



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
 NÚCLEO BOLÍVAR  
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"  
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

**ACTA**

TG-2024-08-01

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. NEOBIS MORALES Prof. LUIS CABRERA y Prof. ANTONIO RUSSO, Reunidos en: Salon de Conferencias del IVSS Dr. Hector Novel Joubert  
 a la hora: 11:30 am  
 Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE LAS HEMORRAGIAS POSTPARTO. SERVICIO DE SALA DE PARTOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PÁEZ". CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. JULIO - OCTUBRE 2023.**

Del Bachiller **HERRERO APONTE MARIANA DE LOS ÁNGELES C.I.: 27255037**, como requisito parcial para optar al Título de Médico cirujano en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

**VEREDICTO**

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>
-----------	----------	-----------------------------	--

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 9 días del mes de Julio de 2024

Prof. NEOBIS MORALES  
 Miembro Tutor

Prof. LUIS CABRERA  
 Miembro Principal

Prof. ANTONIO RUSSO  
 Miembro Principal

Prof. IVÁN AMARILLO RODRIGUEZ  
 Coordinador comisión Trabajos de Grado

ORIGINAL TESIS TA





UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
 NÚCLEO BOLÍVAR  
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"  
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

**ACTA**

TG-2024-08-01

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. NEÓBIS MORALES Prof. LUIS CABRERA y Prof. ANTONIO RUSSO, Reunidos en: Salón de Enfermería del SVSS Dr. Hector Novellobert a la hora: 11:30 am Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE LAS HEMORRAGIAS POSTPARTO. SERVICIO DE SALA DE PARTOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PÁEZ". CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. JULIO - OCTUBRE 2023.**

Del Bachiller REYES MORENO YESIKA ALEJANDRA C.I.: 27902330, como requisito parcial para optar al Título de Médico cirujano en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

**VEREDICTO**

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>
-----------	----------	-----------------------------	--

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 9 días del mes de Julio de 2024

Prof. NEÓBIS MORALES  
 Miembro Tutor

Prof. LUIS CABRERA  
 Miembro/Principal

Prof. ANTONIO RUSSO  
 Miembro Principal

Prof. IVÁN AMARILLO RODRÍGUEZ  
 Coordinador comisión de Trabajos de Grado



ORIGINAL TESISTA

**DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS**  
 Avenida José Méndez c/c Colombo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar-Venezuela.  
 EMAIL: trabajodegradoudosaludbolivar@gmail.com



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO BOLÍVAR  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
“Dr. Francisco Battistini Casalta”  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE LAS  
HEMORRAGIAS POSTPARTO. SERVICIO DE SALA DE PARTOS.  
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD  
BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. JULIO – OCTUBRE 2023.**

**Tutor académico:**

Dra. Neobis Morales

**Trabajo de Grado Presentado por:**

Br: Herrero Aponte Mariana de Los Ángeles

C.I: 27.255.037

Br: Reyes Moreno Yesika Alejandra

C.I: 27.902.330

**Como requisito parcial para optar por el título Médico cirujano**

Ciudad Bolívar, julio de 2024

# ÍNDICE

ÍNDICE.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	vi
DEDICATORIA .....	ix
RESUMEN .....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN .....	13
OBJETIVOS .....	14
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos .....	14
PACIENTES Y MÉTODOS .....	15
Tipo de estudio.....	15
Diseño .....	15
Universo.....	15
Población .....	15
Muestra .....	15
Criterios de inclusión.....	16
Criterios de exclusión .....	16
Procedimientos .....	16
Análisis Estadístico.....	17
RESULTADOS .....	18
Tabla 1 .....	19
Tabla 2 .....	20
Tabla 3 .....	21
Tabla 4 .....	22
Tabla 5 .....	23
DISCUSIÓN .....	24

CONCLUSIONES .....	29
RECOMENDACIONES .....	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	31
APÉNDICES .....	42
Apéndice A .....	43
Apéndice B .....	44
Apéndice C .....	45

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, que nos ha guiado en el largo camino de esta carrera hermosa, llenándonos de sabiduría y fortaleza para alcanzar la preciada meta.

A la Dra. Neobis Morales, nuestra tutora, quien ha sido nuestra guía y apoyo en todo momento en la realización de este proyecto. Agradecida desde el primer momento por toda la colaboración.

Al Dr. Granado, admirable profesional, por revisar nuestra tesis y hacernos algunas correcciones

A todo el personal de servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Ruiz y Páez, por su contribución, disposición y paciencia.

A las pacientes que permitieron que esta investigación fuese posible. Gracias a todos.

— *Mariana de los Ángeles Herrero Aponte*

## AGRADECIMIENTOS

Primeramente, a Dios, por permitirme cumplir todos mis objetivos y llegar hasta este nivel, dándome las fuerzas necesarias y todo el amor posible, demostrándome que, a pesar de las adversidades, todo es posible, así como también por permitir que todo lo relacionado a este trabajo de investigación fluyera de la mejor manera y que pudiésemos culminarlo con éxito.

A mi madre, Semirami, por enseñarme desde pequeña a ser independiente y constante, por ser mi guía, compañera de vida y ejemplo a seguir, por ser ese aliento en los momentos más difíciles y forjar en mí la perseverancia, gracias a ti estoy donde estoy.

A mi padre, Luis, por ser mi apoyo y amigo en todos estos años, por luchar día tras día para que yo pudiese alcanzar esta meta, por todas esas veces que estuviste para mí dándome ánimos y celebrando mis logros, estaré contigo eternamente agradecida.

A mis hermanos, Januario y Jesús, por los momentos de risas que me regalaban cuando me sentía mal o estresada, por escuchar todas y cada una de mis anécdotas por horas, por siempre estar ahí para mí, dándome ese amor incondicional, siempre me motivan a no rendirme.

A mis abuelos, tías y primos, por ser parte de ese pilar que me impulsó a llegar donde estoy, por todo su amor y compañía, por estar presente desde el principio y estar presente ahora, millones de gracias.

A mi tutora de tesis, Dra. Neobis Morales, por todo su tiempo dedicado en este trabajo, por orientarnos, enseñarnos y apoyarnos en cada asesoría, agradecida por todo su apoyo.

A mis amigos de la carrera que me regaló la vida, aquellos que iniciaron conmigo, en especial a Josmaire González, Ester Pacheco y Oriana Padilla, por todos esos momentos compartidos donde me hacían sentir la más afortunada y con palabras me llenaban de motivación, por ser como mis hermanas a lo largo de todos estos años y apoyarme ante las adversidades, regalándome una amistad realmente genuina, muchísimas gracias.

A mis amigos que culminan esta etapa conmigo, especialmente mi grupo de internado, Nieves Rodríguez, Elías Arocha y Nastassja Lara, por hacerme sentir en familia durante nuestra última etapa, por acogerme y regalarme momentos de risas y alegría, quienes me han brindado apoyo incondicional y palabras de aliento en momentos difíciles, sin saberlo hicieron de este último año el más especial de toda la carrera, y siempre estaré agradecida por ello.

Finalmente, un agradecimiento especial a mi compañera de tesis, por su compañía y ayuda en todo este proceso, siendo una pieza clave para culminar con éxito este trabajo.

— *Yesika Alejandra Reyes Moreno*



## DEDICATORIA

Ante todo, le dedico este logro a Dios y la Virgen por guiar mis pasos en esta carrera, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban.

A mi madre, por su apoyo, consejos, comprensión, amor y ayuda en los momentos difíciles; quien me ha dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia y mi coraje para conseguir mis objetivos. Te amo mamá, sin ti no sé qué haría.

A mi familia, quienes por ellos soy lo que soy, por ser siempre mis principales motivadores, sin ustedes y sus consejos, su amor y su cariño yo no habría llegado hasta donde estoy. Gracias abuelitos, hermanos, tíos, primos, padrastro, los quiero mucho.

A mis compañeros y amigos de la carrera, por ser la mejor compañía que todo universitario necesita, por sus palabras de apoyo y cariño a lo largo de todos estos años, le pido a Dios que guie sus caminos y sean mucho más exitosos de lo que ya son.

A mis maestros, personas de gran sabiduría quienes se han esforzado por ayudarnos, transmitiéndonos sus conocimientos y dedicación.

A la familia Granado Mundarain, quienes siempre estuvieron para mí a lo largo de toda la carrera, apoyándome, estando siempre pendientes y ayudándome en lo que pudieran. Gracias por recibirme en su hogar y por hacerme sentir como en casa.

Y, por último, pero no menos importante a mi compañera de tesis, su dedicación, conocimientos y trabajo en equipo han sido fundamentales para el éxito de este proyecto.

— *Mariana de los Ángeles Herrero Aponte*

## DEDICATORIA

A Dios Padre, por estar a mi lado siempre y nunca abandonarme en todos aquellos momentos donde más lo necesité, por ser mi guía en este difícil pero gratificante camino.

A mis padres, por todo el apoyo incondicional y amor que me brindaron durante todo el proceso, por ser mis mentores de vida y enseñarme que la constancia y perseverancia prevalece, ante todo, sin ellos no hubiese llegado tan lejos, son mi motivación en la vida.

A mis hermanos, por toda su ayuda, por escuchar todas y cada una de mis anécdotas, y brindarme miles de consejos y palabras de aliento.

A mis abuelos, tías y primos, por siempre creer en mí y siempre darme palabras de aliento.

A mis amigos, aquellos que estuvieron en un inicio, y los que continúan ahora conmigo, han sido un pilar importante en todo este proceso.

A mi yo del pasado, que desconfió y tuvo muchas dudas, pero jamás se rindió a pesar de las circunstancias, pues ahora lo estamos logrando.

— *Yesika Alejandra Reyes Moreno*

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGICA DE LAS  
HEMORRAGIAS POSTPARTO. SERVICIO DE SALA DE PARTOS.  
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD  
BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. JULIO – OCTUBRE 2023.  
Tutora: Dra. Morales, N. Autores: Br. Herrero, M. y Reyes, Y.**

**RESUMEN**

La Hemorragia Post Parto (HPP) es la principal causa de morbimortalidad obstétrica a nivel mundial y corresponde a uno de los primordiales problemas de salud pública, responsable de hasta 50-75% de dichos casos. Objetivo: Determinar las características clínicas y epidemiológicas de la hemorragia postparto en pacientes que fueron atendidas en la sala de partos del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de julio a octubre de 2023. Metodología: Estudio descriptivo, cohorte transversal, de campo, no experimental. La muestra estuvo constituida por 84 puérperas que cumplieron con los criterios de inclusión. Resultados: Se encontró que 48,8% (n=41) tenía entre 20-29 años; 48,8% (n=41) eran bachilleres; 59,5% (n=50) vivía en concubinato; 86,9% (n=73) eran amas de casa; 46,4% (n=39), eran primigestas; 56,0% (n=47) eran primíparas; 88,1% (n=74) eran no cesáreas; 91,7% (n=77) no ha tenido antecedente de abortos y 92,9% (n=78) eran embarazos no controlados. Los principales factores de riesgo fueron el síndrome hipertensivo del embarazo con 41,7% (n=35), seguido de la ruptura prematura de membranas con 26,2% (n=22). El desgarro de cuello uterino fue la causa más frecuente de HPP en 64,3% (n=54), seguido de hipotonía uterina en 27,4% (n=23). Por último, se encontró la presencia de complicaciones en 38,0% (n=32) de las pacientes, siendo las más frecuentes: anemia leve en 75,0% (n=30) y muerte materna 5,0% (n=2). Conclusiones: El síndrome hipertensivo del embarazo fue el principal factor de riesgo para hemorragia postparto en pacientes atendidas en sala de partos del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

**Palabras clave:** Hemorragia postparto, HPP, Ginecología, Morbimortalidad, Obstetricia.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo es el resultado de la implantación del cigoto en el útero hasta el momento del parto. Este consta de fase de dilatación, período expulsivo, y período de alumbramiento; después del mismo se pueden desarrollar complicaciones como: hipertensión gestacional; infecciones y hemorragia postparto (HPP), siendo esta la que se presenta con mayor prevalencia, lo que podría desencadenar complicaciones, de acuerdo al grado de pérdida sanguínea, la rapidez de la separación de la placenta y la efectividad de la contracción uterina (Maestre et al., 2018).

La HPP es la principal causa de morbilidad obstétrica a nivel mundial y corresponde a uno de los primordiales problemas de salud pública, responsable de hasta 50- 75% de dichos casos. Actualmente, se estima que la prevalencia es de 5%, sin embargo, en los últimos años su incidencia ha aumentado debido a la manipulación médica del trabajo de parto, el uso indiscriminado del parto por cesárea, la dificultad para la correcta identificación de factores de riesgo y el incremento en los casos de atonía uterina (Rivera et al., 2020).

La HPP de causa primaria, es una complicación obstétrica temida que se presenta en 5% de las mujeres embarazadas. Además; 0,5 a 1% de las mujeres presentarán HPP grave, con presencia de coagulopatía o necesidad de transfusión sanguínea. La HPP secundaria o tardía presenta una incidencia global de 1 en cada 100 embarazos (Rivera et al., 2020). Los factores de riesgo con frecuencia son interdependientes, sin embargo, a pesar de que existen herramientas para su identificación su significancia clínica es baja. Las causas de hemorragia post-parto pueden clasificarse en 4 grandes grupos, conocidas internacionalmente como “las 4 T”: tono (trastornos de la contractilidad uterina), tejido (restos y adherencias

placentarias), traumatismos del tracto genital y trastornos de la coagulación (FASGO, 2019).

En el tono uterino anormal se encuentran: la atonía uterina, observada en pacientes con labor de parto prolongada, uso excesivo de oxitocina para inducción del trabajo de parto, multíparas, corioamnionitis y en aquellas que reciben anestesia general; sobredistensión uterina, en pacientes con gestación múltiple, polihidramnios y fetos macrosómicos; e inversión uterina, debido a tracción excesiva del cordón umbilical, cordón corto e implantación fúndica de la placenta (FASGO, 2019).

En el trauma, se encuentra la episiotomía, laceración cervical, vaginal o perineal y ruptura uterina. En tejido, la retención placentaria y la placentación anormal. Finalmente, en trastornos de coagulación, el problema primario puede obedecer a trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP), deficiencia heredada de factores de coagulación (Von Willebrand, hemofilia), infección grave, embolismo de líquido amniótico, uso indiscriminado de cristaloides y anticoagulación terapéutica (Castiblanco et al., 2022).

Naturalmente, tras el alumbramiento el sangrado uterino se controla mediante dos mecanismos hemostáticos principales. El primero es la contracción miometrial con compresión de los vasos espirales, culminando en hemostasia mecánica. El segundo, mediante factores hemostáticos liberados en la decidua, tales como el factor tisular, el inhibidor del activador del plasminógeno-1 y factores de la coagulación sistémica. El proceso fisiopatológico más comúnmente asociado a HPP primaria se da por perturbación de uno o ambos mecanismos. No obstante, el resto de los casos se asocian a pérdida de vasculatura intacta, como en el trauma intraparto (Belfort, 2019).

Debido al aumento fisiológico del volumen sanguíneo en el embarazo, a finales del tercer trimestre el flujo de la arteria uterina aumenta a 500 a 700 mL/min,

correspondiendo a 15% del gasto cardíaco. Es por ello que, en ausencia de un proceso hemostático adecuado, la hemorragia no controlada se torna en un evento potencialmente letal. Además, dado el aumento en el volumen sanguíneo circulante, los signos y síntomas tempranos de hipovolemia pueden no presentarse hasta que la hemorragia sea sustancial, generalmente tras superar el 25% del volumen sanguíneo ( $\geq 1500$  mL en el embarazo) (Shields et al., 2017).

La definición tradicional consiste en pérdida sanguínea estimada mayor a 500 ml en el parto vaginal y mayor a 1000 mL para parto por cesárea durante las primeras 24 horas, siendo está considerada la HPP primaria. No obstante, la Sociedad Americana de Ginecología y Obstetricia (SAG) ha modificado la definición clásica a una HPP con pérdida mayor o igual a 1000 mL, o bien, pérdida sanguínea acompañada de signos y síntomas de hipovolemia, sin importar la vía de parto. Esta nueva clasificación parece reducir el número de casos mal diagnosticadas debido a cuantificación errada del volumen sanguíneo. Sin embargo, aún se recomienda observación de pacientes con pérdidas hemáticas mayores a los 500 ml (Rojas et al., 2019).

En cuanto a la HPP secundaria, se define como hemorragia entre las 24 horas y las 12 semanas posparto, frecuentemente asociada a retención de restos placentarios, subinvolución del lecho placentario o infección. Así mismo, es considerada grave cuando existe la presencia de uno de los siguientes criterios: pérdida sanguínea de 2000 ml, disminución periparto de la Hb en 4g/dl, transfusión de al menos 4 unidades de concentrado globular, intervención hemostática (suturas de compresión, ligadura de arteria uterina o hipogástrica, histerectomía) o muerte (Ekin et al., 2015; Evensen et al., 2017).

El diagnóstico precoz y oportuno, es imprescindible, ya que 90% de las muertes suceden en las primeras 4 horas, y este se considera netamente clínico, con la

evidencia de la hemorragia y cuantificación de la misma. Una vez obtenido el diagnóstico, las metas terapéuticas corresponden a restaurar o mantener el volumen circulante para prevenir hipoperfusión, restaurar o mantener adecuada oxigenación, revertir o prevenir coagulopatía y eliminar la causa obstétrica del sangrado. Una vez identificada la sospecha de HPP hay que iniciar medidas de cuantificación objetiva de la pérdida sanguínea. Así mismo, al momento del diagnóstico de HPP se debe hacer un examen meticuloso del área perianal y genital en busca del origen anatómico del sangrado (Ngwenya, 2016).

Los paraclínicos, incluyen el hemograma completo, fibrinógeno, factores de coagulación, y grupo sanguíneo. Sin embargo, los valores de hemoglobina y hematocrito son indicadores pobres de pérdida hemática aguda y pueden no mostrar alteraciones inicialmente. Sin embargo, niveles disminuidos de fibrinógeno ( $< 200$  mg/dl), se consideran predictivos de HPP grave. Por lo tanto, la medición del volumen hemorrágico será vital para su evolución y manejo, y a pesar de que la estimación visual se sigue usando, numerosas autoridades sugieren el uso de bolsas colectoras para mayor precisión (Rojas et al., 2019).

En el manejo médico, en primera instancia se recomienda el masaje y la compresión uterina, ya que, ambos estimulan y contraen el útero atónico. La compresión bimanual se realiza al colocar una mano en puño a través del canal vaginal hasta el fondo vaginal anterior mientras la otra masajea el fondo uterino por vía abdominal, comprimiéndolo firmemente. Dicha intervención debe mantenerse mientras las próximas medidas están siendo instauradas y continuarse hasta que el útero se torne firme o se indiquen otros métodos de control hemorrágico (Camacho y Rubio, 2016). Así mismo, es recomendable canalizar dos vías periféricas de alto calibre, preferiblemente 16G o 18G. En pacientes con HPP grave se prefiere la colocación de un acceso venoso central debido que a menudo los accesos periféricos



se dificultan por la hipotensión; además de la administración de oxígeno por mascarilla a 10 a 15l/min (Lockhart, 2015).

Al ser la atonía uterina la causa más frecuente de HPP, se indica la administración de uterotónicos, hasta observar efecto terapéutico o bien, la necesidad de medidas adicionales para el control del sangrado. Entre ellos esta: oxitocina a dosis de 40 UI diluidas en 500ml de solución salina al 0.9% a pasar 75 a 125 ml/hr, misoprostol 800 mcg sublingual, vía rectal y metilergometrina, 0.2 mg vía intramuscular (IM) (Belfort, 2019).

La oxitocina, es el uterotónico de elección. Estimula el tejido muscular liso del segmento superior del útero provocando que se contraiga rítmicamente, provoca la constricción de los vasos sanguíneos y reduce el flujo de sangre a través del útero. Es una primera opción segura y efectiva para el tratamiento de la HPP (López et al., 2017).

Para un efecto sostenido, se prefiere la infusión endovenosa debido a que permite un flujo regular del fármaco. La respuesta uterina disminuye dentro de 1 hora luego de la interrupción de la administración endovenosa (López et al., 2017).

Los alcaloides del cornezuelo de centeno: alcaloides ergotónicos, como la ergometrina, metilergometrina y sintometrina, pueden contraer tetánicamente el músculo liso de la región superior e inferior del útero. Si bien pueden obtenerse ampollas en diferentes concentraciones (de 0,2 mg/ml o 0,5 mg/ml), la dosis recomendada de ergometrina o metilergometrina es de 0,2 mg IM, que puede repetirse cada 2 a 4 horas por un máximo de 5 dosis (1 mg) en un período de 24 horas. Los alcaloides del cornezuelo de centeno están contraindicados en mujeres con hipertensión, enfermedad cardíaca o preeclampsia debido a que producen hipertensión (Escobar et al., 2019).

En cuanto al misoprostol, las investigaciones han demostrado que una dosis única de 800 µg (4 tabletas de 200 µg) administrada por vía sublingual es un tratamiento seguro y efectivo para la HPP debida a atonía uterina en mujeres que han recibido profilaxis con oxitocina, así como en aquellas que no han recibido profilaxis con oxitocina, durante la tercera etapa del parto. Hay evidencias que indican que el misoprostol no brinda ningún beneficio adicional cuando se lo administra simultáneamente con otros fármacos uterotónicos inyectables para el tratamiento de la HPP; por lo tanto, no se recomienda la administración de misoprostol como tratamiento adyuvante con oxitocina para la HPP (Escobar et al., 2019).

Además de las medidas terapéuticas, es imprescindible manejar la causa de la hemorragia, tal es el caso del trauma obstétrico y la retención de tejidos. La complicación más común corresponde a laceraciones del tracto genital, y es indispensable su pronta identificación y reparación para el control del sangrado. En caso de sospecha de lesión en la arteria uterina se sugiere intervención radiológica y quirúrgica para su ligadura. Los hematomas del tracto genital inicialmente son asintomáticos, sin embargo, tras la acumulación de sangre producen presión pélvica, dolor y deterioro de signos vitales. Ante hematomas pequeños (<3 a 4cm) se aconseja manejo conservador con compresas frías y analgesia. No obstante, si su crecimiento es acelerado o se asocia a detrimento rápido de signos vitales se debe realizar incisión y drenaje (Belfort, 2019).

En el caso de la presencia de tejidos retenidos, se deben tener en cuenta los signos fisiológicos de separación placentaria, que incluyen salida de sangre fresca por el canal vaginal, alargamiento del cordón umbilical y elevación del fondo uterino. La retención placentaria, o falla de expulsión tras 30 minutos del nacimiento fetal, se presenta en 3% de los partos. Ante esto se realiza exploración manual del útero y extracción de la placenta; introduciendo una mano en la cavidad uterina con control del fondo uterino con la mano contraria, se sigue el cordón umbilical hasta su

inserción, se identifica el borde inferior de la placenta y se procede a la separación mediante movimientos en sierra (Crespo y Mendieta, 2019).

La inspección visual de la placenta es imprescindible para verificar su integridad y la ausencia de material restante en la cavidad uterina. Ante la sospecha de restos se indica exploración cuidadosa de la cavidad dado que el útero es susceptible a perforación por su rápida involución. En ausencia de remoción manual exitosa se puede utilizar ultrasonografía para confirmar y auxiliar la remoción del tejido por medio de curetaje (Sánchez et al., 2019).

En cuanto al taponamiento uterino, constituye la primera medida a considerar secundaria al fallo del control de la hemorragia mediante compresión manual y uterotónicos. En caso de no poseer un balón uterino, el útero se puede empacar con gaza. Su tasa de éxito oscila entre 90 a 100% en parto vaginal y 20 a 65% en parto por cesárea. Por su parte, el taponamiento con balón intrauterino hidrostático, se trata de un balón, por lo general de caucho sintético, como los catéteres Foley, Rush, SOS Bakri, e incluso se usan con guantes de caucho estériles, u otros dispositivos que se sujetan a un catéter urinario, luego se introducen en el útero en condiciones asépticas con 300 a 500 ml de solución salina, para ejercer contrapresión y detener el sangrado (Escobar et al., 2019).

Otra alternativa de manejo médico, es la Prenda antishock no neumática (NASG, por sus siglas en inglés), que funciona como dispositivo de compresión para primeros auxilios, confeccionada con neopreno y con sujetadores con gancho y lazo que consiste en segmentos para las extremidades inferiores, un segmento pélvico y un segmento abdominal, que incluye una bola de compresión de gomaespuma que se apoya sobre el útero. El dispositivo NASG revierte el shock al comprimir los vasos inferiores del cuerpo y reducir el tamaño de contención del cuerpo, de modo que la

sangre que circula se dirige principalmente a los órganos principales: el corazón, los pulmones y el cerebro (Pileggi et al., 2015).

Este dispositivo no es un tratamiento definitivo: aún queda por determinar la causa del sangrado de la mujer y administrar un tratamiento definitivo. Puede quedar colocado durante cualquier procedimiento vaginal; y se puede abrir el segmento abdominal para una cirugía. Se retira solo después de haber tratado la causa del sangrado, cuando la mujer ha permanecido hemodinámicamente estable por al menos 2 horas, y cuando la pérdida de sangre es inferior a 50 ml/hora (Durmaz y Komurcu, 2018).

En pacientes hemodinámicamente estables, tras el fallo de técnicas menos invasivas, se puede utilizar la embolización arterial. Su tasa de éxito es de 89%, ameritando re- embolización o histerectomía en los casos fallidos. Su uso es beneficioso dado que preserva la fertilidad en más de 57% de los casos y se reportan menos de 5% de complicaciones. En pacientes hemodinámicamente inestables, el reemplazo de componentes sanguíneos es más importante que la infusión de cristaloides. No obstante, ante la sospecha de shock hipovolémico se indica la infusión rápida con líquidos tibios. Como primera opción lactato de Ringer, de lo contrario solución salina al 0.9%, a 30cc/kg (Tanaka et al., 2017).

La transfusión sanguínea se indica tras ausencia de mejoría posterior a la administración de 2 a 3 L de solución isotónica, la pérdida sanguínea estimada es mayor a 1500 mL o si es probable que el sangrado continúe. El reemplazo de plasma es vital para revertir coagulopatía por dilución; si los resultados de laboratorios no se encuentran disponibles y el sangrado persiste se sugiere la infusión de concentrado de glóbulos rojos y plasma fresco congelado en una proporción 1:1 hasta que se cuente con las pruebas (Corte et al., 2018).

En pacientes coagulopáticos con hipofibrinogenemia (entre 50 a 100mg/dl) la administración de crioprecipitados está indicado puesto que el plasma fresco congelado por sí solo no aumentará los niveles de fibrinógeno sin requerir volúmenes excesivos de infusión. El objetivo de la resucitación es estabilizar al paciente al punto en donde la cirugía y anestesia general puedan ser tolerados. La histerectomía de emergencia se debe evitar en pacientes con diátesis hemorrágica dado que propicia el detrimento del estado materno. Sin embargo, no se debe retrasar si se considera la única medida para prevenir la muerte. La meta de la hemoterapia consiste en alcanzar niveles de hemoglobina  $>7.5\text{g/dl}$ , recuento plaquetario  $>50,000/\text{mm}^3$ , fibrinógeno  $>300\text{mg/dl}$  y tiempo de protrombina y tiempo de tromboplastina parcial activado  $<1.5$  veces el valor control (Feduniw et al., 2020).

En el caso del manejo quirúrgico, se indica laparotomía exploratoria tras el fallo de técnicas mínimamente invasivas para la contención del sangrado. En primera instancia se realiza ligadura vascular con el objetivo de disminuir la presión de pulso del flujo sanguíneo uterino. Su tasa de éxito como tratamiento de segunda línea ronda el 92%. También es posible realizar suturas compresivas, siendo su efectividad como tratamiento a hemorragia que no responde a otras medidas es de 60 a 75%. A pesar de las múltiples medidas, la histerectomía se considera el tratamiento definitivo. Su uso se reserva para HPP no controlable dado que se asocia a esterilidad permanente y aumento en la morbilidad materna por complicaciones quirúrgicas potenciales (Ferreira et al., 2019).

La medida preventiva más efectiva corresponde al manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto. Para ello se realizan tres intervenciones: administración de un medicamento uterotónico tras la salida del hombro anterior, masaje uterino, y tracción manual del cordón umbilical. Esta última se realiza de manera segura mediante la maniobra de Brandt-Andrews, que consiste en la tracción firme del cordón umbilical y contrapresión suprapúbica con la otra mano. Dichas medidas

reducen el riesgo de HPP en un 60%, disminuyendo así los casos de anemia posparto y necesidad de transfusión (Columbie et al., 2019).

El uso profiláctico del uterotónico, oxitocina, por infusión intravenosa en bolo o inyección intramuscular de 10U, sigue siendo la medida más efectiva y con menores efectos adversos sobre otros fármacos. En caso de no poseer oxitocina, se puede utilizar misoprostol 800mcg vía rectal o metilergometrina 0.2mg IM. Sin embargo, esta última se encuentra contraindicada en pacientes con hipertensión arterial, incluido pre-eclampsia, eclampsia y cardiopatías. Además, no se ha demostrado que el uso de oxitocina en combinación a otro uterotónico sea más efectivo que la oxitocina sola como profilaxis de HPP. Las estrategias principales para la prevención de la progresión de HPP deben incluir el manejo adecuado de la labor de parto, el uso conservador de uterotónicos y la restricción del uso de parto operatorio y quirúrgico (De Siqueira et al., 2019).

La hemorragia que requiere transfusión sanguínea se considera la primera causa de morbilidad materna grave. Una resucitación primaria inefectiva con hipoperfusión pone a la paciente en riesgo de desarrollar complicaciones como la acidosis láctica y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Otras secuelas secundarias incluyen: síndrome de distrés respiratorio del adulto, shock hipovolémico, coagulación intravascular diseminada, falla renal aguda y pérdida de fertilidad (Romero et al., 2017). Asimismo, se ha reportado riesgo aumentado para: histerectomía periparto, evento tromboembólico (trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, infarto al miocardio, ictus), síndrome de Sheehan, síndrome compartimental abdominal, síndrome de Asherman, anemia grave posparto, trastorno de estrés postraumático (Romero et al., 2017).

En el Salvador, González (2017), en un estudio de perfil epidemiológico y clínico de las pacientes con hemorragia posparto. Se identificó que la mayor

proporción de casos de hemorragia post parto, se dio en mujeres jóvenes, entre 18-23 años (58%), así mismo, las mujeres primíparas tuvieron la mayor frecuencia de esta entidad, 78% correspondiente a 39 casos; el sobrepeso y la obesidad se presentó en la mayoría de las pacientes con hemorragia post parto (88% de los casos) y los trastornos hipertensivos del embarazo, fueron la condición asociada con mayor frecuencia a estas pacientes.

En Colombia, Guardo (2020), en un estudio de factores de riesgo asociados a hemorragia postparto por atonía uterina. La población estudiada tuvo edad promedio de 26,8 años; 67,0% tuvo atención en sala de parto. Las comorbilidades se presentaron en 9,9% con predominio de anemia en 37,4% e hipertensión con 8,8%. Se encontró antecedente de HPP en 16,5%. La presencia de HPP por atonía uterina se relacionó de forma significativa con: edad mayor a 35 años, presencia de anemia, dos o más cesáreas previas y tres o más partos vaginales previos. En ese sentido, se concluyó que los factores de riesgo más relevantes fueron la edad mayor a 35 años y la anemia.

En Honduras, Bustillo (2018), caracterizaron a las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana. En relación a los grupos de edades se encontró una edad media: 25, las amas de casa presentaron mayor incidencia de hemorragia post parto en un total de 47,7%; 41% (n=18) fueron nulíparas, la vía del parto en 84% (n=37) fue vaginal y el 16% (n=7) vía cesárea, el diagnóstico de desgarro se realizó en 50%, las complicaciones presentadas fueron en 68% hipotonía uterina, 50% algún tipo de desgarro, 27% retención placentaria, 9% restos ovulares, 7% parto precipitado y 2% ruptura uterina.

En Venezuela, la información que se encuentra en la literatura referente al tema planteado, es escaso, no habiendo trabajos publicados actualizados sobre el mismo. En ese sentido, ante nuestra estancia universitaria por el servicio de Ginecología y

Obstetricia y con base a lo antes mencionado, se consideró de gran interés desarrollar el presente estudio con el fin de evaluar las características clínicas y epidemiológicas de la hemorragia postparto en pacientes que fueron atendidas en sala de partos del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de julio a octubre de 2023. Es por ello que se plantean las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuáles serán las características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las pacientes?
2. ¿Los factores de riesgo para desarrollo de hemorragia postparto serán los mismos reportados en la literatura?
3. ¿Qué causa es la que prevalece en cuanto a las hemorragias postparto?
4. ¿Cuál será la frecuencia de complicaciones de la hemorragia postparto?



## JUSTIFICACIÓN

A pesar que la maternidad constituye una de las prioridades de salud a nivel mundial en muchos casos el resultado obtenido no es el esperado, puesto que se presentan complicaciones obstétricas que ponen en riesgo la vida del binomio, una de ellas corresponde a la HPP, la que se encuentra entre las tres primeras causas. Son diversos los factores que se asocian a la hemorragia obstétrica; la atonía uterina, los traumatismos, la retención de restos placentarios y las coagulopatías figuran entre las principales causas. De la identificación etiológica temprana y oportuna dependerá, por mucho, el resultado satisfactorio para la salud materno-fetal (González, 2017).

La HPP, posee altas tasas de incidencia en países en vías de desarrollo, siendo Venezuela un escenario importante para esta patología. A nivel local, existe la necesidad de ampliar la descripción del comportamiento de la hemorragia posparto, y es través de estudios descriptivos que especialmente se puede documentar como se coordinan las acciones de los equipos de respuesta inmediata para dar atención a esta entidad y disminuir con ello las complicaciones.

A pesar de que en la actualidad existe mucha información a nivel internacional sobre la hemorragia postparto, en nuestro medio es limitada, por lo tanto, el presente estudio intenta revisar los puntos relevantes sobre el tema, conocer la magnitud del problema y dar continuidad a futuras investigaciones realizadas en el país con el fin de aportar datos estadísticos actualizados que permitan generar protocolos de atención seguros y así mismo, evitar la menor cantidad de complicaciones posibles.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Determinar las características clínicas y epidemiológicas de la hemorragia postparto en pacientes que fueron atendidas en la sala de partos del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de julio a octubre de 2023.

### **Objetivos específicos**

1. Clasificar a las pacientes según sus características sociodemográficas (edad, grado de instrucción, ocupación y estado civil).
2. Indicar en las pacientes sus antecedentes gineco-obstétricos (gestas, paras, cesáreas, abortos y control durante el embarazo).
3. Señalar los factores de riesgo para desarrollo de hemorragia postparto.
4. Determinar las causas de hemorragia postparto.
5. Enumerar las complicaciones de hemorragia postparto.

## **PACIENTES Y MÉTODOS**

### **Tipo de estudio**

Este estudio fue de tipo descriptivo.

### **Diseño**

Este estudio fue de diseño de campo, cohorte transversal, no experimental.

### **Universo**

Conformado por 1.462 pacientes en postparto atendidas en sala de partos del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de julio a octubre de 2023.

### **Población**

Estuvo constituida por 84 mujeres en puerperio inmediato atendidas en sala de partos del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de julio a octubre de 2023.

### **Muestra**

Conformada por 84 puérperas con diagnóstico de hemorragia postparto atendidas en sala de partos del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de julio a octubre de 2023, y que expresaron por escrito su participación voluntaria en la presente investigación,

cumpliendo con los criterios de inclusión y que no tenían ningún criterio de exclusión.

### **Criterios de inclusión**

- Puérperas con diagnóstico de hemorragia postparto.
- Puérperas que desearon participar en el estudio.

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes que no deseen participar en el estudio

### **Procedimientos**

Se elaboró una carta dirigida al jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”, a fin de solicitar la autorización y colaboración para la realización del trabajo de investigación (Apéndice A). Posteriormente, se procedió a entregar a las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, un consentimiento informado en el cual firmaron aceptando su participación voluntaria en el estudio (Apéndice B).

Por último, se realizó un instrumento elaborado por las investigadoras, mediante entrevista a las pacientes, que permitió registrar datos como: edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil, gestas, paras, cesáreas, abortos, control durante el embarazo, factores de riesgo para desarrollo de hemorragia postparto, causas y complicaciones. Los datos fueron vaciados en una ficha diseñada para tal fin (Apéndice C). Para el IMC, se tomaron los valores de referencia de la OMS, los cuales establecen lo siguiente:

- Bajo peso (<18,5)
- Peso normal (18,5 – 24,9)
- Sobrepeso (25-29,9)
- Obesidad grado I (30-34,5)
- Obesidad grado II (35-39,9)
- Obesidad grado III ( $\geq 40$ )

En cuanto al síndrome hipertensivo del embarazo, incluye: hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia e hipertensión crónica y se caracterizan por un aumento de la presión arterial y alteraciones multiorgánicas que van de leves a graves.

### **Análisis Estadístico**

Los resultados fueron presentados mediante tablas de distribución de frecuencias y utilizando valores absolutos; realizados con el programa Microsoft Excel® 2010 para la elaboración de la base de datos y el paquete estadístico IBM SPSS Windows versión 23 para el análisis de los mismos. Se hizo uso del porcentaje como medida de resumen.

## RESULTADOS

De la muestra conformada por 84 pacientes, 48,8% (n=41) tuvieron edades comprendidas entre 20-29 años, seguidas de aquellas que tuvieron menos de 20 años, donde se encontró al 33,3% (n=28) de la muestra. En cuanto al grado de instrucción, 48,8% (n=41) eran bachilleres, seguido de 19,0% (n=16) que tenían estudios de primaria y secundaria, respectivamente. Tomando en cuenta el estado civil; 59,5% (n=50) vivían en concubinato, seguido de 23,8% (n=20) que eran solteras. Por otro lado, 86,9% (n=73) son amas de casa, seguidas de 6,0% (n=5) que son estudiantes (Tabla 1).

Con respecto a los antecedentes gineco-obstétricos; 46,4% (n=39) de las pacientes no ha tenido gestas, seguidas de 45,2% (n=38) con I-II gestas. Tomando en cuenta las paras; 56,0% (n=47) no ha tenido, seguidas de 33,3% (n=28) con I-II paras. Relativo al antecedente de cesárea; 88,1% (n=74) no las presentaron, seguidas de 9,5% (n=8) con una cesárea anterior. En relación a los abortos, 91,7% (n=77) no ha tenido antecedentes, seguido de 4,8% (n=4) que ha presentado 1 y, en referencia al control durante el embarazo, se observó que en 92,9% (n=78) de las pacientes, tuvo un embarazo no controlado (Tabla 2).

Con respecto a los factores de riesgo, el síndrome hipertensivo del embarazo fue el predominante con 41,7% (n=35), seguido de la ruptura prematura de membranas con 26,2% (n=22) (Tabla 3). Relativo a la causa de la hemorragia postparto, se encontró el desgarro de cuello uterino en 64,3% (n=54), seguido de hipotonía uterina en 27,4% (n=23) (Tabla 4). Por último, se encontraron complicaciones en 38,0% (n=32) de las pacientes, siendo las más frecuentes: anemia leve en 75,0% (n=30) y muerte materna en 5,0% (n=2) (Tabla5).

**Tabla 1**

**Distribución de las pacientes según características sociodemográficas. Sala de partos. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Julio - octubre 2023.**

<b>Características Sociodemográficas</b>	<b>Pacientes</b>
	<b>(n=84; 100,0%)</b>
	<b>n (%)</b>
<b>Edad (años)</b>	
<20	28 (33,3)
20-29	41 (48,8)
30-39	12 (14,3)
≥40	3 (3,6)
<b>Grado de instrucción</b>	
Analfabeta	1 (1,2)
Primaria	16 (19,0)
Secundaria	16 (19,0)
Bachiller	41 (48,8)
Universitario	10 (11,9)
<b>Estado civil</b>	
Soltera	20 (23,8)
Concubinato	50 (59,5)
Casada	13 (15,5)
Viuda	1 (1,2)
<b>Ocupación</b>	
Ama de casa	73 (86,9)
Estudiante	5 (6,0)
Docente	2 (2,4)
Cocinera	1 (1,2)
Contadora	1 (1,2)
Costurera	1 (1,2)
Obrera	1 (1,2)

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado por las investigadoras, Julio-octubre 2023.

Tabla 2

**Distribución de las pacientes según antecedentes gineco-obstétricos. Sala de partos. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. julio- octubre 2023.**

Antecedentes gineco-obstétricos	Pacientes (n=84; 100,0%) n (%)
<b>Número de gestas</b>	
0	39 (46,4)
I-III	38 (45,2)
IV-VI	5 (6,0)
VII-IX	1 (1,2)
>X	1 (1,2)
<b>Número de paras</b>	
0	47 (56,0)
I-II	28 (33,3)
III-IV	6 (7,1)
V-VI	1 (1,2)
VII-VIII	2 (2,4)
<b>Cesáreas</b>	
0	74 (88,1)
I	8 (9,5)
II	1 (1,2)
III	1 (1,2)
<b>Abortos</b>	
0	77 (91,7)
I	4 (4,8)
II	1 (1,2)
III	2 (2,4)
<b>Control durante embarazo</b>	
≥7	6 (7,1)
<7	78 (92,9)

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado por las investigadoras,  
Julio-octubre 2023.



**Tabla 3**

**Distribución de las pacientes según factores de riesgo. Sala de partos.  
Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado  
Bolívar. julio - octubre 2023.**

Factor de riesgo	Pacientes (n=84; 100,0%)
	n (%)
Síndrome hipertensivo del embarazo	35 (41,7)
Ruptura prematura de membrana	22 (26,2)
Sobrepeso	16 (19,0)
Obesidad	8 (9,5)
Condilomatosis vulvar	1 (1,2)
Oligohidramnios	1 (1,2)
Placenta previa	1 (1,2)

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado por las investigadoras,  
Julio-octubre 2023.

**Tabla 4**

**Distribución de las pacientes según la causa de la hemorragia postparto.  
Sala de partos. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad  
Bolívar, estado Bolívar. julio - octubre 2023.**

<b>Causas de la hemorragia postparto</b>	<b>Pacientes</b>
	<b><u>(n=84; 100,0%)</u></b> <b>n (%)</b>
Desgarro de cuello uterino	54 (64,3)
Hipotonía uterina	23 (27,4)
Desgarro de canal vaginal	4 (4,8)
Retención de restos ovulares	2 (2,4)
Atonía uterina	1 (1,2)

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado por las investigadoras,

Julio-octubre 2023.

**Tabla 5**

**Distribución de las pacientes según complicaciones de la hemorragia postparto. Sala de partos. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. julio - octubre 2023.**

<b>Complicaciones</b>	<b>Pacientes</b>
	<b>(n=84; 100,0%)</b>
	<b>n (%)</b>
<b>Presencia de complicaciones</b>	
Si	32 (38,0)
No	52 (61,9)
<b>Complicaciones</b>	
Anemia leve	30 (75,0)
Muerte materna	2 (5,0)

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado por las investigadoras,  
Julio-octubre 2023.

## DISCUSIÓN

La hemorragia posparto es la primera causa de mortalidad materna a nivel mundial seguida por los trastornos hipertensivos asociados al embarazo y la muerte materna por causa infecciosa. Dentro de las pacientes que presentan este cuadro, casi en 50% ha sido imposible identificar la presencia de algún factor de riesgo. Sin embargo; de acuerdo a lo señalado por estudios y metaanálisis, existen factores que podrían predecir desenlaces adversos en la atención materna, como lo son la edad materna, historia reproductiva de la mujer y patologías concomitantes (Hernández y Núñez, 2023).

En el presente estudio, la mayoría de las pacientes tenía entre 20-29 años. Resultados similares a los reportados en Colombia, por Ramírez et al. (2017), en un estudio de prevalencia y perfil epidemiológico de puérperas con hemorragia postparto, donde el grupo etario mayoritario tuvo de 20 a 29 años en 47,4%. Asimismo, en Colombia, Hernández y Núñez (2023), en un estudio de caracterización de pacientes con hemorragia posparto, la media de edad fue 24,4 años. Por su parte, autores como Arcia et al. (2017) en Cuba, Cerda y Sañaicela (2019) en Ecuador y Sánchez (2022) en Perú, encontraron que las pacientes tenían entre 20-34 años en 38%; 72% y 59,3% respectivamente. en cambio, en Nicaragua, Cubillo y Zúniga (2021), en un estudio de factores de riesgo asociados a hemorragia posparto en mujeres, predominó el rango de 15 a 19 años con 74,7%.

Al respecto a esto, Arcia et al. (2017), señalan que estos grupos etarios también se relacionan con un incremento en las complicaciones durante el embarazo, particularmente con desórdenes hipertensivos y con diabetes mellitus, que a su vez provocan los consiguientes efectos negativos sobre el embarazo. De igual manera, Hernández y Núñez (2023), precisaron que los extremos de edad en el contexto de la

paciente obstétrica (adolescentes – mayores de 35 años) son factores de riesgo para cursar con 1 o más desenlaces adversos durante el periodo gestacional y el puerperio.

Siguiendo otras variables sociodemográficas, se encontró que las pacientes de este estudio eran bachilleres, vivían en concubinato y eran amas de casa. En referencia a la escolaridad, Hernández y Núñez (2023), establecieron que, de la muestra total de pacientes, la mayoría alcanzó únicamente el bachillerato como el máximo nivel educativo (47,5%). En cambio, Cubillo y Zúniga (2021) y Sánchez (2022), encontraron que 74,6% y 57,1% de las pacientes tenía instrucción secundaria. Por su parte, para Cerda y Sañaicela (2019) y Rivera (2023), el grado de instrucción primaria fue prevalente en 38,5% y 41% respectivamente.

Con respecto al estado civil, los resultados de Bula et al. (2017) y Ramírez et al. (2017), fueron concordantes con este trabajo, debido a que encontraron que la mayoría vivía en concubinato en 54% y 62,9% respectivamente. Por el contrario, para Cerda y Sañaicela (2019), Cubillo y Zúniga (2021) y Rivera (2023), las pacientes estaban casadas en 50%; 83,8% y 43,1% respectivamente. Relativo a la ocupación, hubo concordancia con Sánchez (2022) y Rivera (2023), quienes establecieron que las pacientes de sus diferentes estudios eran amas de casa en 73,9% y 52,3% respectivamente. En cambio, según Cubillo y Zúniga (2021), 97% eran estudiantes y solo 3% amas de casa.

En relación a los antecedentes gineco-obstétricos, en su mayoría, las pacientes no han tenido gestas, paras, cesáreas, ni abortos. En lo que respecta a las gestas, en Nicaragua, Cubillo y Zúniga (2021), precieron que 91% de las pacientes eran primigestas. Sin embargo, es de resaltar que el estudio abarcó, en su mayoría, una población de pacientes menor de 20 años de edad. En cambio, el resto de autores coincidieron en que las pacientes multíparas son más frecuentes, lo cual coincide con la literatura donde se señala la necesidad de vigilancia con las pacientes multíparas,

por el riesgo aumentado de hemorragias durante el tercer período del parto (Cabezas, 2009; Breathnach y Geary, 2009).

Coinciden con esto los estudios de Hernández y Núñez (2023), donde la mayoría había tenido al menos dos gestaciones, Bula et al., (2017), con 66% de pacientes multíparas, Rivera (2023), con 26,9% de pacientes con embarazo múltiple, Sánchez (2022) con 63,1% multíparas y Cerda y Sañaicela (2019) con 62,4% de multíparas.

En cuanto a las paras, se encontraron resultados concordantes con Ortiz et al. (2019), en España, en un estudio de incidencia y factores de riesgo en la hemorragia postparto precoz, donde hubo una prevalencia de 0,54 partos vaginales previos. Por su parte, Ramírez et al. (2017), encontraron una asociación estadísticamente significativa entre HPP y la paridad ( $<0,005$ ). En relación a los abortos, Ortiz et al. (2019), en una muestra de 2.938 pacientes la prevalencia de aborto fue  $0,43 \pm 0,79$ . No obstante, a pesar de la ausencia de este dato en los estudios consultados, según la literatura, Ordeñana (2016), establece que el antecedente de aborto en una mujer gestante es un factor que predispone a implantaciones anómalas de la placenta como placenta acreta o percreta que desencadena hemorragia post parto inmediato, por lo que la atención de esta debe ser especializada.

En este trabajo, la mayoría de las pacientes no estuvieron controladas durante el embarazo. Siendo estos resultados concordantes con Sánchez (2022), donde 67,8% eran pacientes no controladas. En ese sentido las gestantes no controladas tienen 4,1 veces más probabilidad de desarrollar hemorragia posparto.

Los principales factores de riesgo para hemorragia postparto síndrome hipertensivo del embarazo y ruptura prematura de membrana. Resultados discordantes con la mayoría de los autores citados, los cuales reportaron factores de

riesgo diferentes y variables según cada investigador. En el estudio de Bula et al. (2017) y Ramírez et al. (2017) los factores de riesgo para la HPP fueron la multiparidad y la atonía uterina. Según Cubillo y Zúniga (2021), dentro de los factores de riesgo encontraron: 15,1% desgarros de cérvix, vaginales y del periné, 13,1% macrosomía fetal, 10,1% uso de misoprostol, 8,1% atonía uterina, y retención placentaria 4,1%.

Según Asturizaga y Toledo (2014), fueron la falta de acceso de parto asistido por personal capacitado y la práctica inadecuada o limitada del manejo activo del alumbramiento. Según Ortiz et al. (2019), fueron la inducción del parto, el parto instrumentado, los partos vaginales previos y las cesáreas previas y, para Rivera et al. (2020), fueron la obesidad materna, paridad alta, raza asiática o hispana, técnicas de reproducción asistida, anemia, agentes farmacológicos (p. ej. relajantes uterinos, anticoagulantes, antidepresivos) y control prenatal inadecuado.

Columbié et al. (2019), en su estudio de factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato, el uso de oxitocina para la conducción del trabajo de parto (84,7%) y la sobre-distensión uterina (44,7%), generaron atonía uterina (35,2%) y lesiones del canal blando (35,2%), consideradas como las etiologías más frecuentes. Otros factores menos frecuentes encontrados por estos autores fueron: multiparidad, antecedente de hemorragia en gestaciones anteriores, parto prolongado, y parto instrumentado. Según Lugo (2014), demostrando que el trabajo de parto prolongado es un factor de riesgo para la hemorragia puerperal inmediata, dado por el agotamiento de la fibra muscular uterina que trae como consecuencia una atonía uterina. Finalmente, en un estudio realizado en Colombia, por Hernández y Núñez (2023), no se logró identificar ningún factor que predispusiera a tener el cuadro de HPP.

El desgarro de cuello uterino fue la causa más frecuente de hemorragia postparto. En Colombia, Castiblanco et al. (2022) realizaron una revisión en la literatura sobre las HPP, determinando que, las alteraciones del tono se desarrollan con mayor frecuencia en 70%, siendo característica la atonía uterina presentándose en 60%-85% de las mujeres, seguida de la hipotonía uterina con 82%. Por su parte, el trauma es la segunda causa de HPP e involucra lesiones del tracto genital como los desgarros y la episiotomía presentándose entre 19% y 35% de los casos. De igual manera, Columbié et al. (2019) establecieron que la atonía uterina y las lesiones del canal blando fueron las causas más frecuentes de HPP en 35,2% para cada caso.

En Ecuador, Lindao y Serrano (2019) realizaron un estudio con el objetivo de identificar la incidencia de hemorragia postparto en pacientes de 25 a 45 años, encontrando que las causas fueron la atonía uterina en 27%, seguido de los restos placentarios con 20% y lesiones de cuello y vagina en 30%.

Por último, se encontró la presencia de complicaciones en menos de la mitad de las pacientes, siendo las más frecuentes anemia leve y muerte materna. En concordancia con Columbié et al. (2019), donde de una muestra total de 105 pacientes, 12 presentaron complicaciones, siendo las más frecuentes: anemia grave y shock hipovolémico. Según Rivera et al. (2020), algunas de las complicaciones primarias en la madre fueron la acidosis láctica y el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, seguido de síndrome de distrés respiratorio, shock, coagulación intravascular diseminada, falla renal aguda y pérdida de fertilidad.



## CONCLUSIONES

- De acuerdo a las características sociodemográficas, la mayoría de las pacientes tenía entre 20-29 años, eran bachilleres, vivían en concubinato y eran amas de casa.
- En relación a los antecedentes gineco-obstétricos, en su mayoría, las pacientes no han tenido gestas, paras, cesáreas, ni abortos y no estuvieron controladas durante el embarazo.
- Los principales factores de riesgo para hemorragia postparto fueron síndrome hipertensivo del embarazo y ruptura prematura de membrana.
- El desgarro de cuello uterino fue la causa más frecuente de hemorragia postparto.
- Se encontró la presencia de complicaciones en menos de la mitad de las pacientes, siendo las más frecuentes anemia leve y muerte materna.

## RECOMENDACIONES

- Fomentar la actualización y capacitación continua a los profesionales en los establecimientos de salud, priorizando temas como el abordaje inmediato de la hemorragia postparto, haciendo hincapié en uso de protocolo establecido por MPPS, SGOV y UNFPA en la práctica médica diaria.
- Cumplir los protocolos establecidos de manera oportuna para la atención de la hemorragia posparto a fin de mejorar el pronóstico y sobrevida de la paciente.
- Realizar una adecuada cuantificación de las pérdidas sanguíneas e identificación de los primeros síntomas y signos a fin de disminuir las posibles complicaciones.
- Realizar un adecuado control prenatal para detectar tempranamente los factores asociados a hemorragia postparto.
- Realizar otros estudios que permitan comparar los hallazgos de la presente investigación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arcia, R., Lorie, L., Ferrer, O. 2017. Caracterización de hemorragia postparto en maternidad del Hospital General "Dr. Agostinho Neto", Guantánamo. Rev Inf Cient. [Serie en línea] 96(4).  
Disponible:  
<https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1181/2187>. [Noviembre, 2023].
- Asturizaga, P., Toledo, L. 2014. Hemorragia Obstétrica. Rev Med La Paz. [Serie en línea] 20(2). Disponible:  
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582014000200009](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009). [Noviembre, 2023].
- Belfort, M. 2019. Overview of postpartum hemorrhage. [En línea].  
Disponible: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage/print>. [Mayo, 2023].
- Belfort, M. 2019. Postpartum hemorrhage: Management approaches requiring laparotomy. [En línea]. Disponible:  
<https://www.uptodate.com/contents/postpartum-hemorrhage-management-approaches-requiring-laparotomy>. [Mayo, 2023].
- Belfort, M. 2019. Postpartum hemorrhage: Medical and minimally invasive management. [En línea]. Disponible:  
<https://www.uptodate.com/contents/postpartum-hemorrhage-medical-and-minimally-invasive-management>. [Mayo, 2023].

- Breathnach, F., Geary, M. 2009. Uterine atony: definition, prevention, nonsurgical management, and uterine tampon de Semin. Perinatol. [Serie en línea] 33(2):82-7. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19324236/>. [Noviembre, 2023].
- Bula, J., Guzmán, M., Sánchez, A. 2017. Caracterización de los desenlaces maternos de la hemorragia posparto primaria en un hospital de montería, Colombia, 2016. Avances en Salud. [Serie en línea] 2(1). Disponible: <https://revistas.unicordoba.edu.co/index.php/avancesalud/article/view/1392/1664>. [Noviembre, 2023].
- Bustillo, A. 2020. Caracterización De Pacientes Con Diagnóstico De Hemorragia Post Parto Temprana, Servicio De Maternidad Del Hospital General San Felipe Tegucigalpa, Honduras, Durante El Año 2016. Tesis de Grado. Esc. Sal. Pub. C.I.E.S. pp 62. [En línea]. Disponible: <https://repositorio.unan.edu.ni/9790/1/t1009.pdf>. [Mayo, 2023].
- Cabezas, E. 2009. Mortalidad materna, un problema por resolver. Rev Cubana Obstet Ginecol [Serie en línea]. 35(3). Disponible: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2009000300001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000300001&lng=es). [Noviembre, 2023].
- Camacho, F., Rubio, J. 2016. Recomendaciones internacionales para el tratamiento médico de la hemorragia posparto. Rev. Fac. Med. [Serie en línea] 64(1): 87-92. Disponible: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/50780>. [Mayo, 2023].

- Castiblanco-Montañez, R., Coronado, C., M, L., Polo, T., Saavedra, A. 2022. Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. *Revista Cuidarte*. [Serie en línea] 13(1): e2075. Disponible: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/05/1369176/2075-texto-del-articulo-16564-4-10-20220513.pdf>. [Mayo, 2023].
- Cerda, M., Sañaicela, J. 2019. Estudio clínico epidemiológico de la hemorragia postparto hospital general docente Riobamba 2017-2018. Tesis de Grado. Riobamba, Ecuador. U.S.P.C. pp 76. [En línea]. Disponible: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/11864/1/94T00374.pdf>. [Noviembre, 2023].
- Columbie, T, Pérez, R, Cordero, Y. 2019. Factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato: Hospital Juan Bruno Zayas. *Rev. méd. sinerg*. [Serie en línea] 4(10): e269. Disponible: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/269>. [Mayo, 2023].
- Columbié. T., Pérez, R., Cordero, Y. 2019. Factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato: Hospital Juan Bruno Zayas. *Rev Med Sinergia*. [Serie en línea] 4(10). Disponible: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/269/622>. [Noviembre, 2023].
- Corte, L, Saccone, G, Locci, M, Carbone, L, Raffone, A, Giampaolino, P et al. 2018. Tranexamic acid for treatment of primary postpartum hemorrhage after vaginal delivery: a systematic review and

meta- analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. [Serie en línea] 33(5):869-874. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30122082/>. [Mayo, 2023].

Crespo, D., Mendieta, L. 2019. Contexto de las hemorragias, en el puerperio inmediato. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. [Serie en línea] 17(3): 5-9 Disponible: <https://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/1566>. [Mayo, 2023].

Cubillo, M., Zúniga, E. 2021. Factores de riesgo asociados a Hemorragia posparto en mujeres menores de 20 años, atendidas en el hospital Bertha Calderón Roque,

Managua, agosto y octubre del año 2019. Tesis de Grado. Managua, Nicaragua. U.N.A.N. pp 84. [En línea]. Disponible: <https://repositorio.unan.edu.ni/14905/3/14905.pdf>. [Noviembre, 2023].

De Siqueira, T, Fernandes, W, Biazzi, S, Malagutti, F, Moraes, A, de Siqueira, F. 2019. Medicamentos uterotônicos utilizados em hemorragia puerperal. *Braz. J. He. Rev.* [Serie en línea] 2(6):6112-6123. Disponible: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732022000100009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732022000100009). [Mayo, 2023].

Durmaz, A, Komurcu, N. 2018. Relationship between maternal characteristics and postpartum hemorrhage: A meta-analysis study. *The journal of*

Nursing Research. [Serie en línea] 26(5):362-372.  
Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29219937/>.  
[Mayo, 2023].

Ekin, A., Gezer, C., Solmaz, U., Taner, C., Dogan, A., Ozeren, M. 2015. Predictors of severity in primary postpartum hemorrhage. Archives of Gynecology and Obstetrics [Serie en línea] 292(6):1247-1254. <https://doi.org/10.1007/s00404-015-3771-5>. [Mayo, 2023].

Escobar, M, Velásquez, J, Holguín, A, Sánchez, J, Messa, A, Carvajal, J., et al. 2019. Experiencia de un centro colombiano en el tratamiento endovascular de la hemorragia posparto que amenaza la vida. Biomédica. Colombia: Instituto Nacional de Salud. [Serie en línea] 39(2). Disponible: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3837>. [Mayo, 2023].

Escobar, M, Suso, J, Hincapié, M, Echevarría, M, Fernández, P, Carvajal, J. 2019. Experience of combined use of a Bakri uterine balloon and a non-pneumatic anti- shock garment in a university hospital in Colombia. Int J Gynecol Obstet. [Serie en línea] 146:244-249. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31131884/>. [Mayo, 2023].

Evensen, A., Anderson, J., Fontaine, P. 2017. Postpartum Hemorrhage: Prevention and Treatment. Am Fam Physician. [Serie en línea] 95(7):442-449. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28409600>. [Mayo, 2023].

- Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO). 2019. Actualización de consenso de obstetricia: hemorragia postparto. [En línea]. Disponible: [http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso\\_2019\\_Hemorragia\\_Post\\_Partido.pdf](http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_2019_Hemorragia_Post_Partido.pdf). [Mayo, 2023].
- Feduniw, S, Warzecha, D, Szymusik, I, Wielgos, M. 2020. Epidemiology, prevention and management of early postpartum hemorrhage- a systematic review. *Via medica*. [Serie en línea] 91(1):38-44. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32039467/>. [Mayo, 2023].
- Ferreira, F, Mendonça, G, Bertoli, V. 2019. Embolização de artéria uterina para hemorragia pós parto: uma revisão de literatura. *FEMINA*. [Serie en línea] 47(3):175-180. Disponible: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046507/femina-2019-473-175-180.pdf>. [Mayo, 2023].
- González, L. 2017. Perfil clínico y epidemiológico de las pacientes que han presentado hemorragia post parto en el Centro Obstétrico del Hospital Nacional de la Mujer. Tesis de Grado. Fac. Med. El Salvador. U.S. pp 24. [En línea]. Disponible: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1177871/478-11105790.pdf>. [Mayo, 2023].
- Guardo, R. 2020. Factores de riesgo asociados a hemorragia postparto por atonía uterina en pacientes de la clínica maternidad Rafael Calvo de la ciudad de Cartagena. Tesis de Grado. Fac. Med. Cartagena, Colombia. U.C. pp 36. [En línea]. Disponible: <https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/1>



1295/INFORME%20FINAL%20RICHARD%20GUARDO%20pdf.pdf?sequence=1.  
[Mayo, 2023].

Hernández, C., Núñez, M. 2023. Caracterización de las Pacientes con Hemorragia Posparto en el Centro Policlínico del Olaya entre 2015 – 2020. Tesis de Posgrado. Bogotá, Colombia.U.R. pp 53. [En línea]. Disponible:  
<https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/dee330d8-f6ad-4550-b6e6-2d9bda98b7fb/content>. [Noviembre, 2023].

Lindao, J. y Serrano, K. 2019. Incidencia en hemorragia post-parto en pacientes de 25 – 45 años atendidas en la sala de hospitalización de un Hospital General de la ciudad de Guayaquil. Tesis de Grado. Fac. Cs. Médicas. Carrera Enfermería. Guayaquil, Ecuador. U.C.S.G. pp 66. [En línea]. Disponible:  
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12462/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-514.pdf>. [Junio, 2024].

Lockhart, E. 2015. Postpartum hemorrhage: a continuing challenge. Hematology. [Serie en línea] (1):132-137. Disponible:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26637712/>. [Mayo, 2023].

López, L, Ruiz, D, Zambrano, C, Rubio, J. 2017. Incidencia de hemorragia posparto con base en el uso terapéutico de uterotónicos. Resultados maternos en un hospital de mediana complejidad de Bogotá, Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol. [Serie en línea] 68(3):218-227. Disponible:

<https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/2916>.  
[Mayo, 2023].

Lugo, A. 2014. Caracterización de las pacientes con hemorragia uterina puerperal en las que se utilizó misoprostol. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* [Serie en línea] 40(2). Disponible: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2014000200002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200002). [Noviembre, 2023].

Maestre, J., Pedraja, J., Herrero, L., Cano, M., Rojo, E., Suárez, C., et al. 2018. Simulación clínica para la mejora de la calidad en la atención a la hemorragia posparto. *J. healthc. qual. res.* [Serie en línea] 33(2):88-95. Disponible: <https://medes.com/publication/136615>. [Mayo, 2023].

Ngwenya, S. 2016. Postpartum hemorrhage: incidence, risk factors, and outcomes in a low- resource setting. *International Journal of Women's Health.* [Serie en línea] 8:647-650. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27843354/>. [Mayo, 2023].

Ordeñana, C. 2016. Factores De Riesgo Asociados A Hemorragia Post Parto Inmediato, En Pacientes Del Servicio De Labor Y Parto, Hospital Escuela César Amador Molina, Matagalpa Nicaragua, Segundo Semestre 2015. Tesis de Grado. Matagalpa, Nicaragua. U.N.A.N. pp 62. [En línea]. Disponible: <https://repositorio.unan.edu.ni/7816/1/t918.pdf>. [Noviembre, 2023].

- Ortiz, M., López, M., Sánchez, A., Gil, F., Aguilar, V. 2019. Incidencia y factores de riesgo en la hemorragia postparto precoz. *Apunt Cienc.* [Serie en línea] 9(1). Disponible: <http://apuntes.hgu.cr.es/files/2019/04/ARTICULO-ORIGINAL-1.pdf>. [Noviembre, 2023].
- Pileggi, C, Nogueira, V, Tunçalp, Ö, Taiwo, O, Vogel, J, Souza, J. 2015. Non-pneumatic anti-shock garment for improving maternal survival following severe postpartum haemorrhage: a systematic review. *Reproductive Health.* [Serie en línea] 12(28):2-13. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25889868/>. [Mayo, 2023].
- Ramírez, B., Castro, K., Carhuayo, S. 2017. Prevalencia y perfil epidemiológico de púerperas con hemorragia postparto. Ayacucho 2000-2015. *Rev Col Salud Libre.* [Serie en línea] 12(1). Disponible: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/rcslibre/article/view/1411/1048>. [Noviembre, 2023].
- Rivera, N. 2023. Perfil epidemiológico de la hemorragia postparto en el puerperio inmediato en mujeres atendidas en el hospital regional Daniel Alcides Carrión, julio - diciembre 2019. Tesis de Posgrado. Lima, Perú. U.S.M.P. pp 57. [En línea]. Disponible: [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/11977/rivera\\_vnd.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/11977/rivera_vnd.pdf?sequence=1&isAllowed=y). [Noviembre, 2023].
- Rivera, S., Chacón, C., González, A. 2020. Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. *Rev Med Sinergia.* [Serie en línea] 5(6). Disponible:

<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/512/873>. [Noviembre, 2023].

Rojas, L., Rojas, L., Villagómez, M., Rojas, A., Rojas, A. 2019. Hemorragia posparto: nuevas evidencias. *La Ciencia al Servicio de la Salud*. [Serie en línea] 10(1): 98-108. Disponible: <http://revistas.esPOCH.edu.ec/index.php/cssn/article/view/182>. [Mayo, 2023].

Romero, J, Guzmán, M, Sánchez, A. 2017. Caracterización de los desenlaces maternos de la hemorragia postparto primaria en un Hospital de Montería, Colombia, 2016. *Revista avances en salud*. [Serie en línea] 2:(1):26-38. Disponible: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/6djtv>. [Mayo, 2023].

Sánchez, M., López, M., Sánchez, A., Gil, F., Aguilar, V. 2019. Incidencia y factores de riesgo en la hemorragia postparto precoz. *Apunt. Cienc.* [Serie en línea] 9(1): 18-25. Disponible: <http://apuntes.hgucr.es/2019/04/26/incidencia-y-factores-de-riesgo-en-la-hemorragia-postparto-precoz/>. [Mayo, 2023].

Sánchez, E. 2022. Factores asociados a la hemorragia postparto en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2020. *Fac. Cs. Salud. Lima, Perú. U.N.W.* pp 60. [En línea]. Disponible: [https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/9202/T061\\_464137\\_75\\_S.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/9202/T061_464137_75_S.pdf?sequence=5&isAllowed=y). [Noviembre, 2023].

Shields, L., Goffman, D., Caughey, A. 2017. Practice bulletin. Postpartum Hemorrhage. ACOG. [Serie en línea] 130(4): 169-186. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28937571/>. [Mayo, 2023].

Tanaka, H, Matsunaga, S, Yamashita, T, Okutomi, T, Sakurai, A, Sekizawa, A, et al. 2017. A systematic review of massive transfusion protocol in obstetrics. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology. 2017; 715-718. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29241907/>. [Mayo, 2023].

## **APÉNDICES**

## Apéndice A



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
 NÚCLEO BOLÍVAR  
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 “Dr. Francisco Battistini Casalta”  
 DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Ciudad Bolívar, / / .

Dr. Antonio Russo  
 Jefe de Departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario  
 Universitario “Ruiz y Páez”

Sirva la presente para saludarle a la vez que deseamos solicitarle con el debido respeto, toda la colaboración que pueda brindarnos para la elaboración de la investigación que lleva por título **CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGICA DE LAS HEMORRAGIAS POSTPARTO. SERVICIO DE SALA DE PARTOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR –**

ESTADO BOLÍVAR. JULIO – OCTUBRE 2023. Que será presentada a posteriori como trabajo de grado, siendo un requisito parcial para optar por el título de Médico Cirujano. En el mencionado trabajo de investigación contare con la asesoría de la Dra. Neobis Morales. Esperando recibir de usted una respuesta satisfactoria que nos aproxime a la realización de esta tarea.

Atentamente.

---

Br. Mariana Herrero      Br. Yesika Reyes 12vo semestre de Medicina

## Apéndice B



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
 NÚCLEO BOLÍVAR  
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 “Dr. Francisco Battistini Casalta”  
 DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Ciudad Bolívar, / / .

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_, portador de la C.I \_\_\_\_\_, en calidad de paciente y \_\_\_\_\_, portador de la C.I \_\_\_\_\_ en calidad de testigo, declaro que hemos sido informado sobre los objetivos y alcances de la investigación titulada **CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGICA DE LAS HEMORRAGIAS POSTPARTO. SERVICIO DE SALA DE PARTOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. JULIO – OCTUBBRE 2023**, desarrollada por las Bachilleres Mariana Herrero y Yesika Reyes, a cargo de la Dra. Neobis Morales. Por medio de la presente declaro que conozco y comprendo la información que me ha sido suministrada y acepto participar como sujeto de investigación.

En Ciudad Bolívar, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
 Firma Paciente      Firma Testigo



### Apéndice C

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGICA DE LAS  
HEMORRAGIAS POSTPARTO. SERVICIO DE SALA DE PARTOS. COMPLEJO  
HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR -  
ESTADO BOLÍVAR. JULIO – OCTUBBRE 2023.

#### HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PARÁMETROS	HALLAZGOS
Edad	
Grado de instrucción	
Estado civil	
Ocupación	
Antecedentes gineco-obstétricos	
Gestas	
Paras	
Cesáreas	
Abortos	
Control en el embarazo	
Factores de riesgo	
Tabáquicos	
Drogas	
Etílicos	
IMC	
Otros	
Causas de hemorragia postparto	

Atonía	
Hipotonía	
Lesiones del canal de parto	
Retención de restos placentarios	
CID	
Alteraciones de la coagulación	
Complicaciones de la hemorragia postparto	
Anemia	
Shock hipovolémico	
Muerte	
Otros	

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

<b>TÍTULO</b>	CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGICA DE LAS HEMORRAGIAS POSTPARTO. SERVICIO DE SALA DE PARTOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. JULIO – OCTUBRE 2023.
---------------	--

**AUTOR (ES):**

<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	<b>CÓDIGO CVLAC / E MAIL</b>
Herrero Aponte Mariana de Los Ángeles	CVLAC: 27.255.037 E MAIL: marianaherrero16@gmail.com
Reyes Moreno Yesika Alejandra	CVLAC: 27.902.330 E MAIL: yess2880@gmail.com

**PALÁBRAS O FRASES CLAVES:**

Hemorragia postparto, HPP, Ginecología, Morbimortalidad, Obstetricia.

## METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA y/o DEPARTAMENTO	SUBÀREA y/o SERVICIO
Dpto. de Ginecología y Obstetricia	Servicio de sala de Partos

### RESUMEN (ABSTRACT):

La Hemorragia Post Parto (HPP) es la principal causa de morbilidad obstétrica a nivel mundial y corresponde a uno de los primordiales problemas de salud pública, responsable de hasta 50-75% de dichos casos. **Objetivo:** Determinar las características clínicas y epidemiológicas de la hemorragia postparto en pacientes que fueron atendidas en la sala de partos del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de julio a octubre de 2023. **Metodología:** Estudio descriptivo, cohorte transversal, de campo, no experimental. La muestra estuvo constituida por 84 puérperas que cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** Se encontró que 48,8% (n=41) tenía entre 20-29 años; 48,8% (n=41) eran bachilleres; 59,5% (n=50) vivía en concubinato; 86,9% (n=73) eran amas de casa; 46,4% (n=39), eran primigestas; 56,0% (n=47) eran primíparas; 88,1% (n=74) eran no cesáreas; 91,7% (n=77) no ha tenido antecedente de abortos y 92,9% (n=78) eran embarazos no controlados. Los principales factores de riesgo fueron el síndrome hipertensivo del embarazo con 41,7% (n=35), seguido de la ruptura prematura de membranas con 26,2% (n=22). El desgarro de cuello uterino fue la causa más frecuente de HPP en 64,3% (n=54), seguido de hipotonía uterina en 27,4% (n=23). Por último, se encontró la presencia de complicaciones en 38,0% (n=32) de las pacientes, siendo las más frecuentes: anemia leve en 75,0% (n=30) y muerte materna 5,0% (n=2). **Conclusiones:** El síndrome hipertensivo del embarazo fue el principal factor de riesgo para hemorragia postparto en pacientes atendidas en sala de partos del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

**CONTRIBUIDORES:**

<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	<b>ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL</b>				
Dra. Neobis Morales	<b>ROL</b>	<b>CA</b>	<b>AS</b>	<b>TU(x)</b>	<b>JU</b>
	<b>CVLAC:</b>	8.896.83			
	<b>E_MAIL</b>	neoneos2001@gmail.com			
	<b>E_MAIL</b>				
Dr. Luis Cabrera	<b>ROL</b>	<b>CA</b>	<b>AS</b>	<b>TU</b>	<b>JU(x)</b>
	<b>CVLAC:</b>	12.680.721			
	<b>E_MAIL</b>	luisecabrerar@gmail.com			
	<b>E_MAIL</b>				
Dr. Antonio Russo	<b>ROL</b>	<b>CA</b>	<b>AS</b>	<b>TU</b>	<b>JU(x)</b>
	<b>CVLAC:</b>	14.140.290			
	<b>E_MAIL</b>	ajrussob@hotmail.com			
	<b>E_MAIL</b>				
	<b>ROL</b>	<b>CA</b>	<b>AS</b>	<b>TU</b>	<b>JU(x)</b>
	<b>CVLAC:</b>				
	<b>E_MAIL</b>				
	<b>E_MAIL</b>				
	<b>CVLAC:</b>				
	<b>E_MAIL</b>				

**FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:**

2024 <b>AÑO</b>	07 <b>MES</b>	09 <b>DÍA</b>
--------------------	------------------	------------------

**LENGUAJE. SPA**

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

**ARCHIVO (S):**

<b>NOMBRE DE ARCHIVO</b>	<b>TIPO MIME</b>
Tesis caracterización clínica y epidemiológica de las hemorragias postparto. Svo de sala de Partos CHURYP Cdad Bol Edo Bol jul oct 2023	. MS.word

**ALCANCE**

**ESPACIAL:**

Servicio De Sala De Partos. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz Y Páez”.  
Ciudad Bolívar - Estado Bolívar

**TEMPORAL:** 10 AÑOS

**TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:**

Médico Cirujano

**NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:**

Pregrado

**ÁREA DE ESTUDIO:**

Dpto. de Medicina

**INSTITUCIÓN:**

Universidad de Oriente

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
CONSEJO UNIVERSITARIO  
RECTORADO**

CU N° 0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano  
**Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ**  
Vicerrector Académico  
Universidad de Oriente  
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR <i>[Firma]</i>
FECHA 5/8/09 HORA 5:20

Cordialmente,

**JUAN A. BOLANOS CUNEL**  
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Telesinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

# METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:




UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO BOLÍVAR  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
"Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"  
COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

## METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

### DERECHOS


De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)  
"Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario "


### AUTOR(ES)


  
Br. REYES MORENO YESIKA ALEJANDRA  
C.I. 27902330  
AUTOR

  
Br. HERRERO APONTE MARIANA DE LOS ÁNGELES  
C.I. 27255037  
AUTOR

### JURADOS

  
TUTOR: Prof. NEOBIS MORALES  
C.I.N. 8.896.483  
EMAIL: neoneos2001@gmail.com

  
JURADO Prof. LUIS CARRERA  
C.I.N. 12.660.721  
EMAIL: LuisECarre@comcast.net

  
JURADO Prof. ANTONIO RUSSO  
C.I.N. 14.145.290  
EMAIL: ajrussob@hotmail.com

P. COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

Avenida José Venier c/c Colombo Silva- Sector Barro Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar- Vene.  
Teléfono (0285) 6324976