D. Factores de riesgo asociados a hemorragia post-parto, en las mujeres que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia, del HECAM, Matagalpa en el período 2010-2013. Matagalpa-Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Facultad de Ciencias Médicas; 2016.
  9. Ledesma M. Factores asociados a la hemorragia post parto en puérperas del Hospital II-2. Tarapoto, 2019 [Tesis]. Perú: Universidad Nacional de San Martín; 2021.
  10. Oliva F. Factores asociados a hemorragia post parto eutócico en el servicio de obstetricia en el Hospital Gustavo Lanatta Luján desde el año 2010 al 2019 [Tesis de Medicina]. Perú: Universidad Ricardo Palma; 2020.
  11. Campos J, Tarrillo D. Hemorragias post parto: Factores asociados en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Pucallpa 2017. [Tesis]. Tarapoto-Perú: Universidad Nacional de San Martín. Facultad de Ciencias de la Salud; 2019.
  12. Huiñocana L. Factores de riesgo asociados a hemorragia post parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2018 [Tesis]. Perú: Universidad Andina; 2019.
  13. Mocarro S. Factores de riesgo asociados con hemorragias post parto en pacientes atendidas en el Hospital de la Amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017 [Tesis]. Perú: Universidad Nacional de Piura; 2019.

14. Flores D. Factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato, Hospital PNP “Luis N. Sáenz”, julio 2016 - julio 2017. [Tesis]. Huancavelica-Perú: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana; 2018 [Acceso el 10 de setiembre del 2019]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/1148/TESIS%20-%20FLORES%20LAPA%20DANIEL%20ANGEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
15. Karlsson H, Pérez C. Hemorragia post parto. An. Sist, Sanit. Navar. [Revista en internet]. 2009 [Acceso el 15 de febrero del 2019], 32(1):159-167. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia6.pdf>
16. Calle A, Barrera M, Guerrero A. Diagnóstico y manejo de hemorragia post parto. Rev. Peruana de Ginecología y Obstetricia [Revista en internet]. 2008 [Acceso el 20 de febrero del 2019], 54: 233-243. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54\\_n4/pdf/a03v54n4.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n4/pdf/a03v54n4.pdf)
17. García J, Ramírez M, Moreno M, Alonso E, Gorbea V. Hemorragia obstétrica post parto: propuesta de un manejo básico integral, algoritmo de las 3C. Rev. Mex. Anest. [Revista en internet]. 2018 [Acceso el 20 de febrero del 2019], 41(1): 190-194. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cmas181bj.pdf>
18. Solari A, Solari C, Wash A, Guerrero M, Enriquez O. hemorragia del post parto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev. Med. Clin. Condes. [Revista en internet]. 2014 [Acceso el 15 de febrero del

- 2019], 25(6): 993-1003. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864014706492>
19. Nápoles D. Consideraciones prácticas sobre la hemorragia en el periparto. Medisan [Revista en internet]. 2012 [Acceso el 13 de marzo del 2019], 16(7): 114-1136. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v16n7/san13712.pdf>
20. Clachar G, Araque B. Hemorragia Post parto. Rev Médica de Costa Rica y Centroamérica [Revista en internet]. 2014 [Acceso el 15 de febrero del 2019], 71(609): 79-84. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc141n.pdf>
21. Aparicio M, Fernández V. Manejo de la atonía uterina. 2020 [Acceso el 12 de abril del 2021]. Disponible en: <http://congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2016/11/55.pdf>
22. EsSalud. Guia Práctica Clínica Basadas en Evidencias. 2015 [Acceso el 12 de abril del 2021]. Disponible en: [http://repositorio.essalud.gob.pe/jspui/bitstream/ESSALUD/695/1/144.%20CLAVE%20ROJA\\_CLAVE%20AZUL.pdf](http://repositorio.essalud.gob.pe/jspui/bitstream/ESSALUD/695/1/144.%20CLAVE%20ROJA_CLAVE%20AZUL.pdf)
23. Ministerio de Salud. Manejo estandarizado de las emergencias obstétricas y neonatales. 2010 [Acceso el 12 de abril del 2021]. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1138\\_DGSP275-1.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1138_DGSP275-1.pdf)
24. Asociación Española del Cáncer de cérvix. La anatomía del cérvix. 2020 [Acceso el 12 de abril del 2021]. Disponible en:

<https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-cuello-uterino-cervix/anatomia>

25. Eurocytology. La anatomía del cuello uterino. 2014 [Acceso el 12 de abril del 2021]. Disponible en: <https://www.eurocytology.eu/es/course/462>
26. Benitez Y, Verdecia M. Presentación de una paciente con desgarro perineal obstétrico. Correo Científico Médico de Holguín. 2017 [Acceso el 15 de febrero del 2019], (2): 583-590. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v21n2/ccm25217.pdf>
27. Agencia Sanitaria Costa del Sol. Desgarros Perineales 3º y 4º grado. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento [Revista en internet]. 2013 [Acceso el 15 de febrero del 2019]. Disponible en: [https://www.hcs.es/web/download\\_file.cfm?file=15917&entry=795](https://www.hcs.es/web/download_file.cfm?file=15917&entry=795)
28. Centro de medicina fetal. Protocolo: Lesiones perinatales de origen obstétrico: diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%C3%A9trico%20new.pdf>
29. Mayo Clinic. Cerclaje cervical. 2020 [Acceso el 12 de abril del 2021]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/cervical-cerclage/about/pac-20393435>
30. Lombardía J, Fernández M. Ginecología y Obstetricia. Manual de consulta rápida. 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007.
31. Ramírez J. Tema O-36: Hemorragias Post parto. 2008. [Acceso el 02 de marzo del 2021]. Disponible en:

[https://www.uv.es/jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-36%20\(2008\).pdf](https://www.uv.es/jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-36%20(2008).pdf)

32. Carrillo C. Desgarros post parto. Perú: Universidad las Peruanas; 2016.
33. Bonilla F, Pellicer A. Obstetricia, reproducción y ginecología básicas. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007.
34. Félix D. Choque hipovolémico, un nuevo enfoque de manejo. Revista Mexicana de Anestesiología. 2018; 41(1): S169-S174.
35. Elsevier Connect. Clasificación del shock: sus cinco tipos y las causas subyacentes. 2018. [Acceso el 10 de marzo del 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/clasificacion-del-shock-y-causas-subyacentes>
36. García R, Cárdenas C. El shock en obstetricia: consideraciones especiales en la atención a la embarazada. Ciberrevista. 2015; 46.
37. López F, Pérez G, Tapia E, Paz, Ochoa X, Cano A, et al. Choque hipovolémico. An Med (Mex) 2018; 63 (1): 48-54.
38. Vera O. Shock: Enfoque diagnóstico y terapéutico en el adulto. Cuad. - Hosp. Clín. 2007; 52(2).