

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR



**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

**“FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A
HEMORRAGIA POSTPARTO EN EL HOSPITAL JOSE
CARRASCO ARTEAGA, CUENCA, SEPTIEMBRE 2017-AGOSTO
2018”**

AUTOR:

Tatiana Elizabeth Zhinin León

DIRECTOR:

Dr. Esteban Patricio Padrón Martínez

Médico especialista en Ginecología

ASESOR:

Dr. Jorge de Jesús Buelvas Muza

Médico Internista docente del departamento de Investigación

CUENCA – ECUADOR

2019



INDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
CLÀUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL.....	7
DEDICATORIA.....	8
AGRADECIMIENTO	9
CAPITULO I	10
1. INTRODUCCION.....	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	14
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	14
CAPITULO II	15
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	15
2.1 DEFINICIÓN.....	15
2.2 EPIDEMIOLOGIA	15
2.3 CLASIFICACION:.....	15
2.4 FISIOPATOLOGIA DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO	16
2.5 ETIOLOGÍA.....	16
2.6 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.....	18
2.7 MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA HEMORRAGIA POSPARTO:.....	21
2.8 DIAGNÓSTICO DEL SANGRADO DESPUÉS DEL PARTO	21
2.9 COMPLICACIONES	22
2.10 MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DEL PARTO.....	24
2.11 DEFINICION DE TERMINOS BÁSICOS	25
CAPITULO III	26
3. OBJETIVOS	26
3.1 OBJETIVO GENERAL	26
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	26
CAPITULO IV	27
4. DISEÑO METODOLOGICO.....	27
4.1 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO	27
4.2 DESCRIPCION DE VARIABLES	28
4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	28
4.3 MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA OBTENER LA INFORMACIÓN.....	29



CAPITULO V	30
5. PLAN DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS	30
CAPITULO VI.....	30
6. RESULTADOS, DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES	30
6.1 RESULTADOS.....	30
6.2 DISCUSIÓN	36
6.3 CONCLUSIONES	39
6.4 RECOMENDACIONES.....	40
CAPITULO VII.....	40
7. RECURSOS	40
7.1 RECURSOS HUMANOS	40
7.2 RECURSOS MATERIALES	41
CAPITULO VIII.....	41
8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	41
CAPITULO IX.....	43
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	43
ANEXOS.....	47
ANEXO 1: Operacionalización de variables	47
ANEXO 2: Carta de compromiso ético.....	50
ANEXO 3: Formulario de recolección de datos	51
ANEXO 4: Oficio de aprobación por departamento de Bioética.....	54
ANEXO 5: Oficio de aprobación de Tema de Tesis	55
ANEXO 6: Autorización para publicación en el repositorio Institucional.....	57
ANEXO 7: Aprobación del Departamento de Investigación del Hospital José Carrasco Arteaga.....	58
ANEXO 8: Informe de sistema antiplagio	59
ANEXO 9: Rúbricas de pares revisores	60
ANEXO 10: Revisión de dirección de carrera	62



ABSTRACT



ABSTRACT

Background: the World Health Organization has estimated that about 515,000 women annually die in the world due to complications related with pregnancy and childbirth, postpartum hemorrhage is one of the three leading causes of maternal mortality.

Objective: to establish the frequency and risk factors associated with postpartum hemorrhage in the José Carrasco Arteaga Hospital in Cuenca during September 2017 - August 2018.

Methodology: this study is a cross-sectional analysis with a sample of 321 clinical records of patients treated at José Carrasco Arteaga Hospital, who meet the inclusion criteria. The processing and analysis of the data was carried out with the statistical program SPSS v.15. The results were presented in tables of frequency distribution and percentages; In the statistical analysis, the Chi² technique was applied with a 95% CI, with a statistical value of $p < 0.05$.)

Results: a frequency of 6.2% ($n = 20$) with a CI was evidenced: 95% 1.91 - 1.98. The risk factors found were: prolonged labor (OR: 3.43 CI: 95% P: 0.00), age over 35 years (OR: 2.98 IC: 95% P: 0.02) and low insertion placenta (OR: 11.03 IC: 95% P: 0.03).

Conclusions: the frequency of postpartum hemorrhage in the José Carrasco Arteaga Hospital is within the values mentioned by the World Health Organization, however, it is a higher value than those registered in previous years. The risk factors are similar to those found in the studies analyzed.

KEY WORDS: POSTPARTUM HEMORRHAGE, RISK FACTORS, IMMEDIATE PUERPERIUM.



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA

COMUNIDAD
EDUCATIVA
SERVICIO DEL PUEBLO

CENTRO DE IDIOMAS

Cuenca, 20 de junio del 2019

EL CENTRO DE IDIOMAS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, CERTIFICA QUE EL DOCUMENTO QUE ANTECEDE FUE TRADUCIDO POR PERSONAL DEL CENTRO PARA LO CUAL DOY

FE Y SUSCRIBO


Dr. Wladimir Quinche Orellana
SECRETARIO





CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Tatiana Elizabeth Zhinin León, autor del trabajo de titulación "FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO EN EL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, CUENCA, SEPTIEMBRE 2017-AGOSTO 2018", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 10 de Julio de 2019

Tatiana Elizabeth Zhinin León

C.I.: 0105955538



DEDICATORIA

A Dios, que me ha bendecido durante esta larga batalla, dándome la fuerza y sabiduría para poder seguir hacia la meta.

A mis padres Elsa y Remigio, que me han enseñado todo en la vida y me han acompañado en cada paso de este duro camino siempre con una sonrisa.

A mis hermanas, Maritza, Fernanda y Nataly, mis compañeras de vida, de las que nunca me faltó un abrazo y el ánimo para seguir adelante.

A mi mayor fortaleza para seguir adelante en este duro camino, María Emilia, mi hija, que con su tierna mirada y su sonrisa me impulsa a seguir adelante.

Tatiana Zhinin L.



AGRADECIMIENTO

A Dios, porque sin él nada de esto fuera posible, por ponerme en este camino de ayudar a las personas, por permitirme soñar y brindarme la bendición más grande, mi hija.

A mi familia, por acompañarme y no dejarme sola en los momentos difíciles, por brindarme su apoyo incondicional.

A mis amigos y colegas, por todos estos años compartidos, por estar presentes en cada etapa de mi vida y brindarme una mano amiga

A mis maestros, quienes a más de inculcarme el conocimiento me enseñaron el valor de la vida.

A mi asesor y director de tesis, por su paciencia, y por compartirme sus conocimientos.

Tatiana Zhinin L.



CAPITULO I

1. INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que cerca de 515.000 mujeres mueren anualmente en el mundo a causa de complicaciones asociadas al embarazo y al parto constituyendo la hemorragia postparto una de las tres primeras causas de mortalidad materna y la complicación más frecuente durante el parto. Según la OMS, la incidencia promedio de esta patología en el mundo es de 6,09% (IC 95%: 6,06-6,11) (1,2).

Anualmente en el mundo aproximadamente 14 millones de mujeres padecen de hemorragia posparto y de ellas, 125.000 fallecen debido a la falta de reconocimiento de las causas y a deficiencias con el tratamiento oportuno y adecuado(2).

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han jugado un papel activo en la promoción de la prevención de la morbilidad materno-fetal secundaria a hemorragias postparto. De ahí que se han elaborado guías de acción, protocolos de estudio de factores de riesgo y consentimientos informados, establecidos a partir de medicina basada en la evidencia (3).

A nivel internacional: Candiotti Ramírez EJ, en el año 2015 realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal retrospectivo en Perú. En el estudio la población estuvo integrada por todas las puérperas que presentaban hemorragia vaginal, atendidas en el Hospital Carlos Lafranco La Hoz, con una muestra de 80 casos, se identificó una incidencia del 5.3%. Las principales causas identificadas fueron: atonía uterina (63.7%), desgarro vaginal (27.5%). De acuerdo a los factores de riesgo ante parto se presentó el 26.2% sin control prenatal, un 20% de madres adolescentes, factores de riesgo intraparto: 61.2%, sin factores de riesgo, 30% parto prolongado, y el 6.2% macrosomía fetal(4).

En México Mendoza Juárez en el año 2013 realizó una investigación de morbilidad y mortalidad en hemorragia, los principales factores de riesgo maternos fueron la multiparidad (16%), cesárea previa (9%), preeclampsia (8%)



ruptura prematura de membranas (4%) y el grupo de edad con mayor presentación entre 20 y 29 años (53%)(5).

En Nicaragua Torres Luna realizó en el 2017 una investigación de hemorragia postparto inmediato, dentro de los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes se encontró que la mitad de las pacientes eran primigestas. Además, se habían realizado cuatro o más controles prenatales, la vía de finalización del parto fue con mayor frecuencia la vía cesárea (6).

López-García y colaboradores realizaron un estudio en Colombia en el año 2017 acerca de la incidencia de hemorragia posparto con base en el uso terapéutico de uterotónicos. Se presentaron 35 (2,1%) casos de hemorragia posparto por uso de oxitócicos (26 y 9 respectivamente). La principal causa de hemorragia posparto fue hipotonía uterina (82%), y en el 82,8 % de los casos se solucionó con manejo médico. Otros resultados revelaron que 11,4 requirió taponamiento uterino adicional para control del sangrado; 5,6% de las mujeres requirió manejo quirúrgico: sutura hemostática 2,8 % e histerectomía 2,8 %(7).

En Perú, 2018 Flores D, en su estudio participaron 726 puérperas de las cuales 20 presentaron hemorragia postparto, presentando como factores de riesgo con significancia estadística: la edad de 35 años a más ($p = 0.000$; $OR=7,9$, $IC95\%=2.31 - 26.9$), la multiparidad ($p = 0,001$; $OR 7,42$ con $IC 95\%= 2.07 - 26.55$), antecedentes obstétricos ($p = 0,00$; $OR = 11$; $IC 95\% =2,83 - 42,76$), cesárea ($p =0.001$; $OR =8.3$, $IC 95\% =2.31 - 29.87$) (8)

En un estudio realizado en Bulawayo-Zimbabwe, por Ngwenya S. en el Hospital Central de Mpilo durante el año 2016 reveló una incidencia del 1,6%, el factor de riesgo más identificable fue la hipertensión inducida por el embarazo, seguido de un parto prolongado, la causa más frecuente fue la atonía uterina con un 82,4%, el 94,6% de pacientes con HPP primaria sobrevivió, sin embargo el 5,4% falleció (9).

A nivel nacional: Calle Sigüencia J.J, Espinoza Barrera D.E., realizaron en el 2014 un estudio en Cuenca, Ecuador, con un universo de 5020 pacientes y una muestra de 104 realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso, en el cual se encontró una prevalencia del 2.07%, asociado a factores de riesgo como la conducción durante el trabajo de parto, multiparidad, fase activa prolongada de



trabajo de parto, además de la anemia, siendo La principal causa de hemorragia postparto la atonía uterina, seguida por desgarros y retención de tejidos(10).

Cóndor Palacios G.A., Naranjo Murgueytio, M.A., durante el año 2016 en Quito Ecuador, realizaron un estudio con una muestra de 489 pacientes en el Hospital Dr. Gustavo Domínguez, Santo Domingo y 338 casos en el Hospital Luz Elena Arismendi. En el estudio se encontró una prevalencia general del 3.6%. Entre las principales causas encontraron atonía uterina (55%), trabajo de parto prolongado (15%), trauma cervical (10%), episiotomía (10%), ruptura uterina o dehiscencia de histerorrafia (5%), trauma vaginal (5%). Además, se evidencio que el 8% de las pacientes presentaron obesidad(11).

Apolo Izquierdo JL, realizo un estudio en el Ecuador en el año 2017. El estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal con una muestra de 240 casos realizado en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel, Ecuador, se evidenció una frecuencia de 1.77%, según el tipo de parto se evidenció: parto vaginal (14.92%), y cesárea (85.83%). Siendo la causa más frecuente la hipotonía uterina (63%), desgarros cervicales, vaginales, uterinos, perineales (12.92%), retención placentaria (10.41%), acretismo placentario (7.5%), atonía uterina 6%(12).

Flores Suárez J. C., en su estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, con un universo de 1335 pacientes y con una muestra de 27 pacientes, en el Hospital Regional Isidro Ayora en la ciudad de Loja, describe una prevalencia del 2%, el factor asociado de mayor prevalencia fue la multiparidad con un 44%, seguida de la sobre distensión uterina en un 18%, estadios hipertensivos del embarazo y anemia con un 15%de los casos y la obesidad con un 4%. Además, la episiotomía medio-lateral (30%), inducción al trabajo de parto y trabajo de parto prolongado en un 26%, adinamia uterina con un 5% (13).

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La hemorragia posparto es una de las complicaciones más frecuentes durante la labor de parto y representa la segunda causa de mortalidad materna (4).



Se conoce como hemorragia postparto a la pérdida sanguínea de más de 500 cc en parto vaginal y más de 1000cc en una cesárea. Existen factores de riesgo modificables antes del parto como la anemia, obesidad, placenta previa conocida, embarazo múltiple, sospecha de desprendimiento placentario, preeclampsia, hipertensión gestacional, durante el parto: cesárea de emergencia, cesárea electiva, inducción al trabajo de parto, placenta retenida, episiotomía medio-lateral, trabajo de parto prolongado, macrosomía fetal(4).

Sin embargo, puede presentarse en mujeres sin ningún factor de riesgo, por lo que es necesario que durante el parto esté presente personal capacitado y los insumos necesarios para un diagnóstico y tratamiento precoz (4,10).

Para prevenir de manera temprana una hemorragia postparto, se debe estar atento durante las primeras 24 horas, la estimación visual es una de las primeras herramientas que se debe utilizar para prevenir un sangrado postparto(12,14).

Sin embargo, la estimación del sangrado no se puede cuantificar de manera exacta, siendo subestimada en la mayoría de los casos, motivo por el cual es necesario implementar técnicas que permitan que el personal de salud pueda valorar la pérdida de sangre, como por ejemplo: el pictograma, en donde se aprecia un aproximado del valor perdido, que asociado con los signos que presenta la paciente pueden dar un valor más exacto (4,14,15).

Según el INEC durante el 2013 la hemorragia postparto representó la segunda causa de muerte. La incidencia varía entre los diferentes países, sin embargo, sigue representando el 25% de las muertes, se debe destacar que la prevalencia es más alta en los países en vías de desarrollo, y aún se encuentra entre las primeras causas de muerte en los países desarrollados (16–18).

En Ecuador sigue siendo de las principales causas de mortalidad materna, por lo que se considera importante dar a conocer la incidencia de las principales causas de la hemorragia postparto y de esta manera prevenir la morbi-mortalidad materna mediante un correcto y oportuno diagnóstico a la vez que se implementen medidas terapéuticas y profilácticas en las pacientes con factores de riesgo.



1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia y los factores de riesgo asociados a hemorragia postparto en el Hospital José Carrasco Arteaga en Cuenca en el período de septiembre 2017-agosto 2018?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La hemorragia postparto se encuentra entre las principales causas de morbilidad materna y es de las complicaciones más frecuentes en el parto, que se puede evitar con un diagnóstico y tratamiento oportuno. La Organización Mundial de la Salud indica que las altas tasas de mortalidad materna tienen causas prevenibles relacionadas con el parto y/o embarazo, correspondiendo en su mayoría a países en desarrollo, sobre todo en zonas rurales y comunidades pobres.

En la actualidad la hemorragia postparto sigue siendo un problema aún cuando existen guías de práctica clínica estructuradas para nuestra sociedad y programas para evitar la muerte materna, se observan en nuestra población muchos casos de esta patología, siendo importante conocer la situación actual, por este motivo se ha considerado conveniente realizar un estudio que determine los casos nuevos así como sus causas y factores que en un futuro contribuirán al mejoramiento de prácticas clínicas y en general al sistema de salud materna.

Todo lo mencionado ha motivado a realizar el presente trabajo, con el fin de aportar conocimientos tanto de la situación actual sobre la frecuencia y factores de riesgo asociados, que en la práctica serán de utilidad a partir de los conocimientos que se obtengan para brindar una mejor atención a las pacientes, contribuyendo a disminuir la morbilidad materna.

Se beneficiarán de este estudio principalmente las pacientes del Hospital José Carrasco Arteaga, al recibir una mejor atención médica, así como también el personal de salud que tendrá mayor conocimiento de la situación actual de la problemática mencionada para diseñar estrategias de intervención.



CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 DEFINICIÓN

La hemorragia postparto se define como la pérdida sanguínea de más de 500cc en parto vaginal y más de 1000cc en una cesárea, (ACOG,2017), sin embargo, toda pérdida sanguínea con probabilidad de producir un cambio hemodinámico debe ser considerada como hemorragia postparto (3).

2.2 EPIDEMIOLOGIA

La incidencia de hemorragia postparto es variable, debido a que la pérdida sanguínea es cuantificada visualmente y tiende a ser infra diagnosticada, sin embargo, es responsable del 25 – 30 % de muertes maternas, siendo la primera causa de muerte en países en vías de desarrollo y la tercera causa en países desarrollados. La incidencia global es de 4% en un parto vaginal y un 6% en cesárea (13,17,19).

Según el MSP, 2014, aproximadamente el 2% de mujeres gestantes presenta hemorragia postparto(1), considerando a nivel mundial una incidencia del 1 al 5% (20).

A nivel internacional se han realizado varios estudios que revelan una incidencia del 8,7 % en Japón (21), 6,7% en Guayana Francesa (22), 5,3 % en Perú(4), 1,6% en Zimbabwe (9).

A nivel nacional estudios revelan una incidencia del 2,07% en Cuenca(10), 3,6% en Quito(11), 1,77% en Guayaquil(12), 2,61% en Manta(23).

2.3 CLASIFICACION:

La hemorragia postparto se clasifica en primaria o inmediata y secundaria o tardía (1,10).

1. Primaria o Inmediata: ocurre en las primeras 24 horas postparto, producida en el 70% por atonía uterina.

2. Secundaria: ocurre entre las 24 horas y las seis semanas postparto. generalmente ocurre por retención de productos de la placenta y/o membranas, infecciones o ambas.



2.4 FISIOPATOLOGIA DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

Durante el embarazo se producen cambios hemodinámicos y hematológicos que representan un factor protector en la pérdida sanguínea durante el parto, pudiendo alterar las manifestaciones clínicas y el posterior diagnóstico.

Al culminar el embarazo el útero recibe el 12-15% del gasto cardiaco total, el flujo sanguíneo de la arteria uterina es de aproximadamente 500 a 700 ml/min(24), durante el alumbramiento existe un mecanismo de hemostasia que frena de manera eficaz la hemorragia, el cual se lleva a cabo mediante tres fases(25):

Fase de Miotaponamiento: determinada por las contracciones uterinas mientras la placenta se desprende, se produce una vasoconstricción local de los vasos uteroplacentarios y en los vasos del miometrio

Fase de Trombotaponamiento: se forma un hematoma intrauterino adherido a la zona de implantación placentaria, originado por la trombosis de los vasos uteroplacentarios. La placenta contiene gran cantidad de fibrinógeno que pasa a la decidua antes de su separación, el hematoma retroplacentario facilita la extracción de trombolastina y se activa la cascada de coagulación.

Fase de contracción uterina fija: ocurre una transposición autónoma del flujo sanguíneo, es decir una desviación hacia la circulación general del aporte sanguíneo del útero.

Una alteración en cualquiera de estas tres fases da lugar a la hemorragia postparto.(25)

2.5 ETIOLOGÍA

En la etiología de la Hemorragia Postparto se ha encontrado como la causa más común e importante y responsable de la mayoría de los casos de hemorragia postparto a la atonía del útero en un 70% de pacientes estudiadas(1,26). Es de utilidad recordar la nemotecnia de las 4T que describe las causas de hemorragia postparto de acuerdo al orden de frecuencia.



CAUSA	FRECUENCIA (%)
TONO: atonía uterina.	70%
TRAUMA: lesión cervical o vaginal, ruptura uterina.	20%
TEJIDO: retención de placenta o coágulos.	10%
TROMBINA: coagulopatía persistente o adquirida.	<1%

(1) Ministerio de Salud Pública. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica. Quito; 2013.

- ✓ **Tono:** la atonía uterina es la incapacidad del útero para contraerse y mantener la contracción durante el puerperio inmediato, responsable del 50% de las muertes maternas(27).Puede ser manejada mediante el masaje uterino junto con la administración de oxitocina, prostaglandinas.(1,28).
- ✓ **Trauma:** responsables del 20% de los casos hacen referencia a desgarros del canal genital, rotura uterina o inversión uterina(29).
 - Desgarros/laceraciones: se manifiestan como un sangrado vaginal activo o con episiotomía. En ocasiones también pueden hacerlo como hematomas
 - Rotura uterina: se define como la pérdida de integridad de la pared del útero.
 - Dehiscencia uterina: es la separación de la capa miometrial que asienta sobre una cicatriz uterina previa.
 - Inversión uterina: se trata de una excesiva tracción de cordón y presión sobre fondo uterino (Maniobra de Credé), provocando la salida del fondo uterino en la cavidad endometrial.
- ✓ **Tejido:** La retención placentaria es una causa menos frecuente responsable de un 10% de los casos. Si luego del manejo activo del alumbramiento y realizar la tracción controlada del cordón, la placenta permanece retenida después de 30 minutos, se establece el diagnóstico de placenta retenida. Requiere el examen de la placenta, la exploración de la cavidad del útero y la eliminación manual del tejido retenido (30).



- ✓ **Trombina:** Las Alteraciones de la coagulación son responsables de <1% de los casos, y entre estas se encuentran: coagulopatías congénitas o adquiridas durante el embarazo por la pérdida de factores de la coagulación durante las hemorragias y coagulación intravascular diseminada que se presenta por el paso excesivo de tromboplastinas a la circulación materna.(30)
- Congénitas: enfermedad de Von Willebrand, Hemofilia tipo A.
 - Adquiridas: preeclampsia grave, Síndrome HELLP, embolia de líquido amniótico, abruptioplacentae, sepsis(1).

2.6 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Existen factores asociados antes del parto, durante el parto y el parto que aumentan las probabilidades de hemorragia postparto. La presencia de uno o más factores de riesgo aumenta la probabilidad de HPP, sin embargo, la ausencia de factores de riesgo no descarta la probabilidad de presentar hemorragia postparto (1,22).

Factores de riesgo presentes antes del parto

Estos factores presentan un incremento en la incidencia de hemorragia, por lo que es recomendable que se atiendan en centros de mayor complejidad.

- Sospecha o confirmación de desprendimiento placentario
- Placenta previa conocida
- Embarazo múltiple
- Preeclampsia, hipertensión gestacional

Factores que se asocian a un incremento bajo de la incidencia de hemorragia.

- Hemorragia postparto previa
- Etnia asiática
- Obesidad
- Anemia



Factores de riesgo durante el trabajo de parto y parto

- Cesárea de emergencia
- Cesárea electiva
- Inducción al trabajo de parto
- Placenta retenida
- Episiotomía medio-lateral
- Parto vaginal asistido (fórceps)
- Trabajo de parto prolongado (>12 horas)
- Macrosomía Fetal
- Pirexia durante la labor de parto
- Edad mayor de 40 años, primípara (1).

En varios estudios se han identificado factores como la obesidad materna, madre Primigesta, macrosomía fetal, embarazo múltiple, trabajo de parto prolongado, corioamnionitis, preeclampsia, anemia y hemorragia preparto. Hernández-Morales MA y col. encontraron una incidencia de hemorragia postparto del 16% y que factores como la conducción del trabajo de parto, trabajo de parto prolongado y macrosomía fetal aumentan el riesgo de presentar hemorragia postparto(33).

En un estudio realizado en Perú, 2017 se evidencio como principales factores de riesgo: la edad mayor de 35 años, la multiparidad, antecedentes obstétricos y parto por cesárea (8), coincidiendo con Argentina, que tuvo resultados similares, la edad mayor de 35 años, la multiparidad, las condiciones socioeconómicas bajas, conducción del parto con oxitocina, parto prolongado(34).

Ochoa Bowen, Guaranda, durante el año 2017 encontró como factores de riesgo más frecuentes al desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, placenta previa, cesáreas previas, embarazo múltiple(35), mientras que en Babahoyo, Hospital León Becerra, 2017 se evidencio como factor de riesgo el déficit de controles prenatales y la condición socioeconómica baja (36).

Se puede agrupar los factores de riesgo presentes en la mayoría de pacientes



1. **Edad:** varios estudios indican que gestantes con una edad mayor a 35 años y menor a 19 años incrementan el riesgo de hemorragia, causada generalmente por atonía uterina, placenta retenida y trauma perineal.
2. **Grado de instrucción:** Las pacientes con un grado de instrucción bajo son las que tienen una mayor incidencia de partos domiciliarios, ya sea por aspectos culturales o por motivos económicos o un difícil acceso al sistema de salud, lo que hace que este grupo de gestantes sean más predisponentes a las complicaciones y por lo tanto a una mayor incidencia de hemorragia postparto.
3. **Control Prenatal:** la vigilancia y evaluación integral en la paciente gestante es de vital importancia para evitar complicaciones futuras, se considera un control suficiente con mínimo 6 controles prenatales, de 3 a 5 controles como control insuficiente y con 0 a 2 controles como no controles prenatales,
4. **Primigesta:** aproximadamente un 24% de pacientes que presentan hemorragia postparto son Primigesta, esto es debido a un tamaño exagerado del feto, tejidos rígidos a nivel del cérvix, conducto vaginal y perineo, son factores que se asocian a una mayor incidencia de hemorragia postparto en Primigesta.
5. **Gran múltipara:** considerado un factor de riesgo debido a que las gestantes ya no conservan la misma fuerza muscular ni la capacidad de contraerse adecuadamente en el postparto.
6. **Hipertensión Gestacional, preeclampsia y eclampsia:** Considerada un factor de riesgo por sus graves complicaciones, que incluyen un desprendimiento prematuro de membrana y una mayor incidencia de hemorragia con posterior desarrollo de una coagulopatía de consumo.
7. **Infecciones Vaginales y periodo intergenésico:** en la infección vaginal, las bacterias producen enzimas proteolíticas que pueden superar la defensa de las membranas y por lo tanto debilitar el tejido conectivo de las mismas y del cérvix. En varios estudios se ha demostrado que un periodo intergenésico corto o largo incrementa el riesgo de complicaciones obstétricas.



- 8. Tiempo de trabajo de Parto prolongado:** un aumento en el trabajo de parto está relacionado con un aumento de la probabilidad de padecer HPP. Considerándose así el tiempo de trabajo de parto como la duración desde el inicio hasta la dilatación 10cm. Existiendo así: una fase latente de 12 a 14 horas en una mujer Primigesta y de 4 a 6 horas en una multigesta, una fase activa de 8 horas en una Primigesta y de 4 horas en una multigesta. Para el registro de este se utiliza el partograma, en el que se grafica la velocidad de dilatación (4)

2.7 MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA HEMORRAGIA POSPARTO:

Dependen de la pérdida sanguínea que presenta la paciente, es decir aparecerán signos y síntomas cuando la pérdida sanguínea sea importante. Generalmente aparece taquicardia e hipotensión con una pérdida sanguínea de 1500ml o más, es decir el 25% del volumen sanguíneo (ACOG, 2017), Los valores de hemoglobina y hematocrito no bajan inmediatamente en una hemorragia aguda, por lo que es de suma importancia reconocer los principales signos y síntomas (11,32).

- a) Sangrado por vía vaginal de moderado a grave.
- b) Hipotensión.
- c) Taquicardia.
- d) Oliguria.
- e) Taquipnea.
- f) Palidez.
- g) Útero flácido o con desgarros del canal del parto.
- h) Abdomen agudo.
- i) Alteración del estado de conciencia

2.8 DIAGNÓSTICO DEL SANGRADO DESPUÉS DEL PARTO

Manifestaciones iniciales y otros signos y síntomas típicos (17,23):

1. Hemorragia postparto inmediata, útero blando y no retraído: A veces presenta taquicardia o Hipotensión, con un diagnostico probable de Atonía uterina con una frecuencia del 70%, su causa es la anomalía de contractilidad.



2. Hemorragia postparto inmediata: Puede presentar Placenta íntegra - útero contraído, con un diagnóstico probable de Desgarros del cuello uterino, la vagina o el perineo, tiene una frecuencia del 20% y su causa es por traumatismo.
3. No se palpa el fondo uterino en la palpación abdominal, dolor intenso: A veces presenta inversión uterina visible en la vulva – Hemorragia postparto inmediata con un diagnóstico probable de Inversión uterina, tiene una frecuencia del 20% y es causada por trauma.
4. Dolor abdominal severo, hemorragia postparto inmediata: Puede presentar abdomen doloroso – Shock – Taquicardia – No se expulsa la placenta, su diagnóstico probable es la rotura uterina con una frecuencia del 20% es causada por trauma.
5. No se expulsa la placenta dentro de los 30 minutos después del parto: A veces presenta útero contraído, con un diagnóstico probable de retención de placenta con una frecuencia del 10% y su causa es la retención de productos de la gestación.
6. Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas: Puede presentar hemorragia postparto inmediata – Útero retraído, su diagnóstico probable es la retención de restos placentarios con una frecuencia del 10% y causada por la retención de productos de la gestación.
7. Sangrado leve que continúa luego de 12 horas después del parto, útero blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto: Puede presentar sangrado variable – Anemia, su diagnóstico probable es la retención de restos placentarios, con una frecuencia del 10% y su causa es la retención de productos de la gestación (17).

2.9 COMPLICACIONES

Las complicaciones de la hemorragia postparto están relacionadas de manera directa o indirecta con la caída del flujo sanguíneo tisular, con posterior déficit de oxígeno y nutrientes, factores que posteriormente conducirán a un daño celular (37).



La hemorragia postparto y post cesárea como se ha mencionado anteriormente es la primera causa de muerte maternal, por lo que la muerte es la principal complicación, además de shock hipovolémico, síndrome de Sheehan y anemia(38). Un estudio realizado en Colombia encontró como complicación de la hemorragia postparto grave, la injuria renal aguda (11,4%), coagulación intravascular diseminada (2,5%) y muerte (1,3%) (39).

Dentro de las complicaciones por shock hemorrágico encontramos la coagulopatía por consumo, distrés respiratorio, insuficiencia renal aguda y disfunción hepática. El distrés respiratorio es causado por la alteración a nivel del centro respiratorio debido a la disminución del flujo sanguíneo cerebral(37).

Injuria renal aguda: es la pérdida brusca de la función renal, siendo reversible en la mayor parte de los casos, se debe a una disminución del aporte sanguíneo al riñón, pudiendo desarrollarse por causa de una hipotensión, deshidratación, medicamentos nefrotóxicos, obstrucción de la vía urinaria, etc. Pudiendo desarrollarse posterior a la pérdida sanguínea debido a la hemorragia postparto, presentándose una incidencia menor al 1% en países desarrollados y del 4 al 36% en países en vías de desarrollo (40).

Tanwar et al describen en su estudio realizado en el Colegio Médico Sawai Man Singh, Jaipur, durante el año 2018, que el 88,2% de mujeres con IRA postparto requirió diálisis, además de presentarse sepsis puerperal, preeclampsia y hemorragia postparto como complicaciones asociadas a la Injuria Renal Aguda.(41)

Coagulación intravascular diseminada: es la capacidad disminuida de coagulación de la sangre, debido a una producción excesiva y no controlada de la trombina, desencadenada por varios estímulos como consecuencia de un desequilibrio entre la activación y la inhibición del sistema de coagulación, haciendo que se deposite fibrina intravascular sistémica(37,38).



2.10 MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DEL PARTO

En varios estudios se ha determinado que el manejo activo de la tercera etapa del parto reduce aproximadamente en un 60% la probabilidad de presentar hemorragia postparto, además de disminuir la presencia de anemia postparto y la necesidad posterior de transfusiones sanguíneas. El manejo activo de la tercera etapa del parto consiste en la ejecución de intervenciones enfocadas a que la placenta descienda al aumentar las contracciones uterinas mediante la administración de uterotónicos intravenoso o intramuscular, pinzamiento tardío del cordón umbilical y tracción controlada del cordón umbilical (1,42).

A pesar de que las pacientes no presenten un factor de riesgo, el Manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP), ha demostrado que con su aplicación pueden prevenirse la mayoría de hemorragias postparto, en varios países en vías de desarrollo aún se usa el manejo expectante de la tercera etapa del parto, sin embargo en los estudios de Bristol y Hinchingsbrooke se compara el manejo activo con el manejo expectante o fisiológico, demostrando así que la incidencia de Hemorragia postparto es significativamente inferior cuando se lleva a cabo un manejo activo, además de que la FIGO recomienda el uso de rutina del MATEP como mejor método basado en evidencias(1)

Existen tres pasos fundamentales descritos en la Guía de práctica clínica del 2013, Ecuador:

1. Administración de agentes uterotónicos: oxitocina 10 UI intramuscular al minuto luego de la expulsión del recién nacido, en caso de no contar con oxitocina se puede utilizar 600 mcg de misoprostol vía oral o 0,2 mg de metilergometrina.
2. Tracción y contracción del cordón umbilical: se debe realizar una tracción controlada del cordón umbilical, luego del pinzamiento y corte del mismo, el corte se debe realizar cuando haya dejado de latir, o 2 a 3 min posterior al parto. No se debe realizar tracción del cordón sin haber administrado uterotónicos antes o antes de observar signos que impliquen la separación de la placenta, ya que de lo contrario puede provocar



ruptura del cordón umbilical, separación parcial de la placenta o inversión uterina.

3. Masaje uterino postparto: se debe realizar después de la expulsión de la placenta, ayuda a que el útero se contraiga. Se debe palpar cada 15 min y según eso, repetir el masaje durante 2 horas, verificar que el útero este contraído (1,12).

2.11 DEFINICION DE TERMINOS BÁSICOS

PARTO VAGINAL: expulsión de uno o más fetos maduros y la placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior.

PARTO POR CESÁREA: procedimiento quirúrgico por medio del cual un feto nace mediante una incisión en el abdomen y el útero de la madre.

PUÉRPERIO: Periodo que inicia después del alumbramiento y termina cuando el aparato genital recobra sus condiciones normales, normalmente con una duración de 42 días.

HEMORRAGIA POSTPARTO INMEDIATA: Pérdida sanguínea de más de 500ml en un parto vaginal y más de 1000ml en parto por cesárea durante las primeras 24 horas después del parto.

HEMORRAGIA POSTPARTO TARDIA: Pérdida sanguínea de más de 500ml en un parto vaginal y más de 1000ml en parto por cesárea, se presenta entre las 24 horas después del parto y el final del puerperio.

ATONIA UTERINA: Pérdida del tono muscular del útero, implica ausencia de la contracción y posterior retraso en la involución uterina

RETENCIÓN PLACENTARIA: Falta de expulsión de la placenta dentro de los 30 min posteriores al alumbramiento espontáneo y 15 min en el alumbramiento dirigido, además se considera retención placentaria a la expulsión parcial de la placenta.



DESGARRO PERINEAL: Se define así a la laceración del periné, ya sea en el rafe medio y la musculatura del periné, así como también la vagina.

DESGARRO DE PRIMER GRADO: laceración que afecta la mucosa vaginal y la piel del periné, no compromete músculo.

DESGARRO DE SEGUNDO GRADO: laceración que además incluye músculos perineales, pero no compromete el esfínter del ano.

DESGARRO DE TERCER GRADO: laceración que involucra además el esfínter externo del ano, pero no la mucosa rectal.

DESGARRO DE CUARTO GRADO: laceración que además involucra la mucosa rectal.

DESGARRO DE CERVIX: laceración de la parte fibromuscular inferior del útero

FACTORES ASOCIADOS: Circunstancia que contribuye a producir un resultado, un factor de riesgo o factor asociado es la característica identificable en una persona que aumenta la probabilidad de padecer una morbilidad.

CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- ✚ Determinar la frecuencia y los factores de riesgo asociados a hemorragia postparto en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo Septiembre 2017 – Agosto 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✚ Caracterizar socio demográficamente y obstétrica a la población de estudio (edad, escolaridad materna, lugar de residencia, paridad, tipo de parto, controles prenatales, antecedentes gineco-obstétricos).
- ✚ Determinar la frecuencia de hemorragia postparto en el puerperio inmediato.
- ✚ Determinar las causas de la hemorragia postparto y la pérdida sanguínea.



- ✚ Relacionar los factores de riesgo, variables sociodemográficas y obstétricas con hemorragia postparto.

CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

4.1.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio realizado es analítico de corte transversal.

4.1.2 AREA DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación se realizará en el área de Ginecobstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga.

4.1.3 UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo estará conformado por 1.584 pacientes púérperas ingresadas en el área gineco-obstétrica del Hospital José Carrasco Arteaga en el período septiembre 2017-agosto 2018.

4.1.4 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Población: Todas las púérperas ingresadas en el área de Gineco-obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga, que cumplan con todos los criterios de inclusión dentro del período Septiembre 2017 – Agosto 2018.

Muestra: se utilizará la fórmula para obtener proporción muestral, con un universo finito, con una probabilidad de ocurrencia del 0,5%, probabilidad de no ocurrencia del 0,5%, nivel de confianza del 95% y un error de inferencia del 5%, con lo que se obtiene un tamaño muestral de 321 pacientes.

$$n = \frac{N \times P \times Q \times Z^2}{(N-1) \times E^2 + Z^2 \times P \times Q}$$
$$n = \frac{1584 \times 0,5 \times 0,5 \times (1,96)^2}{(1584-1) \times (0,05)^2 + (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}$$
$$n = \frac{1.521, 2736}{4.73917}$$
$$n = 321$$



La definición de las variables son las siguientes:

N: es el universo, que este caso se conoce y es de 1584

P: probabilidad de ocurrencia, proporción de personas que se espera que padezcan la patología, 0,5%

Q: probabilidad de no ocurrencia, es la proporción de personas que no lo padecen, 0,5%

Z: es el nivel de confianza, que será aquí del 95% = 1,96

E: es el error muestral deseado, que será del 5%

Muestreo: muestreo aleatorio simple

4.2 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

- ✓ Sociodemográficas: edad, escolaridad, lugar de residencia.
- ✓ Obstétricos: paridad, tipo de parto, controles prenatales. antecedentes gineco-obstétricos.
- ✓ Hemorragia posparto, pérdida sanguínea.
- ✓ Factores asociados: Control prenatal insuficiente, anemia, periodo intergenésico < 2 años, > 7 años, primiparidad, multiparidad, edad >35 años, edad <16 años, embarazo múltiple, trastornos hipertensivos, placenta previa, cesárea previa, desprendimiento prematuro de placenta, trabajo de parto prolongado, conducción del parto, inducción del parto.

4.2.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES (VER ANEXO)

4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Todas las mujeres en el puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología en el HJCA en el periodo septiembre 2017-agosto 2018.
- ✓ Mujeres con pérdida sanguínea que supera los 500 ml en un parto vaginal y 1000 ml en un parto por cesárea.

4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Pacientes con Historia Clínica incompleta



4.3 MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA OBTENER LA INFORMACIÓN

4.3.1 MÉTODOS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Al ser un estudio retrospectivo se utilizará una base de datos proporcionada por el Hospital José Carrasco Arteaga, en el cual se ingresará a cada historial clínico en el sistema AS400, para la recolección de los datos en un formulario de recolección de datos que consta de 17 ítems.

4.3.2 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN E INSTRUMENTOS A UTILIZAR

Para esta investigación se utilizará un cuestionario que consta de 17 preguntas en formulación numérica, basadas en el CLAP del MSP, Ecuador, 2013, para su llenado por el investigador y posteriormente transferida a la base de datos.

Se solicitará a los Servicios del Área de Gineco-obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga autorización para recopilar la información de cada una de las pacientes que intervendrán en la investigación.

La información se obtendrá a partir de los resultados de la aplicación de métodos y técnicas seleccionadas por la investigadora en correspondencia con las variables identificadas, y los mismos se presentarán en tablas y gráficos de distribución de frecuencia y porcentajes para el procesamiento según los estadígrafos determinados Chi².

4.3.3 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo de investigación se realiza bajo criterios y normas bioéticas como la confidencialidad, ya que los datos obtenidos a través de las historias clínicas serán manejados de forma anónima, no maleficencia, ya que durante la investigación las pacientes no sufrirán daño físico, emocional o moral, los conocimientos generados durante la investigación serán difundidos hacia los sujetos objeto de estudio y de manera anónima a la comunidad y población en general con el único fin de mejorar las condiciones de vida. Se solicitará la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Católica de Cuenca que tras conocer, analizar y aprobar el tema



proporciona un código de Bioética, además de la aprobación del tema por parte del departamento de Investigación del Hospital José Carrasco Arteaga.

CAPITULO V

5. PLAN DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS

A partir de la aplicación de los métodos y técnicas seleccionados se confeccionará una tabla Excel para recopilar datos según las variables definidas. Se utilizará el programa estadístico SPSS, para la tabulación, análisis de datos y representación de resultados más significativos de la investigación mediante tablas de frecuencia, tablas cruzadas, además de métodos de la estadística descriptiva X^2 para establecer la asociación entre las variables y los resultados se interpretarán en correspondencia con las variables identificadas por la investigadora.

CAPITULO VI

6. RESULTADOS, DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES

6.1 RESULTADOS

Durante el periodo septiembre 2017-agosto 2018, con un universo de 1584 pacientes, se tomó una muestra de 321 historias clínicas de pacientes que fueron atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga y cumplieron con los criterios de inclusión, luego de la recolección de datos y su análisis se evidenciaron los siguientes resultados:

6.1.1 Variables sociodemográficas y obstétricas de la población en estudio

Tabla 1.1

Variables sociodemográficas y obstétricas de la población en estudio

Variables		Frecuencia N=321	Porcentaje 100%
Grupo etario	Menor a 20 años	30	9,3%
	De 21 a 35 años	226	70,4%
	Mayor a 35 años	65	20,2%
Escolaridad Materna	Primaria	70	21,8%
	Secundaria	136	42,4%



Variables		Frecuencia N=321	Porcentaje 100%
	Tercer nivel	111	34,6%
	Cuarto nivel	4	1,2%
Residencia	Urbana	156	48,6%
	Rural	165	51,4%
Paridad	Nulípara	90	28,0%
	Plurípara	123	38,3%
	Múltipara	88	27,4%
	Gran múltipara	20	6,2%
Tipo de parto	Vaginal	138	43,0%
	Cesárea	183	57,0%
Controles prenatales	> 6 controles	254	79,1%
	de 3 a 5 controles	60	18,7%
	de 0 a 2 controles	7	2,2%

Fuente: Base de datos AS400, Hospital José Carrasco Arteaga
Elaboración: Zhinín León Tatiana Elizabeth

Análisis e interpretación:

Se identificó que más del cincuenta por ciento de púerperas se encontraban entre los 21 y 35 años, de las cuales el cuarenta por ciento de púerperas tenían una escolaridad secundaria, más de la mitad pertenecía al sector rural, siendo pluríparas la tercera parte, el sesenta por ciento tuvo un parto por cesárea, de las cuales cerca del ochenta por ciento presento un control prenatal suficiente, el noventa y nueve por ciento de partos fue atendido en una institución de salud.

Tabla 1.2

Antecedentes Gineco-Obstétricos de la población en estudio

Antecedentes Gineco-obstétricos	Respuestas	
	N	Porcentaje
Polihidramnios	1	0,3%
Embarazo múltiple	5	1,4%
Diabetes gestacional	3	0,8%
Hipertensión gestacional	5	1,4%
Preeclampsia/Eclampsia	31	8,5%



Antecedentes Gineco-obstétricos	Respuestas	
	N	Porcentaje
Placenta previa	3	0,8%
Cesárea previa	76	20,9%
Desprendimiento placentario	6	1,6%
Macrosomía fetal	1	0,3%
Sangrado durante el embarazo	23	6,3%
Oligohidramnios	16	4,4%
Hipotiroidismo	20	5,5%
Ninguno	174	47,8%

Fuente: Base de datos AS400, Hospital José Carrasco Arteaga
Elaboración: Zhinín León Tatiana Elizabeth

Análisis e interpretación:

Se identificó la cesárea previa como principal antecedente gineco-obstétrico con el veintiuno por ciento, seguido de los trastornos hipertensivos con el ocho por ciento, sin embargo, cerca del cincuenta por ciento no presentó ningún antecedente gineco-obstétrico.

6.1.2 Hemorragia postparto en el puerperio inmediato

Tabla 2.

Frecuencia de la hemorragia postparto en pacientes del HJCA

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	6,2
No	301	93,8
Total	321	100,0

Fuente: Base de datos AS400, Hospital José Carrasco Arteaga
Elaboración: Zhinín León Tatiana Elizabeth

Análisis e interpretación:

Luego del análisis de las historias clínicas de las pacientes atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga se evidenció que la hemorragia postparto en el puerperio inmediato se presentó en un seis por ciento.



6.1.3 Causas de hemorragia y pérdida sanguínea

Tabla 3.

Frecuencia de las causas de hemorragia postparto inmediato y cantidad de pérdida sanguínea

Variables		Frecuencia	Porcentaje válido (%)
Causa principal de la hemorragia postparto	Tono: Atonía uterina	12	60,0%
	Trauma: Lesión cervical o vaginal, ruptura uterina	6	30,0%
	Tejido: Retención de productos de la concepción	2	10,0%
Cuantificación de las pérdidas sanguíneas	De 500ml a < 1000ml (10 - 15%)	11	55,0%
	De 1000ml a <1500ml (15 - 25%)	7	35,0%
	De 2000ml a 3000ml (35 - 50%)	2	10,0%

*Fuente: Base de datos AS400, Hospital José Carrasco Arteaga
Elaboración: Zhinín León Tatiana Elizabeth*

Análisis e interpretación:

Dentro de las principales causas de hemorragia postparto se evidenció: que seis de cada 10 pacientes presento atonía uterina, tres de cada diez una lesión cervical o vaginal y una de cada diez por retención de los productos de la concepción. De acuerdo a las pérdidas sanguíneas más del cincuenta por ciento presento una pérdida sanguínea de 500ml a 1000ml.

6.1.4 Factores asociados a la hemorragia postparto inmediato

Tabla 4.

Relación estadística entre los factores asociados, variables sociodemográficas y obstétricas con la presencia de hemorragia postparto

Factores asociados, variables sociodemográficas y obstétricas		¿Tuvo hemorragia postparto?		Estadígrafo
		Si	No	
Control prenatal insuficiente	Si	5	32	OR: 2,89 IC:95% (0,95 – 8,22)
		1,6%	10,0%	

Factores asociados, variables sociodemográficas y obstétricas		¿Tuvo hemorragia postparto?		Estadígrafo
		Si	No	
	No	15 4,7%	269 83,8%	p: 0,065
Anemia durante la gestación	Si	3 0,9%	26 8,1%	OR:1,86 IC: 95% (0,51– 6,79) p: 0,265
	No	17 5,3%	275 85,7%	
Periodo intergenésico < 2 años	Si	0 0,0%	21 6,5%	p: 0,247
	No	20 6,2%	280 87,2%	
Periodo intergenésico > 7 años	Si	2 0,6%	50 15,6%	OR:0,55 IC:95% (0,12 – 2,48) p: 0,341
	No	18 5,6%	251 78,2%	
Primiparidad	Si	5 1,6%	88 27,4%	OR:0,80 IC:95% (0,28 – 2,28) p: 0,453
	No	15 4,7%	213 66,4%	
Multiparidad	Si	7 2,2%	98 30,5%	OR:1,11 IC: 95% (0,43 – 2,88) p: 0,498
	No	13 4,0%	203 63,2%	
Edad > 35 años	Si	8 2,5%	55 17,1%	OR:2,98 IC: 95% (1,16 – 7,64) p: 0,024
	No	12 3,7%	246 76,6%	
Edad < 16 años	Si	0 0,0%	10 3,1%	p: 0,520
	No	20 6,2%	291 90,7%	
Embarazo múltiple	Si	0 0,0%	2 0,6%	p: 0,870
	No	20 6,2%	299 93,1%	
	Si	3	28	OR:1,70



Factores asociados, variables sociodemográficas y obstétricas		¿Tuvo hemorragia postparto?		Estadígrafo
		Si	No	
Trastorno hipertensivo de la gestación	No	0,9%	8,7%	IC:95% (0,47 – 6,22) p: 0,301
		17	273	
		5,3%	85,0%	
Placenta de inserción baja	Si	2	3	OR:11,03 IC: 95% (1,73 – 70,29) p: 0,032
		0,6%	0,9%	
	No	18	298	
5,6%		92,8%		
Antecedente previo de cesárea	Si	5	76	OR:0,98 IC: 95% (0,34 – 2,80) p:0,599
		1,6%	23,7%	
	No	15	225	
4,7%		70,1%		
Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera	Si	1	6	OR:2,58 IC:95% (0,29– 22,60) p:0,365
		0,3%	1,9%	
	No	19	295	
5,9%		91,9%		
Trabajo de parto prolongado	Si	11	79	OR:3,43 IC: 95% (1,37 – 8,59) p:0,008
		3,4%	24,6%	
	No	9	222	
2,8%		69,2%		
Conducción durante el trabajo de parto	Si	9	89	OR:1,94 IC:95% (0,78 – 4,86) p:0,116
		2,8%	27,7%	
	No	11	212	
3,4%		66,0%		
Inducción al trabajo de parto	Si	4	48	OR:1,31 IC: 95 % 0,42-4,11 p:0,411
		1,2%	15,0%	
	No	16	253	
5,0%		78,8%		
Grupo etario	Menor a 20 años	2	28	X ² :8,42 IC:95% (2,05 – 2,17) p: 0.030
		0,6%	8,7%	
	De 21 a 35 años	9	217	
		2,8%	67,6%	
	Mayor a 35 años	9	56	
2,8%		17,4%		
	Primaria	7	63	



Factores asociados, variables sociodemográficas y obstétricas		¿Tuvo hemorragia postparto?		Estadígrafo
		Si	No	
Escolaridad		2,2%	19,6%	$X^2:2,37$ IC:95% (3,07 – 3,24) p 0.043
	Secundaria	7	129	
		2,2%	40,2%	
	Tercer nivel	6	105	
		1,9%	32,7%	
	Cuarto nivel	0	4	
Lugar de residencia	Urbana	8	148	$X^2:0.63$ IC:95% (1.46 – 1.57) p 0.028
		2,5%	46,1%	
	Rural	12	153	
		3,7%	47,7%	
Tipo de parto	Vaginal	10	128	$X^2:0.43$ IC: 95% (1.52 – 1.62) p 0.028
		3,1%	39,9%	
	Cesárea	10	173	
		3,1%	53,9%	

Fuente: Base de datos AS400, Hospital José Carrasco Arteaga
 Elaboración: Zhinín León Tatiana Elizabeth

Análisis e interpretación:

Tras la asociación de los factores de riesgo con hemorragia postparto, se identificó que el trabajo de parto prolongado, la edad mayor a los 35 años y la placenta de inserción baja representaron valores estadísticamente significativos, los demás factores de riesgo analizados no alcanzaron valores significativos.

En cuanto a las variables sociodemográficas y obstétricas tenemos como resultado una relación estadísticamente significativa la edad de 21 a 35 años y mayor a 35 años, la escolaridad primaria y secundaria, la zona de residencia rural, en cuanto al tipo de parto se pudo observar que la hemorragia postparto se presentó en igual frecuencia tanto en parto vaginal como cesárea.

6.2 DISCUSIÓN

La hemorragia postparto es una de las complicaciones más frecuentes durante la labor de parto y representa la segunda causa de mortalidad materna, según la OMS la incidencia promedio es del 6,09%, con variaciones en los diferentes



países, sin embargo, sigue representando el 25% de las muertes. La prevalencia se encuentra elevada en países en vías de desarrollo a pesar de la implementación de guías de práctica clínica y protocolos para determinar factores de riesgo, de ahí la importancia de conocer la frecuencia en nuestro medio e identificar los factores de riesgo asociados a esta problemática para posteriormente mejorar el diagnóstico y ofrecer un tratamiento oportuno, con el objetivo de disminuir la morbimortalidad materna (2,3).

En nuestro estudio, con 321 pacientes como muestra de un universo de 1584 pacientes en el área de ginecología del Hospital José Carrasco Arteaga se encontró que 20 pacientes presentaron hemorragia, lo que representó una prevalencia de 6,2%, dato similar al estudio realizado por Candiotti E. Perú, 2015 en el que se evidencia una prevalencia del 5,3%, al igual que Jambay C. Guayaquil, 2018 describe una prevalencia del 7%, sin embargo, Calle S. et al, Cuenca, 2014 nos indica una prevalencia del 2,07%, Otro estudio realizado en Quito por Córdor P. et al, 2016, encontró una prevalencia del 3,6%, dato que concuerda con Flores S en Loja, 2015, quien describe una prevalencia del 2%, valores similares a los encontrados en años anteriores en la Ciudad de Cuenca, Calle S. et al, 2014, sin embargo en nuestro estudio se encontró una prevalencia del 6,2%. que, si bien se encuentra dentro de los valores mencionados por la OMS, se evidencia un aumento significativo relacionado con años anteriores(4,10,11,13,43)

La edad entre 21 a 35 años y más de 35 años fue predominante en nuestro estudio, representando un 70,4% y 20,2% respectivamente, con una p significativa ($p=0,030$), valores que resultan similares con el estudio realizado por Flores D, en Perú durante el año 2017 en el que el 75% presento una edad de más de 35 años, sin embargo, en el estudio realizado por Mendoza J. et al, México, 2013 la edad de mayor frecuencia fue entre los 20 y 29 años de edad, de la misma manera Calle S. et al, Cuenca, 2014, nos indica una mayor presentación en pacientes entre los 20 y 29 años, representando un 54,8%. Apolo I. Guayaquil, 2018 nos indica una mayor presentación entre los 15 y 23 años de edad (5,8,10,12).



En cuanto a la escolaridad Calle S. et al, Cuenca, 2014, reporta la escolaridad secundaria con mayor frecuencia, 54,8%, dato que resulta similar a nuestro estudio, en el que se evidenció la escolaridad secundaria con un 42,4% ($p=0,043$). Perteneciendo al sector rural un 51,4% ($p=0,028$), coincidiendo con Calle S. et al, Cuenca, 2014, en el que el 79,8% fue del sector rural, lo que nos indica que la zona de residencia rural dificulta el acceso al sistema de salud(10).

Jambay C. Guayaquil, 2018 describe que el 65% fueron multíparas, al igual que Calle S. et al, Cuenca, 2014, con 52,9% multíparas, sin embargo, en nuestro estudio el 38,3% fueron pluríparas ($p=0,050$). En cuanto al tipo de parto, Calle S. et al, Cuenca, 2014 nos indica que el 91,3% perteneció a un parto vaginal, al igual que en el estudio realizado por Jambay C. Guayaquil, 2018 en el que el 85% fue parto vaginal, sin embargo, en nuestro estudio se evidenció que la hemorragia postparto se presentó en igual frecuencia tanto en parto vaginal como cesárea ($p=0,028$)(10,43).

García D. et al, Babahoyo, 2017, describe como factor de riesgo un control prenatal insuficiente, con un 19,4%, sin embargo, en nuestro estudio se evidencio que un 11,5% presento un control prenatal insuficiente, sin representar un valor estadísticamente significativo. En cuanto al lugar de atención del parto el 99,7% fueron atendidos en una institución de salud, sin embargo, el 0,3% fueron atendidos en el domicilio(36).

Según las causas, se evidenció: atonía uterina en un 60%, lesión cervical o vaginal 30%, y por retención de productos de la concepción 10%, resultados que fueron similares a los descritos por Córdor P. el al, Quito, 2016, en los cuales la atonía uterina represento un 55%, trauma cervical y vaginal 15%, así como los descritos en la Guía de Práctica Clínica atonía uterina 70%, trauma 20%, retención de productos de la concepción 10%. De acuerdo a las perdidas sanguíneas el 55% tuvo una pérdida de 500ml a < 1000ml, resultados similares al estudio realizado por Candiotti E. Perú, 2015 (1,4).

Mendoza J. et al, México, 2013, indican como principales factores de riesgo la multiparidad (16%), cesárea previa (9%), preeclampsia (8%). De la misma manera en Perú, 2018, Flores D, registró como factores de riesgo con



significancia estadística la edad mayor de 35 años, la multiparidad, la presencia de antecedentes obstétricos y cesárea previa. Calle Sigüenza J., 2014, evidenció como principales factores de riesgo la conducción del trabajo de parto, la multiparidad, fase activa prolongada del trabajo de parto y la anemia. Concordando así con nuestro estudio, en el que se identificó como principales factores de riesgo la multiparidad (32,7%), conducción del parto (30,5%), primiparidad (29%), trabajo de parto prolongado (28%), cesárea previa (25,2%) y la edad mayor de 35 años (19,6%), dentro de los cuales el trabajo de parto prolongado (P:0,00 OR:3,43 IC:95% LI:1,37-LS: 8,59), la edad mayor de 35 años (P:0,02 OR:2,98 IC:95% LI:1,16-LS:7,64) y la placenta de inserción baja (P:0,03 OR:11,0 IC:95% LI:1,73-LS:70,2) representaron valores estadísticamente significativos, datos que fueron similares a los estudios antes mencionados(5,8,10)

6.3 CONCLUSIONES

En el Hospital José Carrasco Arteaga, durante el período Septiembre 2017-Agosto 2018, se encontró una frecuencia de hemorragia postparto de 6,2%, representando un valor significativo, ya que en relación con estudios realizados en otras ciudades revelan un valor mucho más bajo, sin embargo sigue encontrándose dentro de los valores mencionados por la Organización Mundial de la Salud.

El mayor porcentaje de mujeres se encontraban en edades comprendidas entre los 21-35 años con escolaridad secundaria cerca del cincuenta por ciento, perteneciendo al sector rural en más del cincuenta por ciento, en su mayor parte multíparas, presentando un control prenatal suficiente en un ochenta por ciento. Con un valor estadístico significativo la escolaridad primaria y secundaria, la residencia rural, la multiparidad y el tipo de parto.

Los principales factores de riesgo asociados encontrados en nuestra población de estudio fueron: la multiparidad, conducción del parto, primiparidad, trabajo de parto prolongado, cesárea previa y edad mayor a 35 años. Representando una significancia estadística el trabajo de parto prolongado, edad mayor a 35 años, placenta de inserción baja, los demás factores de riesgo no representaron significancia estadística en nuestro estudio.



La causa más frecuente de hemorragia postparto encontrada fue la atonía uterina o hipotonía uterina seguida de laceraciones y desgarros y en menor porcentaje la retención de productos de la concepción.

6.4 RECOMENDACIONES

- Orientar a las mujeres embarazadas sobre la hemorragia postparto como complicación, así como dar a conocer los factores de riesgo que se encuentran asociados a esta patología, para que de esta manera se pueda prevenir la hemorragia postparto.
- Brindar un control prenatal eficiente a todas las mujeres embarazadas e identificar la presencia de factores de riesgo.
- Realizar un seguimiento de las pacientes que presenten factores de riesgo.
- Capacitar a todo el personal de salud para poder identificar de manera temprana la presencia de hemorragia postparto y así brindar un tratamiento oportuno.
- Mantener motivadas a las pacientes y brindar una atención de calidad para que nos colaboren en el momento del parto y así evitar el trabajo de parto prolongado.

CAPITULO VII

7. RECURSOS

7.1 RECURSOS HUMANOS

DIRECTOR DE TESIS	Dr. Esteban Patricio Padrón Martínez
ASESOR DE TESIS	Dr. Jorge Jesús Buelvas Muza
AUTOR DE TESIS	Tatiana Elizabeth Zhinin León
CENTRO DE INVESTIGACION DEL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA	



7.2 RECURSOS MATERIALES

Nº	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1.	Computadora	1	\$ 300	\$ 300,00
2.	Transporte	10	\$ 0.30	\$ 3,00
3.	Impresiones	400	\$ 0,10	\$ 40,00
4.	Alimentación	5	\$ 2,00	\$ 10,00
5.	Esferos	5	\$ 0,40	\$ 2,00
6.	Otros	1	\$100	\$100,00
TOTAL				\$ 455,00

FINANCIAMIENTO

El proyecto será autofinanciado por la investigadora.

CAPITULO VIII

8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES										RESPONSABLES
	MES	MES	MES	MES	MES	MES	MES	MES	MES	MES	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Presentación y aprobación del protocolo.	X	X	X								Tatiana Zhinin
Elaboración del marco teórico				X							Tatiana Zhinin



Presentación del tema y aprobación al comité de investigación del hospital José Carrasco Arteaga.					X	X						Tatiana Zhinin
Revisión de Historias clínicas y recolección de datos							X	X				Tatiana Zhinin
Tabulación y análisis Estadístico								X				Tatiana Zhinin
Redacción de las conclusiones y recomendaciones									X			Tatiana Zhinin
Entrega del informe final											x	Tatiana Zhinin



CAPITULO IX

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica. Quito; 2013.
2. Alianza Cinets. Guía de práctica clínica para la prevención y el manejo de la Hemorragia postparto y complicaciones del choque hemorrágico. Colombia [Internet]. 2013; Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v64n3/v64n3a05.pdf>; 64(4).
3. Solari A. SC,WA,GM,EG. Hemorragia del posparto. Principales etiologías. Prevención, diagnóstico y tratamiento. RevMedClinCondes. 2014;25(6):993-103.
4. Candiotti RE. Incidencia de la hemorragia inmediata postparto vaginal en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el año 2015 [Tesis de Posgrado]. Universidad San Martín de Porres; 2015.
5. Mendoza Juárez MEM, Hurtado Estrada G. "MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN HEMORRAGIA OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, INSTITUTO MATERNO INFANTIL DEL ESTADO DE MÉXICO, IMIEM, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 01 DE JULIO 2011 AL 01 DE AGOSTO 2012". 2013 [citado 28 de enero de 2019]; Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/14025>
6. Fatima T. Cumplimiento del protocolo de hemorragia postparto inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Regional, Escuela Santiago de Jinotepe. [Internet] [Tesis de Grado]. [Nicaragua]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2017. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/4538/1/96686.pdf>
7. López-García LF, Ruiz-Fernández DP, Zambrano-Cerón CG, Rubio-Romero JA. 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. 29 de septiembre de 2017;68(3):218.
8. Flores Lapa Daniel. Factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato, Hospital PNP "Luis N.Saenz. [Internet] [Tesis de Grado]. Universidad Ricardo Palma; 2017. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/1148/TESIS%20-%20FLORES%20LAPA%20DANIEL%20ANGEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Ngwenya S. Postpartum hemorrhage: incidence, risk factors, and outcomes in a low-resource setting. Int J Womens Health. noviembre de 2016;Volume 8:647-50.
10. Calle S, Espinoza B. Prevalencia, causas y factores de riesgo asociados a la hemorragia postparto (Hpp) en las pacientes del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso. [Internet] [Tesis de Doctorado].



[Cuenca]: Universidad Estatal de Cuenca; 2014. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23071/1/TESIS.pdf>.

11. Córdor P., Naranjo M. Prevalencia de hemorragia postparto y su asociación con obesidad y/o anemia durante el embarazo en pacientes atendidas en los Hospitales Luz Elena Arismendi en Quito y Dr Gustavo Domínguez en Santo Domingo [Internet] [Tesis de Posgrado]. [Quito]: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.; 2018. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14977/tesis%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
12. Apolo IJ. Hemorragia postparto, éxito en el manejo terapéutico y prevalencia en pacientes de 15 a 40 años en el Hospital Matilde Hidalgo De Procel. [Internet] [Tesis de Doctorado]. [Guayaquil]; 2017. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/30708>.
13. Flores c. Prevalencia y Factores asociados a Hemorragia postparto durante el puerperio inmediato en las mujeres gestantes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora Loja. [Tesis de Grado]. [Loja]; 2015.
14. Rubio-Romero JA, Guevara-Cruz ÓA, Gaitán-Duarte H. Validity of visual estimation of blood loss as diagnostic tool in severe post partum hemorrhage in an university hospital. Bogotá. 2007. Rev Fac Med. julio de 2010;58(3):173-84.
15. Zhang W-H, Deneux-Tharoux C, Brocklehurst P, Juszczak E, Joslin M, Alexander S, et al. Effect of a collector bag for measurement of postpartum blood loss after vaginal delivery: cluster randomised trial in 13 European countries. BMJ. 1 de febrero de 2010;340:c293.
16. Instituto Nacional de Censos y Estadísticas. Anuario Nacimientos y Defunciones. Quito-Ecuad. 2013;53(9):527.
17. Suárez G. Impacto de la hemorragia obstétrica mayor en la morbilidad materna extremadamente grave. 2016;42(2).
18. Aldo S. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev Med Clin Las Condes [Internet]. 2014;25(6). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-hemorragia-del-postparto-principales-etilogias-S0716864014706492>).
19. Bertucci S. MANEJO ANESTESICO DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA POSTPARTO. Anest Analg Reanim. junio de 2014;27(1):5-5.
20. Belfort M. A. Overview of postpartum hemorrhage. 2018 [Internet]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage#H1>



21. 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.
22. Firmin M, Carles G, Mence B, Madhusudan N, Faurous E, Jolivet A. Postpartum hemorrhage: incidence, risk factors, and causes in Western French Guiana. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. enero de 2019;48(1):55-60.
23. Chica K. Frecuencia de la hemorragia postparto y postcesárea en pacientes del Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano. [Tesis de Grado]. [Manta]; 2014.
24. Apaza Valencia J, Huamán Guerrero M. Flujo sanguíneo uterino en el embarazo. *Rev Peru Ginecol Obstet*. abril de 2015;61(2):127-34.
25. Cabero i Roura L, Cabrillo Rodríguez E, Bajo Arenas JM, Calaf Alsina J, Cararach Ramoneda V, Davi Armengol E, et al. Tratado de ginecología y obstetricia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Madrid: Médica Panamericana; 2013.
26. Palomo T. Incidencia de hemorragia postparto por atonía uterina. [Internet] [Tesis de Posgrado]. [Guatemala]: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2014. Disponible en: <http://www.repositorio.usac.edu.gt>.
27. Hernández G, Gaytan L, Buensuseso J, Mendoza J, Zamora E. Hemorragia obstétrica posparto: reanimación guiada por metas. México [Internet]. 2014;80(3). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2014/ju133f.pdf>.
28. Petro G, Bustamante M, Rubiano G, Martínez E, Peña C, Cabrera T. Guía de hemorragia posparto- Código Rojo. Bogotá-Colomb [Internet]. 2013; Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/Guia%20Maternidad-Codigo%20Rojo_7A.pdf.
29. Asturizaga P, Toledo L. Hemorragia Obstétrica. Paz- Bolív [Internet]. 2014;20(2). Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009.
30. Rodríguez D. Patología benigna del cuerpo uterino. *Barc-Esp*. 2015;450.
31. Prevalencia de hemorragia puerperal en pacientes del Hospital Matilde Hidalgo de Guayaquil. [Tesis de Grado]. [Guayaquil]: Universidad de Guayaquil; 2018.
32. Beckmann CRB, American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstetricia y ginecología. Barcelona: Wolters Kluwer; 2015.
33. Hernández M.A., García T. Factores de riesgo de Hemorragia Obstétrica. *Ginecol Obstet Mex*. 2016;84(12):757-64.
34. Rivero Mabel, Avanza Maria, Alegre Maria, Valsecia Mabel. Hemorragia Postparto: Incidencia, Factores de riesgo y tratamiento. Argentina.



35. Bowen O, María N. Factores de riesgo asociados a hemorragia postparto en pacientes del Servicio de Ginecología [Internet] [Thesis]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2018 [citado 16 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31124>
36. Castro Minda JB, García Gómez DA. Factores de riesgo obstétrico asociados a hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017. Los Rios-Babahoyo [Internet]. 2018 [citado 16 de febrero de 2019]; Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/4568>
37. Malvino DE. Shock Hemorrágico en Obstetricia. 2010;200.
38. Vasquez A. Hemorragia postparto en adolescentes: perfil clínico y complicaciones en el Hospital Universitario de Guayaquil. [Internet] [Tesis de Grado]. [Guayaquil]: Universidad de Guayaquil; 2017. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/33064>
39. García Velásquez V, González Agudelo M, Cardona Ospina A, Ardila Castellanos R. Association between fibrinogen levels and the severity of postpartum haemorrhage. Rev Colomb Anestesiol. abril de 2015;43(2):136-41.
40. Vizcarra-Vizcarra C, Hurtado-Arístegui A, Gonzales J. Injuria renal aguda en la gestación: experiencia en un hospital general en Arequipa-Perú, 2003-2013. :7.
41. Tanwar R, Agarwal D, Gupta R, Rathore V, Beniwal P, Joshi P, et al. Characteristics and outcome of postpartum acute kidney injury requiring dialysis: A single-center experience from North India. Saudi J Kidney Dis Transplant. 2018;29(4):837.
42. Neri-Mejía M, AG Pedraza-Avilés. Tratamiento activo del tercer periodo del trabajo de parto: tres esquemas de oxitocina. Ginecol Obstet México. 15 de abril de 2017;84(05):306-13.
43. Jambay J. Prevalencia de Hemorragia Puerperal en pacientes del Hospital Matilde Hidalgo de Guayaquil. [Guayaquil]: Universidad de Guayaquil;



ANEXOS

ANEXO 1: Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA
Edad materna	Años de vida desde el nacimiento hasta la captación del embarazo	Biológica	< de 20 De 20-35 > de 35	Ordinal
Escolaridad materna	Ultimo grado educacional aprobado	Nivel de instrucción	Ninguna Primaria Secundaria Tercer Nivel Cuarto Nivel	Nominal
Lugar de residencia	Espacio o sitio donde habita una persona	Sitio o lugar	Urbana Rural	Nominal
Paridad	Número total de embarazos que ha tenido una mujer	Biológica	Nulípara Plúripara Múltipara Gran Múltipara	Nominal
Tipo de parto	Clasificación del tipo de parto	Tipológica	Vaginal Cesárea	Nominal
Control Prenatal	Número de controles prenatales realizados para preservar el bienestar materno-fetal	Numérica	Suficiente > 6 Insuficiente 3-5 No control 0-2	Ordinal
Antecedentes Gineco-obstétricos	Antecedentes personales de enfermedades gineco-obstétricas	Patológica	Polihidramnios Embarazo múltiple Hipertensión gestacional Placenta previa Cesárea previa	Nominal



			Desprendimiento placentario Macrosomia fetal Antecedente Hemorragia Sangrado el embarazo Oligohidramnios Hipotiroidismo	
Hemorragia postparto	Pérdida sanguínea de >500cc en parto vaginal y > 1000cc en cesárea	Patológica	Si No	Nominal
Perdida sanguínea	Volumen de sangre perdido durante la hemorragia.	Grado I Grado II Grado III Grado IV	500ml a <1000ml (10-15%) 1000ml a <1500ml (15-25%) 1500ml a <2000ml (25-35%) 2000ml a 3000ml (35-50%)	Ordinal
Factores de riesgo	Característica, rasgo, circunstancia o situación que aumenta la probabilidad de ocurrencia de Hemorragia postparto.	Síndrome	Control prenatal insuficiente Anemia Período intergenésico < 2 años Período intergenésico > 7 años Primiparidad Multiparidad Edad >35 años Edad <16 años Embarazo múltiple Trastornos hipertensivos Placenta previa Cesárea previa	Nominal



			Desprendimiento prematuro de placenta	
			Trabajo de parto prolongado	
			Conducción del parto	
			Inducción del parto	



ANEXO 2: Carta de compromiso ético



CARTA DE COMPROMISO ÉTICO

Yo Tatiana Elizabeth Zhinin León, con cédula de ciudadanía N° 0105955538, autor del trabajo de investigación previo a la obtención de título de Médico, con el tema "Frecuencia y factores de riesgo asociados a Hemorragia Postparto en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca, septiembre 2017-agosto 2018", mediante la suscripción del presente documento me comprometo a que toda la información recolectada se utilizara estrictamente para el análisis y desarrollo de la investigación, los datos estadísticos obtenidos serán de manera confidencial y no se revelara a personas ajenas a este proyecto.

La matriz utilizada para la recolección de datos que se realiza tiene fines académicos, los datos que se recolectaran permitirá conocer la frecuencia y factores de riesgo asociados a Hemorragia Postparto en el Hospital José Carrasco Arteaga, las personas que no participen en este proyecto de investigación no podrán conocer ninguna información que permita la identificación de las personas participantes.

Cuenca, 10 de Julio de 2019

Tatiana Elizabeth Zhinin León
C.I.: 0105955538
Autora de la Investigación



ANEXO 3: Formulario de recolección de datos



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA

Formulario de Recolección de datos del trabajo de investigación previo a la obtención del título de médico, con el tema “Frecuencia y Factores de riesgo asociados a hemorragia postparto en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca, Septiembre 2017- Agosto 2018”,

de Formulario: _____

DATOS DE FILIACION

1. Edad de la madre:
 - Menos de 20 años (1)
 - De 21 a 35 años (2)
 - Más de 35 años (3)
2. Escolaridad:
 - Ninguno (1)
 - Primaria (2)
 - Secundaria (3)
 - Tercer nivel (4)
 - Cuarto nivel (5)
3. Lugar de residencia
 - Urbana (1)
 - Rural (2)

DATOS OBSTETRICOS

4. Paridad
 - Nulípara (1)
 - Plurípara (2)
 - Multípara (3)
 - Gran multípara (4)
5. Tipo de parto
 - Vaginal (1)



- Cesárea (2)
- 6. Antecedentes gineco-obstétricos
 - Polihidramnios (1)
 - Embarazo múltiple (2)
 - Diabetes Gestacional (3)
 - Hipertensión Gestacional (4)
 - Preeclampsia / eclampsia (5)
 - Placenta previa (6)
 - Cesárea previa (7)
 - Desprendimiento placentario (8)
 - Macrosomía fetal (9)
 - Antecedente de hemorragia postparto (10)
 - Sangrado durante el embarazo (11)
 - Oligohidramnios (12)
 - Hipotiroidismo (13)
 - Ninguno (14)
- 7. Se realizó controles prenatales durante el embarazo
¿Cuántos?
 - más de 6 controles (1)
 - 3 a 5 controles (2)
 - 0 a 2 controles (3)
- 8. Valor de hemoglobina anteparto
 - Mayor a 11 mg/dl, Normal (1)
 - De 9 a 11 mg/dl, Anemia leve (2)
 - De 7 a 9 mg/dl, Anemia moderada (3)
 - Menor de 7mg/dl, Anemia severa (4)
- 9. Valor de hemoglobina postparto
 - Mayor a 11 mg/dl, Normal (1)
 - De 9 a 11 mg/dl, Anemia leve (2)
 - De 7 a 9 mg/dl, Anemia moderada (3)
 - Menor de 7mg/dl, Anemia severa (4)
- 10. Trabajo de parto prolongado
 - SI (1)
 - NO (2)
 - Primigesta
 - Fase latente más de 14 horas
 - Fase activa más de 8 horas
 - Multigesta
 - Fase latente más de 6 horas
 - Fase activa más de 4 horas



11. Inducción al trabajo de parto

- SI (1)
- NO (2)

12. Conducción al trabajo de parto

- SI (1)
- NO (2)

HEMORRAGIA POSTPARTO

13. Presencia de hemorragia postparto

- SI (1)
- NO (2)

14. Causas de la hemorragia postparto

- Tono: Atonía uterina (1)
- Trauma: Lesión cervical o vaginal, ruptura uterina (2)
- Tejido: Retención de productos de la concepción (3)
- Trombina: coagulopatía presente o adquirida (4)

15. Cuál fue el valor de la pérdida sanguínea

- De 500ml a <1000ml (10-15%) (1)
- De 1000ml a <1500ml (15-25%) (2)
- De 1500ml a <2000ml (25-35%) (3)
- De 2000ml a 3000ml 35-50% (4)

16. Presencia de factores de riesgo

Control prenatal insuficiente	Trastornos hipertensivos	
Anemia	Placenta previa	
Período intergenésico < 2 años	Cesárea previa	
Período intergenésico > 7 años	Desprendimiento prematuro de placenta	
Primiparidad	Trabajo de parto prolongado	
Multiparidad	Conducción del parto	
Edad >35 años	Inducción del parto	
Edad <16 años	Ninguno	
Embarazo múltiple		



ANEXO 4: Oficio de aprobación por departamento de Bioética



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 20/3/2019

El Comité Institucional de Bioética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Medicina.

CERTIFICA

Que ha conocido, analizado y aprobado el proyecto de investigación titulado

Frecuencia y factores de riesgo asociados a hemorragia postparto en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca, septiembre 2017-agosto 2018

Trabajo de titulación realizado por Tatiana Elizabeth Zhinin León

Código: Zh38FreME08

DR. CARLOS FLORES MONTESINOS

RESPONSABLE COMITÉ DE BIOÉTICA





ANEXO 5: Oficio de aprobación de Tema de Tesis



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

Dirección: Manuel Vega y Pio Bravo
Telf. 2830752 – 4123175

Cuenca, 14 de marzo de 2019

A estudiante: **TATIANA ELIZABETH ZHININ LEON**

Tema: FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO EN EL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, CUENCA, SEPTIEMBRE 2017-AGOSTO 2018.

Por el siguiente medio le informamos que el tema de investigación que ha propuesto para Trabajo de Titulación, ha sido revisado teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- 281- Pertinencia del tema.
- 282- Ajuste a las Líneas de Investigación de la Institución.
- 283- Relación con las Áreas del conocimiento declaradas por la UNESCO.
- 284- Vinculación al Plan Nacional del Buen Vivir, objetivo 3 del mismo.
- 285- Correspondencia con el Plan de Desarrollo Regional de la Zona B y Plan de Desarrollo local.
- 286- Factibilidad del tema.
- 287- Novedad del mismo.
- 288- Muestra suficiente para la realización del tema.
- 289- Aporte científico teórico y práctico.
- 290- No repetición del tema en trabajos de titulación anteriores en los últimos años.

Teniendo en cuenta estos aspectos su tema de Trabajo de Titulación ha sido:

Aprobado.

Aprobado con modificaciones.

No aprobado.

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

WWW.UCAUCU.EDU.EC



En el caso de temas no aprobados:

El estudiante tendrá 7 días para optar por el examen Complejivo o proponer un nuevo tema, con una nueva planilla de inscripción enviada al correo electrónico de la Unidad de Titulación. Si nuevamente resulta no aprobado el tema, debe optar por el Complejivo. Las características de este ya han sido socializadas en un mensaje anterior.

Las causas más frecuentes de no aprobación son:

- Tema muy repetido en los años anteriores, aunque no sea en el lugar de estudio, son demasiados estudios similares.
- No es posible lograr muestra suficiente.
- Temas mal elaborados.

En el caso de temas aprobados:

El autor debe tener en cuenta que: El Dpto. de Investigaciones y la Unidad de Titulación no se responsabilizan conque no se pueda desarrollar el tema por aspectos como: no recolección de la muestra suficiente, no disponibilidad de medios diagnósticos o terapéuticos por roturas, pérdidas u otros aspectos relacionados con la institución de desarrollo del tema, no aprobación por parte de la institución donde desarrollará el tema, o cualquier otro aspecto no relacionado de manera directa con nuestra institución. Se supone que al seleccionar el tema tuvo en cuenta todos los aspectos anteriores y es su responsabilidad como autor del mismo.

En caso de temas aprobados con modificaciones deben revisar el actual oficio para conocer las sugerencias a realizar y enviar una nueva planilla corregida al correo electrónico de la Unidad de Titulación en un plazo de 7 días. Una vez comprobados los cambios, serán aprobados y comunicados a ustedes por oficio.

Este oficio será enviado a cada estudiante cuando se aprueben definitivamente los temas por el Consejo Directivo. Es obligación del autor conservar este documento hasta la sustentación final y formará parte de los anexos del Protocolo y Trabajo de Titulación.

Alientamiento


UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA
DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN
DRA. KARLA ASPIAZU H. MGS
RESPONSABLE DE INVESTIGACIÓN.


UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA
DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN
LCDA. CAREM PRIETO F. MGS.
RESPONSABLE (S) DE TITULACIÓN



ANEXO 6: Autorización para publicación en el repositorio Institucional



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Tatiana Elizabeth Zhinin León, portadora de la cédula de ciudadanía No. 0105955538. En calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación "FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO EN EL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, CUENCA, SEPTIEMBRE 2017-AGOSTO 2018", de conformidad a lo establecido en el artículo 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los conocimientos, creatividad e innovación reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos, Así mismo; autorizo a la Universidad para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 10 de Julio de 2019

Tatiana Elizabeth Zhinin León

C.I.: 0105955538



ANEXO 7: Aprobación del Departamento de Investigación del Hospital José Carrasco Arteaga

	INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA COORDINACIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN
ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	
En la ciudad de Cuenca, con fecha 21 de marzo del presente año, recibo Documento.	
FECHA DE RECEPCIÓN	21/03/2019
FECHA DE ACEPTACIÓN	22/03/2019
REVISADO POR:	<i>n.h/sivent</i>
TÍTULO	"FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, CUENCA, SEPTIEMBRE 2017 AGOSTO 2018."
CONTENIDO	PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
FIN DE PROYECTO	ABRIL
AUTORES	TATIANA ELIZABETH ZHININ LEÓN 0105955538
CORREO ELECTRONICO	tzhinin@uncc.edu.ec
DIRECCIÓN	Cda Las Orquídeas
TELEFONO	2868407
CELULAR	0992792012
REVISORES	

Para constancia de lo actuado se firma en original y una copia

 CLAUDIA CABRERA TORAL	 TATIANA ELIZABETH ZHININ LEÓN UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
--	---

Av. José Carrasco Arteaga entre Popayan y Pedro Andino Comutador: 07 2861900 Ext. 2063 P.O. Box 0101045 Cuenca - Ecuador. Investigación: tel: 07 2864888 E-mail: docsincatjca@hotmail.com



ANEXO 8: Informe de sistema antiplagio

Hemorragia

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%

INDICE DE SIMILITUD

8%

FUENTES DE
INTERNET

1%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

5%

★ dspace.ucuenca.edu.ec

Fuente de Internet

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 50 words

Excluir bibliografía

Activo



ANEXO 9: Rúbricas de pares revisores



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formaran parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema:	Embarazo y factores de riesgo asociados a Hemorragia Posparto en el Hospital José Gonzalo Ortega Cuenca, septiembre 2017 - Agosto 2018
Nombre del estudiante:	Jafina Elizabeth Tiana Alán
Obstori:	Dr. Esteban Alejo Robichón Martínez
Nombre de par revisor:	Dr. Javier Mejía

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	/			/ 25
Redacción Científica	/			/ 25
Pensamiento crítico	/			/ 25
Mazo teórico	/			/ 25
Anexos	/			/ 25
Total	/			5 25

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	<input type="checkbox"/>
Tesis apta para sustentación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para sustentación	<input type="checkbox"/>

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Firma y sello de responsable

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN





UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formaran parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: Frecuencia y Factores de riesgo asociados a Hemorragia Abdominal en el Hospital José Gregorio Arango, Cuenca, Septiembre 2017 - Agosto 2018

Nombre del estudiante: Tuliana Elizabeth Zúñiga Azúa

Director: Dr. Edoardo Arturo Borrero Martínez

Nombre de par revisor: Dr. Freddy Corderos B.

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	/			/ 25
Redacción Científica	/			/ 25
Pensamiento crítico	/			/ 25
Marco teórico	/			/ 25
Anexos	/			/ 25
Total				5 100

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	<input type="checkbox"/>
Tesis apta para sustentación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para sustentación	<input type="checkbox"/>

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:


Firma y sello de responsable


Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec





ANEXO 10: Revisión de dirección de carrera



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR - CARRERA DE MEDICINA - UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica – Revisión final por parte de Dirección de Carrera de Medicina

Tema:	Frecuencia y factores de riesgo asociados al dengue reportado en el Hospital de Cuenca de la Campesina del 2011 - agosto 2012		
Nombre del estudiante:	Johanna Elizabeth Zúñiga León		
	Nombre del responsable de la calificación		
Director:	D. Freddy Polanco Pachón Rodríguez		
Asesor:	Dr. Jorge de Jesús Acosta Huay		

PROCESO	EVALUACIÓN				
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación	
				Aprobado	reprobado
Elaboración de tesis	/			/	
Redacción Científica	/			/	
Presentación oral	/			/	
Marco teórico	/			/	
Anexos	/			/	

* Marcar con una x lo que corresponda

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	/
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:


Firma y sello del Director o Representante de
Dirección de la Carrera de Medicina


Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pío Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacur.edu.ec