

UNIVERSIDAD DE HUANUCO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ALTO
RIESGO OBSTÉTRICO



UDH
UNIVERSIDAD DE HUANUCO
<http://www.udh.edu.pe>

TESIS

**“Factores de riesgo asociados a hemorragia post parto inmediato
en gestantes de parto vaginal. Hospital Tingo María. julio –
diciembre 2018”**

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

AUTOR: Aquino Maíz, Elmer

ASESORA: Palacios Zevallos, Julia Marina

HUÁNUCO – PERÚ

2023



U

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud pública
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2018-2019)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: segunda especialidad en alto riesgo obstétrico

Código del Programa: P39

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

D

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 41504857

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22407304

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0002-1160-4032

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Toscano Poma, Edilberto	Doctor en ciencias de la salud	22404044	0000-0002-3883-9480
2	Sinche Alejandro, Marisol	Magister en gestión pública	22489669	0000-0001-5710-8424
3	Marcelo Armas, Maricela Luz	Doctora en ciencias de la salud	04049506	0000-0001-8585-1426

H



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

“AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO”

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco siendo las 15:00 horas del día 08 del mes de Septiembre en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Títulos de la Segunda Especialidad, de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, se reunió el jurado calificador integrado por los siguientes docentes:

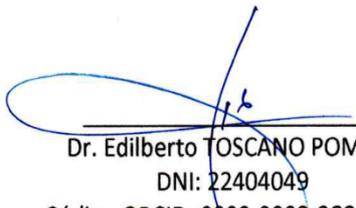
Presidente : Dr. Edilberto TOSCANO POMA
Secretaría : Mg. Marisol SINCHE ALEJANDRO
Vocal : Dra. Maricela MARCELO ARMAS (JURADO ACCESITARIA)

Nombrados mediante Resolución Nº 1996-2023-D-FCS-UDH de fecha 07 de setiembre del 2023 para evaluar la Tesis intitulada: “**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POST PARTO INMEDIATO HOSPITAL TINGO MARÍA JULIO – DICIEMBRE 2018**”, presentado por don **Elmer AQUINO MAIZ**, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional mención Alto Riesgo Obstétrico.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: Exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las interrogantes formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) aprobado Por Unanimidad con el calificativo cuantitativo de 7 y cualitativo de muy bueno.

Siendo las 16:00 horas del día 08 del mes de Setiembre del año 2023, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


Dr. Edilberto TOSCANO POMA
DNI: 22404049
Código ORCID: 0000-0002-3883-9480
PRESIDENTE


Mg. Marisol SINCHE ALEJANDRO
DNI: 22489669
Código ORCID: 0000-0001-5710-8424
SECRETARIA


Dra. Maricela MARCELO ARMAS
DNI: 04049506
Código ORCID: 0000-0001-8585-1436
VOCAL



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
ESCUELA DE POSGRADO
CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD



Yo, Julia Marina Palacios Zevallos, asesor(a) de la maestría en Ciencias de la Salud, mención Salud Pública y Docencia Universitaria y designado(a) mediante Resolución N° 1182-2018-D- EPG-UDH del Obstetra **ELMER AQUINO MAIZ**, de la investigación titulada “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POST PARTO INMEDIATO EN GESTANTES DE PARTO VAGINAL. HOSPITAL TINGO MARIA. JULIO – DICIEMBRE 2018”

Puedo constar que la misma tiene un índice de similitud del 15 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Antiplagio Turnitin. Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco 02 de octubre de 2023

Dra. Julia Palacios Zevallos

DNI: 22407304

Código ORCID: 0000-0002-1160-4032

PRIMERA ENTREGA

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%	12%	1%	6%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	riul.unanleon.edu.ni:8080 Fuente de Internet	1%
2	Submitted to Universidad Tecnológica de Bolívar,UTB Trabajo del estudiante	1%
3	hmra.gob.do Fuente de Internet	1%
4	www.kerwa.ucr.ac.cr Fuente de Internet	1%
5	peru.un.org Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universitat Politècnica de València Trabajo del estudiante	1%
7	riaa.uaem.mx Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to Caribbean University Trabajo del estudiante	<1%



Dra. Julia Palacios Zevallos

DNI: 22407304

Código ORCID: 0000-0002-1160-4032

DEDICATORIA

A mis padres Lorenza Maiz y Jose Aquino por su amor, sencillez y enseñanzas permanentes de valores y principios a través de sus ejemplos. Mis logros se los debo a ellos.

A mis hijos Anny Yaretzi y José Rodrigo que aprendimos a vivir tiempos difíciles de pandemia.

A mi esposa Alana, juntos en la vida y en el papel

AGRADECIMIENTO

A Dios por estar presente en todo momento de mi vida guiándome por el camino del éxito.

Al hospital Tingo Maria, departamento de estadística por las facilidades que me brindaron para la recolección de datos.

A mi asesora Dra. Julia M Palacios Zevallos por la orientación, soporte y paciencia que me brindo durante la elaboración de mi tesis.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	X
RESUMEN.....	XII
ABSTRACT.....	XIII
INTRODUCCIÓN.....	XIV
CAPITULO I.....	15
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	15
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	17
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	17
1.3. OBJETIVOS.....	18
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	18
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
1.4. TRASCENDENCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
1.5. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
CAPITULO II.....	20
MARCO TEÓRICO	20
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	20
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	20
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	23
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES.....	27
2.2. BASES TEÓRICAS	27
2.2.1. HEMORRAGIA POST PARTO.....	27
2.2.2. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO INMEDIATO	29
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	39
2.3.1. FACTOR DE RIESGO.....	39
2.3.2. HEMORRAGIA POST PARTO INMEDIATO	39

2.3.3. GESTANTE	39
2.3.4. PARTO VAGINAL	40
2.4. HIPÓTESIS.....	40
2.5. VARIABLES.....	41
2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE.....	41
2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE	41
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	42
CAPITULO III.....	43
MARCO METODOLÓGICO	43
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	43
3.1.1. ENFOQUE	43
3.1.2. ALCANCE O NIVEL	43
3.1.3. DISEÑO	44
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	44
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS....	45
3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	45
CAPITULO IV.....	46
RESULTADOS.....	46
4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS.....	46
4.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	46
4.1.2. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	50
4.1.3. VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES DE RIESGO	54
4.1.4. VARIABLE DEPENDIENTE: HEMORRAGIA POST PARTO INMEDIATO	67
4.2. RESULTADOS INFERENCIALES	69
4.3. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	74
4.3.1. DIMENSIÓN: ATONÍA UTERINA	74
4.3.2. DIMENSIÓN RETENCIÓN DE RESTOS	75
4.3.3. DIMENSIÓN LESIÓN DEL CANAL DE PARTO.....	75
CAPITULO V.....	77
DISCUSION DE RESULTADOS.....	77
5.1. CONTRASTACIÓN DE RESULTADOS.....	77
CONCLUSIONES	79

RECOMENDACIONES.....	81
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
ANEXOS.....	87

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad ginecológica de las gestantes con hemorragia en el post parto, del Hospital de Tingo María 2018	46
Tabla 2. Grado de instrucción de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018	47
Tabla 3. Lugar de procedencia de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018	48
Tabla 4. Estado civil de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018	49
Tabla 5. Número de gestaciones de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018	50
Tabla 6. Edad gestacional de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018	51
Tabla 7. Atención prenatal de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018	52
Tabla 8. Atenciones pre natales de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018	53
Tabla 9. Dimensión Atonía Uterina: Sobredistensión Uterina Diagnóstico de Polihidramnios de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018	54
Tabla 10. Dimensión Atonía Uterina: Sobredistensión Uterina Macrosomía Fetal en las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018	55
Tabla 11. Dimensión Atonía Uterina: Corioamnionitis Rotura prematura de membranas más de 24 horas de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018	56
Tabla 12. Dimensión Atonía Uterina: Agotamiento muscular Parto prolongado de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018	57
Tabla 13. Dimensión Atonía Uterina: Multiparidad Parto precipitado de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018	58
Tabla 14. Dimensión Retención de restos placentarios: Placenta Acretismo	

placentario de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018.....	59
Tabla 15. Dimensión Retención de Restos Placentarios: Placenta Cirugía previa (cesárea anterior) de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018	60
Tabla 16. Dimensión Retención de Restos Placentarios: Coágulos Alumbramiento con retención de coágulos de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018.....	61
Tabla 17. Dimensión Lesión del Canal de Parto: Desgarro del canal del Parto. Fase del Expulsivo Precipitado de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018	62
Tabla 18. Dimensión Lesión del Canal de Parto: Inversión Uterina. Alumbramiento Manual de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018	63
Tabla 19. Dimensión Lesión del Canal de Parto: Inversión Uterina. Maniobra de Credé en las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018.....	64
Tabla 20. Dimensión Alteraciones de la Coagulación: Adquiridas. Preeclampsia en las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018.....	65
Tabla 21. Dimensión Alteraciones de la Coagulación: Adquiridas. Síndrome de Hellp en las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018.....	66
Tabla 22. Dimensión Hemorragias: Dentro de las 24 horas post parto en las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018	67
Tabla 23. Dimensión Hemorragias: Mayor de 500 ml en las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018	68
Tabla 24. Estadísticos descriptivos 1	69
Tabla 25. Correlaciones 1	69
Tabla 26. Estadísticos descriptivos.....	70
Tabla 27. Correlaciones.....	70
Tabla 28. Estadísticos descriptivos 3.....	71
Tabla 29. Correlaciones 3.....	71

Tabla 30. Estadísticos descriptivos 4.....	72
Tabla 31. Correlaciones 4.....	72
Tabla 32. Estadísticos descriptivos 5.....	73
Tabla 33. Correlaciones 5.....	73
Tabla 34. La gestante tuvo un parto con producto Macrosómico.....	74
Tabla 35. El parto fue rápido o precipitado	74
Tabla 36. Durante el alumbramiento hubo retención de coágulos	75
Tabla 37. Durante el parto la fase del expulsivo fue precipitado.....	75
Tabla 38. Durante el embarazo se presentaron factores de riesgo relacionados con las alteraciones de la coagulación: Preeclampsia.....	75

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Edad	46
Gráfico 2. Grado de instrucción	47
Gráfico 3. Lugar de procedencia.....	48
Gráfico 4. Estado civil	49
Gráfico 5. Número de gestaciones de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018.....	50
Gráfico 6. Edad gestacional de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018	51
Gráfico 7. Tubo control prenatal.....	52
Gráfico 8. Atenciones pre natales.....	53
Gráfico 9. Dimensión Atonía Uterina: Sobredistensión Uterina Diagnóstico de Polihidramnios de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018.....	54
Gráfico 10. Dimensión Atonía Uterina: Sobredistensión Uterina Macrosomía Fetal en las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018.....	55
Gráfico 11. Dimensión Atonía Uterina: Corioamnionitis Rotura prematura de membranas más de 24 horas de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018	56
Gráfico 12. Dimensión Atonía Uterina: Agotamiento muscular Parto prolongado de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018.....	57
Gráfico 13. Dimensión Atonía Uterina: Multiparidad Parto precipitado de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018	58
Gráfico 14. Dimensión Retención de restos placentarios: Placenta Acretismo placentario de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018.....	59
Gráfico 15. Dimensión Retención de Restos Placentarios: Placenta Cirugía previa (cesárea anterior) de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018	60
Gráfico 16. Dimensión Retención de Restos Placentarios: Coágulos	

Alumbramiento con retención de coágulos de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018.....	61
Gráfico 17. Dimensión Lesión del Canal de Parto: Desgarro del canal del Parto. Fase del Expulsivo Precipitado de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018	62
Gráfico 18. Dimensión Lesión del Canal de Parto: Inversión Uterina. Alumbramiento Manual de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018	63
Gráfico 19. Dimensión Lesión del Canal de Parto: Inversión Uterina. Maniobra de Credé en las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018.....	64
Gráfico 20. Dimensión Alteraciones de la Coagulación: Adquiridas. Preeclampsia en las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018	65
Gráfico 21. Dimensión Alteraciones de la Coagulación: Adquiridas. Síndrome de Hellp en las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018.....	66
Gráfico 22. Dimensión Hemorragias: Dentro de las 24 horas post parto en las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018	67
Gráfico 23. Dimensión Hemorragias: Mayor de 500 ml en las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018	68

RESUMEN

Objetivo: Conocer los factores de riesgo asociados a hemorragia post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital de Tingo María en el periodo de julio a diciembre del 2018.

Métodos y técnicas: La investigación fue realizada de manera observacional, transversal, analítica, y relacional, los datos se tomaron de los eventos que se suscitaron de manera retrospectiva y la recolección de datos en una sola medición.

Resultados: En los resultados de la muestra de gestantes de parto vaginal, se observa que el 32% de estas tuvieron un bebé macrosómico, un 48% tuvieron un parto precipitado, el 84% de ellas tuvo retención de coágulos durante el alumbramiento, el 24% que durante el parto la fase del expulsivo fue precipitado, el 28% presentaron factores de riesgo relacionados con alteraciones de coagulación (preeclampsia).

Palabras claves: Factores, hemorragia, riesgo, post, gestantes.

ABSTRACT

Objective: To know the risk factors associated with immediate postpartum hemorrhage in pregnant women with vaginal delivery at the Hospital de Tingo María in the period from July to December 2018.

Methods and techniques: The research was carried out in an observational, cross-sectional, analytical, and relational way, the data was taken from the events that arose retrospectively and the data was collected in a single measurement.

Results: In the results of the sample of pregnant women with vaginal delivery, it is observed that 32% of them had a macrosomic baby, 48% had a precipitous delivery, 84% of them had clot retention during childbirth, 24 % that during childbirth the expulsive phase was precipitated, 28% presented risk factors related to coagulation disorders (preeclampsia).

Keywords: Factors, hemorrhage, risk, post, pregnant women.

INTRODUCCIÓN

La causa más importante de muerte materna y perinatal en el mundo es la hemorragia en el puerperio, millones de mujeres presentan una hemorragia pos-parto cada año en todo el mundo. Esto ha motivado la razón de la presente investigación, conocer los factores de riesgo asociados a hemorragia post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital de Tingo María en el periodo de julio a diciembre del año 2018.

A continuación, la estructura del contenido es de la siguiente manera:

Capítulo I. Se da a conocer la situación problemática, los objetivos y las razones que llevaron a realizar la investigación

Capítulo II. Se muestran las teorías que dan respaldo como base teórica y antecedentes de estudio a la presente investigación.

Capítulo III. Se describe el método utilizado para realizar la presente investigación, así como la muestra y población.

Capítulo IV. Se presentan los resultados obtenidos a través de la aplicación del instrumento, mediante el uso de tablas y gráficos.

Capítulo V. Se presentan la discusión de resultados, las conclusiones y recomendaciones.

Finalmente, los anexos y bibliografía

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La hemorragia post parta, es la causa más importante de hemorragia en el puerperio, la principal causa de muerte materna y perinatal en países desarrollados y una causa principal de morbilidad a nivel mundial. (1)

De las 529,000 muertes anuales relacionadas con el embarazo que ocurren cada año en todo el mundo, la HPP continúa siendo un gran problema, contribuyendo hasta en 25% a 30% de esas muertes, en los países en vías de desarrollo. (2)

En números absolutos, aproximadamente 14 millones de mujeres presentan una hemorragia pos-parto cada año en todo el mundo, y si bien es cierto que la hemorragia posparto es un gran problema aún por resolver en los países del tercer mundo, en los países desarrollados, o en aquellos en vías de desarrollo pero con una tasa alta de nacimientos institucionalizados y asistidos por personal entrenado, la hemorragia post parto continúa siendo causa significativa de morbilidad y mortalidad materna. (3)

La hemorragia pos parto, ocurre aproximadamente en 4% de los partos vaginales y 6% de los partos por cesárea. La muerte en el mundo por hemorragia posparto en países en vías de desarrollo es 1 por 1 000 partos. La Organización Mundial de la Salud estimó en 20 millones el número anual de las complicaciones maternas por HPP. (4)

Cada día, alrededor de 16 mujeres fallecen por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto en América Latina y el Caribe y unos 250 niños mueren antes de cumplir los 28 días de vida. La hemorragia vaginal es una de las complicaciones postparto más frecuentes. Se estima que, en todo el mundo, alrededor del 11% de las mujeres que dan a luz un nacido vivo sufren hemorragia postparto severa.

Las mujeres que viven en condiciones de pobreza, en zonas más alejadas, con menor nivel de educación, indígenas y de otros grupos étnico/raciales y en situación de violencia de género, tienen mayor riesgo de mortalidad materna. Pero hasta el 95% de la mortalidad materna podría ser evitada con el conocimiento y tecnología ya disponible. Entonces, "permitir" esas muertes es, en cierto modo, atentar contra el derecho de las personas.

Según la OPS, entre los factores evitables de estas muertes maternas están la falta de transporte de emergencia, de personal debidamente capacitado, de sangre para transfusiones, el tratamiento por debajo de los estándares mínimamente requeridos en instituciones de salud y también aquellos factores relacionados con la comunidad y el paciente. (5)

Asimismo, la hemorragia post parto, es la principal causa de muerte materna en el Perú. La ocurrencia de muertes maternas es como sigue: durante el embarazo 25%, entre las primeras 24 horas 50%, entre las semanas 2 y 6 después del parto 5% y entre los 2 a 7 días después del parto 20%.

Dentro de los factores posibles de riesgo encontramos al parto prolongado, el parto acelerado o precipitado, el parto inducido, la sobredistensión uterina (polihidramnios, embarazos múltiples, macrosomía fetal, Multiparidad), retención de restos placentarios, traumas o anomalías de coagulación así como la miomatosis uterina y los relajantes uterinos. (6)

En el Hospital de Tingo María, la situación que se atraviesa debido a las complicaciones que se presentan durante el embarazo, el parto y el puerperio, no escapan a la realidad presentada a nivel mundial y nacional, sobre todo en la etapa del post parto, en donde el riesgo es mucho mayor, por lo mismo que son peligros y riesgos impredecibles y que se presentan de un momento a otro, por ello la importancia de conocer los factores que pueden llevarnos a conocer el riesgo y a poder tomar las medidas para prevenirlas.

Por todo lo expuesto se plantea la siguiente interrogante.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a hemorragia post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados con la atonía uterina asociados a hemorragia post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados con la retención de restos placentarios asociados a hemorragia post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018??
- ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados con lesiones del canal del parto asociado a hemorragia post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados con las alteraciones de la coagulación asociados a hemorragia post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes de parto vaginal con hemorragia post parto inmediato en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018?
- ¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes de parto vaginal con hemorragia post parto inmediato en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Conocer los factores de riesgo asociados a hemorragia post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los factores de riesgo relacionados con la atonía uterina asociados a hemorragia post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.
- Determinar los factores de riesgo relacionados con la retención de restos placentarios asociados a hemorragia post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.
- Determinar los factores de riesgo relacionados con lesiones del canal del parto asociado a hemorragia post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.
- Determinar los factores de riesgo relacionados con las alteraciones de la coagulación asociados a hemorragia post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.
- Identificar las características sociodemográficas de las gestantes de parto vaginal con hemorragia post parto inmediato en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.
- Identificar las características obstétricas de las gestantes de parto vaginal con hemorragia post parto inmediato en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.

1.4. TRASCENDENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene implicancia práctica, puesto que nos lleva al conocimiento del riesgo que producen durante el post parto inmediato las hemorragias, trayendo consigo la morbimortalidad materna y perinatal, lo que provee una base para la atención personalizada a cada una de las gestantes y adoptar medidas para reducir los altos índices de muertes maternas, que son un problema de salud pública.

Existe una relevancia social, ya que los factores de riesgo de hemorragias maternas en el post parto, que se presentarán como lo evidencia el presente estudio, es un problema de salud pública que no solo ponen en riesgo la vida de la madre sino también la del producto, y por lo tanto implica un problema que afecta a la pareja, la familia y la sociedad.

Por todo ello se considera relevante a través de la presente investigación, contribuir con la sociedad y en la comunidad científica con la ampliación del conocimiento en esta área de la Salud Sexual y Reproductiva.

1.5. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es viable porque el estudio está delimitado a una muestra determinada, un tiempo, un lugar y un proceso de estudio que permitieron la realización del mismo, sin ninguna dificultad.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Colombia 2020, Richard Jesús Guardo Pérez en su investigación Factores de riesgo asociados a hemorragia postparto por atonía uterina, plantea como objetivos establecer la prevalencia y asociación de los factores relacionados con hemorragia posparto por atonía uterina; utilizando una investigación analítica de casos y controles en pacientes en puerperio inmediato, tuvo en cuenta dos grupos, uno con historias clínicas de pacientes con hemorragia posparto asociada a atonía uterina, y el grupo 2 (definido como control) con historias clínicas de pacientes en periodo de puerperio sin hemorragia posparto, para ello se tomaron 30 historias clínicas como casos y 61 como controles; su población estudiada tuvo edad promedio de 26.8 años, la atención en sala de parto en 67.0%, las comorbilidades se presentaron en 9.9% con predominio de anemia con 37.4% e hipertensión en 8.8%, antecedente de HPP en 16.5%, 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, tres o más partos vaginales previos, atención en quirófano, con atención en sala de parto y gestación múltiple. En conclusión: los factores de riesgo asociados a HPP por atonía uterina en las pacientes atendidas durante el primer semestre del 2018 fueron la edad mayor a 35 años, presencia de anemia, antecedente de dos o más cesáreas, tres o más partos vaginales previos, atención en quirófano y gestación múltiple; mientras que la atención en sala de parto se asoció como factor protector. (7)

Cuba 2019, Teresa Columbie, Raydel Pérez y Yoanne Cordero, al realizar la investigación titulada Factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato, plantaron su objetivo de evaluar la

actuación médica protocolizada ante el manejo de los factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato, para ello realizaron un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo desde el 2015 hasta el 2018, con una muestra de 105 puérperas; para ello plantearon las variables: factores de riesgos, etiología, acciones resolutorias, medidas de prevención, pautas diagnósticas preliminares, acciones terapéuticas, severidad del sangrado, respuesta al tratamiento y complicaciones. La evaluación de la actuación se estandarizó como: Muy Bien (96 a 100 %), Bien (90 a 95,9 %), Regular (85 a 89,9 %) y Mal (Menos de 85%); dentro de los resultados encontraron que los factores de riesgo como 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%) como etiologías más frecuentes, el 100% de sus actuaciones fueron las medidas de prevención la clasificación por Banco de Sangre y Alumbramiento Activo, el diagnóstico a través de la cuantificación de la hemorragia y la detección de los signos de agravamiento y choque hipovolémico; en conclusión, evaluaron la actuación médica protocolizada, de la hemorragia en el postparto inmediato y recomiendan la búsqueda activa de los incipientes síntomas y signos de agravamiento desde un enfoque integral sindrómico y de riesgos que particularice el estado previo carencial y la repercusión hemodinámica individual. (8)

Nicaragua 2016. Claudia Ordeñana, en su tesis final titulada “Factores de riesgo asociados a hemorragia post parto inmediato, en pacientes del servicio de labor y parto, en el Hospital Escuela César Amador, tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a hemorragia post parto inmediato, pacientes de labor y parto, HECAM, Matagalpa segundo semestre 2015, utilizando el diseño metodológico: estudio analítico, transversal de casos y controles, el universo: 1622 pacientes, partos vaginales, muestreo sistemático de 80 pacientes; los resultados obtenidos fueron: Factor edad $p=0.044$. Factor procedencia $p=0.36$. Factor escolaridad $p=0.82$. Factor estado civil $p=0.44$. Factor paridad $p=0.25$. Factor antecedente de aborto $p=0.41$. Factor

antecedente de HPP $p=0.49$. Factor PIC $p=0.33$. Factor embarazo múltiple $p=0,31$. Factor talla baja $p=0.46$. Factor Macrosomía fetal $p=1$. Factor SHG $p=0.76$. Factor hidramnios $p=1$. Factor Trabajo de Parto Prolongado $p=0$. Factor trabajo de parto precipitado $p=0.15$. Factor alteración de la coagulación $p=1$. Factor retención placentaria $p=0.040$. Factor desgarros $p=0.80$. Factor hipotonía uterina $p=0$. Factor restos placentarios $p=0$. (9)

México 2016, Hernández-Morales MA y García- de la Torre JI, llevaron a cabo la investigación titulada “Factores de riesgo de hemorragia obstétrica” donde se plantearon el siguiente objetivo: determinar los factores de riesgo de hemorragia obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Universitario de Saltillo; utilizaron el siguiente material y métodos: estudio prospectivo, descriptivo y comparativo efectuado en pacientes atendidas en el Hospital Universitario de Saltillo entre marzo de 2014 y marzo de 2015; para lo cual se integraron dos grupos de estudio: pacientes con hemorragia (grupo problema) y sin ésta (grupo control) y se subdividieron según la vía de nacimiento: parto o cesárea; dentro los resultados obtuvieron lo siguiente: se incluyeron 371 pacientes: 312 del grupo control y 59 del grupo problema, se estimó una incidencia de 16% de hemorragia obstétrica y el factor de riesgo más relevante fue la conducción del trabajo de parto (20 vs 9% $p = 0.0044$); llegando a las siguientes conclusiones: los factores de riesgo asociados con la hemorragia obstétrica son susceptibles de ser identificados a partir del primer contacto, pero se pasó por alto que el más relevante para hemorragia en nuestra institución fue el intervencionismo y la indicación indiscriminada de oxitocina. (10)

Nicaragua 2016. Johana M. Iglesias Castro y Daniela del C. Urbina, llevaron a cabo una investigación titulada “Factores de riesgo asociados a hemorragia post parto en las mujeres que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del HECAM, Matagalpa 2010-2013”; planteándose el siguiente objetivo: describir factores más importantes para la morbimortalidad provocada por esta complicación; el estudio

estuvo constituido por 138 mujeres a las que se les atendió parto vía vaginal y cesárea siendo este de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, con enfoque cuali –cuantitativo, la información se obtuvo de fuente secundaria como el expediente clínico se procesó y analizó en el programa estadístico SPSS, encontraron que de 27,998 partos vía vaginal y cesárea atendidos se registró una incidencia. La mayoría de las pacientes están en la segunda y tercera década de la vida, son de procedencia rural y no tienen escolaridad; los factores antes del parto más importantes son: ser primigesta, tener anemia, ser gran múltipara y el SHG; durante el parto los más destacados partos extra hospitalarios, parto precipitado, parto domiciliario, y el trabajo de parto prolongado; al final del parto se presentan en mayor frecuencia: la hipotonía uterina, los desgarros obstétricos, la retención placentaria y de restos placentarios. (11)

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Chiclayo 2021, Ledesma González María, realiza una investigación acerca de los factores asociados a hemorragia post parto en puérperas, con el objetivo de determinar cuáles son aquellos factores que se asocian a hemorragia post parto, el estudio fue descriptivo, retrospectivo de corte transversal, constituida 50 puérperas de parto abdominal y parto vaginal, que presentaron hemorragia post parto utilizando como muestra a toda esta población. Entre los resultados se observa que dentro de los factores demográficos el 9% presentó el cuadro clínico de hemorragia post parto; de estos casos el 24% tienen entre 36 a 45 años, estado civil el 46% son solteras, el 54% estudiaron secundaria completa y el 72% son amas de casa; los factores clínico-biológicos principal factor la atonía uterina con un 72%, lesiones por parto con un 22% y en un 6% se presentó retención de tejidos y finalmente de todos los casos de hemorragia post parto el 76% fueron denominados casos leves, el 20% fueron casos moderados y el 4% casos severos. En conclusión, se puede observar que existe una gran presencia de factores clínico-biológicos en las hemorragias post parto resaltando entre ellos la atonía uterina. (12)

Iquitos 2021, Luisa Mowerg S, propone la tesis Factores de Riesgo relacionado con hemorragia postparto, donde plantea determinar los factores de riesgo relacionado a la hemorragia postparto en el Hospital Iquitos César Garayar, utilizando el estudio descriptivo, transversal y retrospectivo; conformada por una población de 21 puérperas inmediatas de parto vaginal con diagnóstico de hemorragia post parto, que representa una incidencia del 7.4%, el 61.9% tenían edades entre 20 a 35 años, grado de instrucción secundaria 57.1%, estado civil conviviente 85.7% y de procedencia de la zona rural 57.1%. En los Factores de riesgo obstétrico, 80.9% eran multíparas, 61.9% tuvieron menos de 6 atenciones prenatales, 57.1% tenían anemia durante el embarazo, 85.7% tuvieron una duración del trabajo de parto dentro de lo normal. Las causas de la hemorragia post parto fueron: Lesiones del canal de parto con predominio del desgarro perineal en un 47.6%, desgarro de cérvix 14.4%, hematoma vulvar 9.5%; retención placentaria en un 9.5%, alumbramiento incompleto 14.3%, atonía uterina en un 4.8%, hipotonía uterina 28.6%, macrosomía fetal en un 33.3% y estimulación e inducción de trabajo de parto en un 52.4%, llegando a la conclusión que existen factores de riesgo relacionadas a las hemorragias post parto en puérperas de parto vaginal. (13)

Lima 2018, Blanca Quispe Yupanqui realiza la Tesis de Segunda Especialidad titulada Factores asociados a la presencia de hemorragia post parto inmediato, donde tiene como objetivo determinar los factores asociados a la presencia de hemorragia post parto inmediato en el Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente Villa María del Triunfo, investigación de tipo descriptiva, de corte transversal y retrospectiva; la población fueron las puérperas atendidas de julio 2016 a junio 2017; la muestra 58 puérperas que cursaron con hemorragia post parto. Dentro de los resultados demuestra una incidencia de hemorragia post parto inmediato fue de 1.76%. Entre las características socio demográficas, 6.9% está conformado por el grupo de edad < 18 años y solo el 1.7% tienen nivel de instrucción primario. Entre los factores obstétricos preparto, se describen: 91.4% de puérperas fueron controladas, 41.4%

fueron primíparas, 51.7% tuvo adecuada duración del trabajo de parto, 19% tuvo feto macrosómico y al 27.6% se le administró oxitócicos en el trabajo de parto. Los principales factores obstétricos intraparto fueron: atonía uterina 79.3%, lesiones del canal de parto 39.7%, episiotomía 24.1% y retención de restos placentarios 13.8%; llegando a la conclusión de que los factores asociados a la presencia de hemorragia post parto inmediato fueron: primíparas, feto macrosómico, uso de oxitócicos durante el trabajo de parto, atonía uterina, lesiones del canal de parto, episiotomía y retención de restos placentarios. (14)

Lima 2017, Daniel Flores Lapa, llevó a cabo una investigación en el Hospital PNP “Luis N. Sáenz” titulado: “Factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato, cuyo objetivo fue Identificar los factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato utilizando como materiales y método un trabajo de tipo retrospectivo, analítico de casos y controles; la población estuvo conformada por la totalidad de puérperas (716), los casos lo conformaron 20 pacientes que presentaron hemorragia del puerperio inmediato, se seleccionó 40 puérperas como controles que no presentaron hemorragia del puerperio inmediato, para este grupo el muestreo fue probabilístico con aleatoriedad hasta completar el tamaño establecido de la muestra, contando con un total de 60 pacientes para el presente trabajo; todos los datos de interés se encontraron completos en las historias clínicas y reportes operatorios, se utilizó una ficha para la recolección de datos, los cuales fueron recabados en el software de Microsoft Excel 2012 e interpretados con el programa SPSS 6 versión 24; para observar relación entre las variables del estudio se aplicó la prueba de chi cuadrado y se calculó los OR y los intervalos de confianza, cada una de las pruebas estadísticas se realizaron con un nivel de confianza de 0.05 a menos; obteniéndose los siguientes resultados: los factores de riesgo que registraron significancia para presentar hemorragia del puerperio inmediato en el presente trabajo fueron la edad de 35 años a más ($p = 0.000$; $OR=7,9$, $IC95\%= 2.31 - 26.9$), 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) y el antecedente obstétricos más frecuente fueron pacientes multigestas representando 60%, el antecedente de cesárea previa no es un factor de riesgo significativamente estadístico ($p = 0,065$ y OR = 2,78; IC 95% 0.92-8.41); en conclusión: los factores de riesgo para presentar hemorragia del puerperio inmediato fueron edad de 35 años a más, multiparidad, antecedentes obstétricos y parto por cesárea. (14)

Moquegua 2017. Bertha Gretel Flores Quispe, llevó a cabo un trabajo académico de segunda especialidad en Obstetricia denominado: “Hemorragia postparto por atonía uterina en primigesta atendida en un Hospital Nivel III”, que se basó en la revisión de un caso clínico sobre Hemorragia post parto por Atonía Uterina que se llevó a cabo en un Hospital del Ministerio de Salud de nivel III, para ello se hizo la exploración de algunas bases de datos como ALICIA, Google Scholar y Pubmed, las que proporcionaron referencias importantes que permitieron confrontar los aspectos teóricos y evidencias de otras investigaciones con las medidas clínico terapéuticas empleadas en este caso; se escogió este caso clínico debido a que la Hemorragia Uterina por Atonía es una de las principales causas de muerte materna en nuestro país y sobre todo en provincias, lo que coloca a los profesionales de salud en la responsabilidad de afrontar estos casos con las medidas más adecuadas y oportunas para prevenir la morbi mortalidad materna; se realizó la revisión del caso clínico basado en las causas, enfoque diagnóstico y tratamientos empleados en otros hospitales a nivel nacional e internacional y de esta manera colaborar con la actualización de conocimientos y mejorar la práctica clínica terapéutica; el caso clínico se trató de una paciente gestante a término que ingresó al servicio de Emergencia Obstétrica por presentar dinámica uterina, con diagnóstico de probable Macrosomía Fetal a la cual se le da la oportunidad para la evolución espontánea de un parto vaginal, encontrando horas después la decisión de ingresar con la paciente a sala de operaciones debido a que la presentación no descendía. La paciente presenta Hemorragia Uterina por Atonía Uterina en sala de operaciones, la cual fue manejada

con la colocación de oxitócicos, teniendo que posteriormente la paciente evoluciona favorablemente. (15)

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

No se encontraron antecedentes locales relacionados con la presente investigación.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. HEMORRAGIA POST PARTO

➤ Definición

Se define la hemorragia post parto como la pérdida sanguínea de 500 ml. o más por parto vaginal y más de 1000 ml por cesárea en las primeras 24 horas después del parto o descenso del hematocrito basal en un 10% o más.

También se define como Hemorragia post parto a la disminución del 10% en el valor del hematocrito. Sin embargo la determinación de éste suele retrasar el diagnóstico y además puede no reflejar el estado hemodinámico del paciente. Por esta razón también se ha propuesto como definición clínica de HPP, la “necesidad de transfusión”. (16)

La valoración de la pérdida sanguínea es inexacta, por lo que cualquier sangrado anormal, tanto en volumen como en duración tras el parto, nos debe hacer pensar en una posible HPP.

El sangrado excesivo ocurre una vez finalizado el segundo periodo del parto, originado bien desde el sitio de la implantación placentaria, de un traumatismo del tracto genital y/o las estructuras adyacentes o de ambas. También pueden aparecer o agravarse por defectos de la coagulación.

Por lo tanto la hemorragia postparto es la descripción de un acontecimiento y no un diagnóstico, por lo que en todos los casos debemos encontrar la etiología específica para instaurar un tratamiento

específico. La falta de dicho diagnóstico puede dar lugar a demoras y complicaciones, ocasionalmente funestas. (17)

➤ **Epidemiología**

La hemorragia postparto complica el 5-15% de todos los partos y es la causa aislada más importante de mortalidad materna.

Las hemorragias postparto constituyen aún una importante causa de Mortalidad Materna (MM). Según la OMS, el 2005 las hemorragias ocuparon el primer lugar dentro de las causas de MM a nivel mundial, un 25% de las muertes maternas totales, independiente del nivel de desarrollo y/o ingreso per cápita de cada país. Si bien el 99% de estas muertes ocurrieron en países en vías de desarrollo.

➤ **Clasificación**

- **Hemorragia posparto precoz, primaria o inmediata**

La HPP precoz conocida también como primaria o inmediata, es aquella que se produce dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto. Aproximadamente, el 70% de los casos de HPP inmediata se producen debido a atonía uterina. Se define como atonía del útero a la incapacidad del éste para contraerse adecuadamente después del nacimiento del producto.

- **Hemorragia posparto secundaria o tardía**

La HPP secundaria o tardía se produce después de las 24 horas hasta las seis semanas posparto. La mayoría de los casos de HPP tardía se deben a retención de tejidos placentarios y/o membranas ovulares, infección o ambas.

➤ **Etiología**

Las causas más frecuente de Hemorragia postparto son: atonía uterina (70%); retención placentaria; desgarros y/o laceraciones del canal del parto.

La atonía uterina es la causa más común e importante de Hemorragia posparto. El mecanismo primario de hemostasia inmediata luego del parto es la contracción miometrial, que produce la oclusión de los vasos sanguíneos miometriales que pasan entre las fibras musculares del útero.

➤ **Frecuencia**

En el Perú la tasa de mortalidad materna, por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio es de 242 por 100,000 nacidos vivos. Entre las causas principales destacan hemorragia post parto con un 25%. (18)

2.2.2. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO INMEDIATO

Para el abordaje sistemático de la hemorragia postparto es útil recordar la nemotecnia de las 4 T, que describe las causas de HPP en orden de frecuencia: (19)

➤ **Las 4 T**

CAUSAS DE HEMORRAGIA POST PARTO	FRECUENCIA
	%
Tono: atonía uterina	70
Trauma: lesión cervical, vaginal, ruptura uterina	20
Tejido: retención placentaria o coágulos	10
Trombo: coagulopatía preexistente o adquirida.	Menos de 1

➤ **Tono**

Se define como tono uterino a la contractilidad espontánea tras el alumbramiento lo que causa estrangulación de las arterias espirales del miometrio. Este es el principal mecanismo del control de la hemorragia. La falta de contracción uterina o pérdida del tono se conoce como atonía uterina sus principales causas son:

- Útero sobre distendido (polihidramnios, gestación múltiple, macrosomía fetal).
- Cansancio del músculo uterino (parto precipitado, parto prolongado, disfunción uterina hipodinámica, alta paridad).
- Corioamnionitis (por rotura prematura de membranas, infecciones del tracto genital como vaginosis bacteriana, chlamydia, estreptococo beta hemolítico del grupo A).
- Alteración anatómica o funcional del útero (miomas, placenta previa).
(17)

➤ **Atonía Uterina**

Se define a la incapacidad del útero para contraerse tras el alumbramiento, lo que va a conllevar a una falta de hemostasia del lecho placentario, constituye una verdadera emergencia y es la causa más frecuente de hemorragia obstétrica. (20)

Los factores predisponentes de la atonía uterina incluyen:

- Sobredistensión uterina (por embarazo múltiple, polihidramnios o macrosomía fetal).
- Gran Multiparidad
- Uso prolongado de oxitocina
- Parto prolongado
- Manipulación uterina
- Útero miomatoso
- Útero de Couvelaire
- Infección amniótica
- Uso de relajantes uterinos (sulfato de magnesio, agentes anestésicos halogenados).

Para lograr el diagnóstico de atonía uterina es indispensable vigilar bien la marcha clínica de todo el parto, observar la forma y consistencia del útero, su involución, la cantidad o volumen de sangre que pierde y ha perdido la paciente. Aparecen signos y síntomas de anemia aguda: taquicardia, hipotensión, palidez de la piel y mucosas, opresión, tendencia al síncope, polipnea, sed de aire, angustia, desfallecimiento y puede presentar choque hipovolémico y morir. (17)

El **tratamiento** de la atonía uterina consiste en: masaje uterino, fármacos uterotónicos, taponamiento uterino, embolización arterial selectivos, tratamiento quirúrgico (ligadura quirúrgica arterial o histerectomía obstétrica como última medida a realizar).

Debe pensarse en la transfusión de sangre en cualquier mujer con hemorragia postparto en quien el masaje uterino abdominal y los oxitócicos no controlen la hemorragia. (21)

➤ **Inversión del Útero**

La inversión uterina, consiste en la invaginación del útero dentro de su propia cavidad. El fondo uterino se invagina arrastrando sus paredes, puede descender atravesando el cuello hasta la vagina e incluso asomar a través de la vulva.

Clasificación:

- Inversión uterina no puerperal: la mayoría de los casos se debe a tumores benignos o malignos del cuerpo uterino (sobre todo miomas submucosos), pólipos endometriales, sarcomas uterinos y cervicales y cáncer endometrial.
- Inversión uterina puerperal: se presenta como complicación del tercer periodo del parto.
- Se ha clasificado la inversión uterina en función del tiempo transcurrido desde el parto al diagnóstico:

- ✓ Aguda: cuando la inversión se diagnóstica en las primeras 24 horas postparto, existiendo o no contracción cervical.
- ✓ Subaguda: se diagnóstica pasadas las 24 horas postparto y antes de 4 semanas. Casi siempre existe contracción cervical.
- ✓ Crónica: se diagnóstica después de 4 semanas postparto. Contracción cervical siempre presente.

Clasificación basada en la severidad del cuadro:

- Inversión de primer grado: el fondo uterino se encuentra invaginado, pero sin sobrepasar el cuello uterino.
- Inversión de segundo grado: el fondo uterino sobrepasa el cuello y desciende hasta la vagina sin sobrepasar la vulva.
- Inversión de tercer grado: se produce inversión total del útero, incluyendo cérvix y los fondos de saco.

El cuadro clínico se caracteriza por hemorragia, shock y dolor. La hemorragia aparece con una frecuencia de 90-95% de los casos, seguida por el shock, con frecuencia desproporcional al grado de pérdida hemática, lo cual puede ser consecuencia del efecto parasimpático producido por la tracción de los ligamentos anchos y estructuras peritoneales arrastradas por la inversión. El dolor no es constante y a veces queda enmascarado por el shock o por la analgesia epidural. En los casos más severos, sobre todo los agudos que se producen durante el alumbramiento, los signos más característicos son la visualización de una tumoración sangrante que aparece en el introito y la ausencia de un útero palpable a la exploración abdominal.

El **diagnóstico precoz** se basa en la presencia de los síntomas y signos clínicos, en el masaje uterino que se realiza al finalizar el parto para promover la contracción uterina, también ayudará a confirmar con la localización intrabdominal del fondo uterino. En casos crónicos han sido utilizados como métodos diagnósticos, la ecografía pélvica. Las

imágenes radiográficas pueden ayudar al diagnóstico si existen dudas tras el examen físico, y en casos cuando la paciente se encuentre estable clínica y hemodinámicamente. (17)

- **Tejido**

Comprende todos los residuos de la placenta o sangre que pueden estar adheridos a la pared del útero pudiendo provocar:

- **Retención Placentaria y de Restos Placentarios**

Retención placentaria: complicación del alumbramiento que se produce por la retención persistente de separado la placenta después de transcurridos 15-20 minutos en el alumbramiento dirigido o transcurridos 30 minutos en el alumbramiento espontáneo. Puede ocurrir por adherencia total o parcial de la placenta por anillos de contractura (anillo de Bandl) esenciales o en relación con el uso incorrecto de oxitocina, tracción excesiva del cordón umbilical o maniobra de Credé mal realizada; puede originarse por inercia uterina (insuficiencia de la actividad contráctil del miometrio). (22)

Se establece el diagnóstico de retención placentaria, si después de 15 minutos del parto y habiendo efectuado una tracción moderada del cordón umbilical, no se logra el alumbramiento.

El manejo de la retención placentaria se basa en el alumbramiento manual el cual consiste, en la extracción de la placenta con la mano, es importante que se administre analgesia adecuada. Mientras con una mano se sostiene de manera suave el cordón umbilical de forma que quede paralelo al suelo, se introduce la otra mano en la vagina siguiendo el cordón umbilical hacia arriba y se entra dentro de la cavidad uterina. Se suelta el cordón umbilical y con la misma mano se coloca en el abdomen para sostener el fondo uterino de manera que se ejerza una contracción durante la extracción para prevenir la inversión uterina. (17)

Retención de Restos Placentarios:

Se denomina al alumbramiento incompleto que puede presentarse después de un parto y con menor frecuencia posterior a la cesárea; consiste en la ausencia parcial de placenta debido a la presencia de un cotiledón accesorio o a la falta de uno o varios cotiledones durante la revisión de la placenta.

La hemorragia durante el postparto inmediato rara vez origina por fragmentos de placenta retenidos, las causas fundamentales de esta complicación están dadas por los antecedentes de maniobras forzadas de extracción de la placenta, tracciones enérgicas ejercidas sobre el cordón umbilical, alumbramiento artificial ejecutado manualmente, placentas muy voluminosas y friables, formas atípicas con cotiledones aberrantes, así como adherencias anormales. Cualquiera de estos eventos predispone a la retención de uno o varios cotiledones.

Si se aprecia la retención de algunos fragmentos o membranas, se efectuará un legrado manual suave con gasa hasta constatar que no se dejan restos placentarios. En caso de que la paciente presente sangrado transvaginal fresco con coágulos acompañado de olor fétido y fiebre en las primeras 48 horas posterior al parto, se podrá sospechar en la retención de restos placentarios o de infección puerperal. (17)

- **Trauma**

Comprende laceraciones traumáticas de una o varias estructuras a lo largo del canal del parto por parto precipitado, feto macrosómico, cirugía uterinas previas, alteraciones de la variedad de presentación, uso de oxitócicos, fórceps, maniobras de Cristeler. Estos traumas pueden provocar:

- Rotura total o parcial de útero.
- Desgarre cervical
- Laceración o desgarros vaginales
- Desgarros vulvoperineales

➤ **Desgarros de las estructuras Genitales**

Constituye la segunda causa de hemorragia postparto, suelen estar relacionados con partos instrumentales que lesionan el canal blando del parto, aunque también pueden aparecer en partos espontáneos muy rápidos o por macrosomía fetal.

➤ **Desgarros perineales**

Todos los desgarros perineales salvo los más superficiales se acompañan de grados variables de lesión de la parte inferior de la vagina. Estos desgarros pueden alcanzar suficiente profundidad como para afectar el esfínter anal, y quizá se extiendan hasta profundidades variables a través de las paredes de la vagina. Los desgarros bilaterales hacia la vagina por lo regular son de longitud desigual y están separados por una porción de mucosa vaginal. (21)

La expulsión del feto ocasiona lesiones que pueden limitarse a la mucosa de la horquilla perineal, tegumentos, tejido celular subcutáneo o extenderse a estructuras musculares que intervienen en los mecanismos de defecación y continencia.

Entre los factores de riesgo más frecuentes se encuentra:

- Tejidos fibrosos en primíparas añosas.
- Cicatrices anteriores
- Hipoplasia perineal
- Pelvis estrecha con ángulo supra púbico estrecho
- Cabeza fetal poco flexionada
- Trabajo de parto precipitado
- RN macrosómico

Los desgarros perineales se clasifican según su extensión y el grado de afectación muscular, se diferencian tres grados:

- 1. Desgarro perineal de primer grado:** Interesa piel, tejido celular subcutáneo y músculos bulbo cavernoso y transverso superficial y profundo.
- 2. Desgarro perineal de segundo grado:** Si se afecta el músculo elevador del ano.
- 3. Desgarro perineal de tercer grado:** Si se lesiona el mecanismo esfinteriano anal. Algunos autores consideran un cuarto grado si la lesión es completa lesionando en su totalidad el esfínter interno y la mucosa rectal. (23)

➤ **Desgarros vaginales**

Afectan al tercio medio superior de la vagina se detectan con menor frecuencia; éstos regularmente son longitudinales y suelen depender de lesiones sufridas durante un parto con fórceps o una extracción por vacío. Sin embargo, pueden formarse incluso con un parto espontáneo. Estos desgarros suelen extenderse hasta planos profundos hasta planos profundos hacia los tejidos subyacentes y pueden dar lugar a una hemorragia importante, que se controla por medio de la colocación apropiada de puntos de sutura. Los desgarros de la pared vaginal anterior en estrecha proximidad a la uretra son relativamente frecuentes. A menudo son superficiales con poca hemorragia o ninguna, por lo general no está indicado repararlos.

Lesiones a los músculos elevadores del ano Depende de la distensión excesiva del canal del parto, las fibras musculares se disecan y la disminución de su tonicidad puede ser suficiente como para interferir en la función del diafragma pélvico. Si las lesiones afectan el músculo pubococcígeo, también puede aparecer incontinencia urinaria.

Lesiones del cuello uterino: El cuello del útero se desgarran en más de la mitad de los partos vaginales; casi todos éstos casos son de menos de 0.5 cm, aunque los desgarros profundos del cuello uterino pueden extenderse hasta el tercio superior de la vagina. En raras

circunstancias puede haber avulsión completa o parcial del cuello uterino desde la vagina.

Estas lesiones aparecen después de rotaciones con fórceps difíciles o de partos efectuados a través de un cuello uterino no dilatado por completo. En casos excepcionales los desgarros cervicouterinos pueden extenderse y afectar el segmento uterino inferior y la arteria uterina y sus ramas principales, e incluso extenderse al peritoneo.

Si hay dudas respecto a la presencia de perforación peritoneal, o de hemorragia o de hemorragia retroperitoneal o intraperitoneal, debe pensarse en una laparotomía. Cuando el daño es de esta gravedad también está indicada exploración intrauterina por posible rotura.

Los desgarros del cuello uterino de hasta 2 cm deben considerarse inevitables durante el parto. Esos desgarros cicatrizan con rapidez y rara vez son fuente de complicaciones. Como consecuencia de esos desgarros, puede haber eversión con exposición del epitelio endocervical productor de moco.

El **diagnóstico** de un desgarro cervicouterino en mujeres con hemorragia profusa durante el tercer periodo del trabajo de parto y después del parto, en particular si hay contracción firme del útero, la magnitud de la lesión solo puede apreciarse por completo después de la exposición e inspección visual adecuada del cuello del útero.

El **tratamiento** de los desgarros cervicouterinos profundos exige reparación quirúrgica. Cuando el desgarro se limita al cuello del útero o incluso cuando se extiende un poco hacia el fondo de saco vaginal, se obtiene resultados satisfactorios al suturar el cuello uterino después de llevarlo hasta un plano donde sea posible verlo en la vulva. (21)

➤ **Trombina**

Comprende aquellas alteraciones de la coagulación que pueden ser previas o adquiridas durante la gestación:

- Previas a la gestación: Hemofilia A, enfermedad de Von Willebrand.
- Adquiridas durante la gestación: plaquetopenia, púrpura trombocitopénica idiopática, coagulación intravascular diseminada (la favorecen la preeclampsia, la muerte intraútero, infecciones severas, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, la embolia de líquido amniótico). (17)

➤ **Diagnóstico**

La presentación de la hemorragia posparto es dramática, usualmente con alteración de los signos vitales, observándose los signos típicos del shock hipovolémico. El diagnóstico del shock es muy fácil en los casos extremos, pero puede ser difícil en sus fases iniciales. Se calcula que la cantidad de sangre perdida puede ser subestimada hasta en un 50% de los casos. (17)

Clasificación del Shock Hipovolémico					
Perdida de volumen (%) y ml para una mujer entre 50 – 70 Kg	Sensorio	Perfusión	Pulso	Presión arterial sistólica (mmHg)	Grado de shock
10 – 15 % 500 – 1000 ml	Normal	Normal	60 - 90	> 90	compensado
16 – 25 % 1000 – 1500 ml	Normal y/o agitada	Palidez, frialdad	91 - 100	80 - 90	Leve
26 – 35 % 1500 – 2000 ml	Agitada	Palidez, frialdad más sudoración	101 - 120	70 - 90	Moderada
> 35 % > 2000 ml	Letárgica o inconsciente	Palidez, frialdad más sudoración y llenado capilar > 3 segundos	> 120	< 70	severo

Fuente: CLAP/SMR 2012

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

2.3.1. FACTOR DE RIESGO

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. (24)

2.3.2. HEMORRAGIA POST PARTO INMEDIATO

La hemorragia posparto (HPP) se define comúnmente como la pérdida de sangre de 500 ml o más en el término de 24 horas después del parto. La HPP es la causa principal de mortalidad materna en países de ingresos bajos y la causa primaria de casi un cuarto de todas las defunciones maternas en todo el mundo. La mayoría de las muertes provocadas por HPP ocurren durante las primeras 24 horas después del parto: la mayoría de estas podrían evitarse a través del uso profiláctico de agentes uterotónicos durante el alumbramiento y mediante un tratamiento oportuno y apropiado. Mejorar la atención de la salud de las mujeres durante el parto para prevenir y tratar la HPP representa un paso necesario para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Por lo tanto, el objetivo primario de esta directriz es proporcionar los cimientos para el desarrollo estratégico de políticas y programas necesarios para garantizar la implementación sostenible de intervenciones eficaces para reducir la carga global que representa la HPP. (25)

2.3.3. GESTANTE

Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín gravitas) al período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a

proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples.

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). (26)

2.3.4. PARTO VAGINAL

Es la expulsión del producto de la concepción, después de las 20 semanas de gestación y con peso mayor de 500 gramos a través de la vagina.

- Parto a término: 37 a 41 semanas.
- Parto post término: mayor a 42 semanas.
- Parto pretérmino: 20 a 36 semanas. (27)

2.4. HIPÓTESIS

Ha: Los factores de riesgo alteraciones de la contracción uterina, retención de restos placentarios, lesión del canal del parto y las alteraciones de coagulación, están asociados a hemorragias post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital Tingo María de julio a diciembre del 2018.

Ho: Los factores de riesgo alteraciones de la contracción uterina, retención de restos placentarios, lesión del canal del parto y las alteraciones de coagulación, NO están asociados a hemorragias post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital Tingo María de julio a diciembre del 2018.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores de riesgo.

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Hemorragia post parto inmediato.

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

	Nombre de la variable	Tipo	Dimensiones	Indicadores	Escala
Variable independiente	Factores de riesgo	Cuantitativa	1. Atonía uterina (tono): -Sobredistensión uterina	Hidramnios Macrosomía fetal	Nominal
			-Corioamnionitis.	RPM prolongada	
			Agotamiento muscular:	Parto prolongado y/o precipitado. Multiparidad	
			2. Retención de restos (tejido): -Placenta	Acretismo placentario Cirugía previa (cesárea anterior).	
			-Coágulos	Coágulos	
			3. Lesión del canal del parto (trauma): -Desgarros		
				Fase de expulsivo precipitado	
			-Inversión uterina	Alumbramiento manual Acretismo placentario Maniobra de Credé	
			4. Alteraciones de la coagulación (Trombina): -Adquiridas	Preeclampsia Síndrome de Hellp	
			V. dependiente	Hemorragia post parto inmediato	

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según la intervención del investigador fue observacional porque no existió intervención del investigador, los datos se tomaron de los eventos que se presentaron. (28)

Según la toma de los datos fue retrospectiva, los datos se recogieron de registros donde el investigador no tuvo participación (secundarios). Por lo tanto, no se puede dar la fe de la exactitud de las mediciones.

Según el número de ocasiones en que se midió la variable de estudio, esta fue transversal, porque las variables fueron medidas en una sola ocasión.

Según el número de variables de interés, fue analítico, porque el análisis estadístico realizado fue bivariado, ya que se planteó y puso a prueba una hipótesis y se estableció relación entre dos factores.

3.1.1. ENFOQUE

Se fundamenta en la construcción y medición de dimensiones, indicadores e índices de variables y de sus relaciones.

En el enfoque cuantitativo la realidad objeto de estudio es independiente de los estados subjetivos de las personas y del investigador. El enfoque cuantitativo se refiere al estudio de la realidad de manera objetiva, externa e independiente.

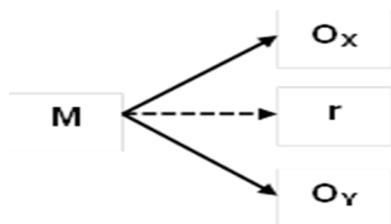
Los datos son producto de mediciones que se representan mediante números y se deben analizar mediante métodos estadísticos. (29)

3.1.2. ALCANCE O NIVEL

De acuerdo a la línea de investigación, fue Relacional, donde se relacionaron los fenómenos en una circunstancia temporal y geográfica determinada. Su finalidad fue describir y/o estimar parámetros y demostrar dependencia probabilística entre eventos. (28)

3.1.3. DISEÑO

El diseño es epidemiológico y relacional.



Donde:

M: Muestra

Ox: Observación de la variable independiente

Oy: Observaciones de la variable dependiente

r: Relación predictiva entre las variables

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo constituida por 40 gestantes con hemorragia en el post parto entre gestantes de parto vaginal y cesáreas, que fueron atendidas en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.

La selección de la muestra fue la no probabilística por conveniencia y estuvo constituida por 25 gestantes de parto eutócico, con hemorragia post parto inmediato, cuyos partos fueron atendidos en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018, bajo criterios de inclusión y exclusión.

➤ **Criterios de inclusión**

- Gestantes con parto vaginal.
- Gestantes con control prenatal en el Hospital de Tingo María.
- Gestantes cuyos partos fueron en el Hospital de Tingo María.
- Gestantes con gestación única.

➤ **Criterios de Exclusión**

- Gestantes cesaréadas.
- Gestantes sin control pre natal en el Hospital de Tingo María.
- Gestantes con embarazo múltiple.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el estudio se llevó a cabo la evaluación de fuentes secundarias de las cuales se obtuvo la información necesaria, tales como las Historias clínicas, cuadernos de partos, el sistema informático perinatal.

Por lo tanto La técnica que se empleó fue el Análisis Documental a y el instrumento para la recolección de los datos fue una Ficha de recolección de datos, donde se plasmó todos los datos necesarios concernientes al trabajo de investigación.

3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el proceso de información se utilizó el programa estadístico SPSS versión 22. La prueba de hipótesis y el grado de relación se determinó con el coeficiente de correlación de Pearson.

El análisis estadístico de datos se hizo a través de la distribución de frecuencias y porcentajes para determinar características utilizadas para la población, los cuales se analizan a través de tablas y gráficos.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

4.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla 1. Edad ginecológica de las gestantes con hemorragia en el post parto, del Hospital de Tingo María 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	15 - 21	10	40,0	40,0	40,0
	22 - 27	8	32,0	32,0	72,0
	28 - 33	4	16,0	16,0	88,0
	34 - 40	3	12,0	12,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

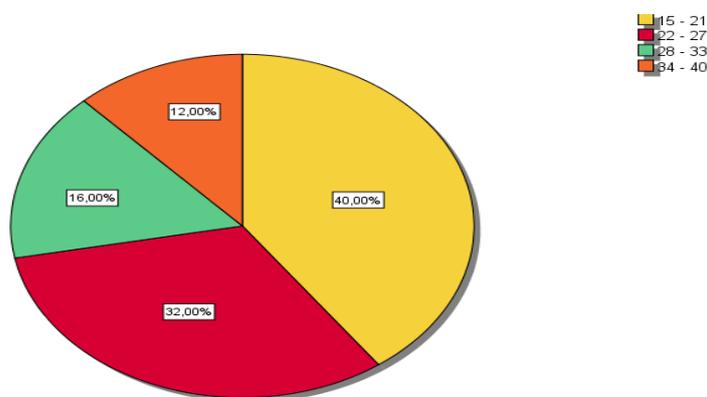


Gráfico 1. Edad

Interpretación

En la Tabla 1, se observa que un 40% de las gestantes de la muestra oscilan entre las edades de 15 a 21 años, un 32% entre las edades de 22 a 27 años, un 16% entre 28 a 33 años, y un 12% entre las edades de 34 a 40 años.

Tabla 2. Grado de instrucción de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	7	28,0	28,0	28,0
	Secundaria	15	60,0	60,0	88,0
	Superior	2	8,0	8,0	96,0
	Sin estudio	1	4,0	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

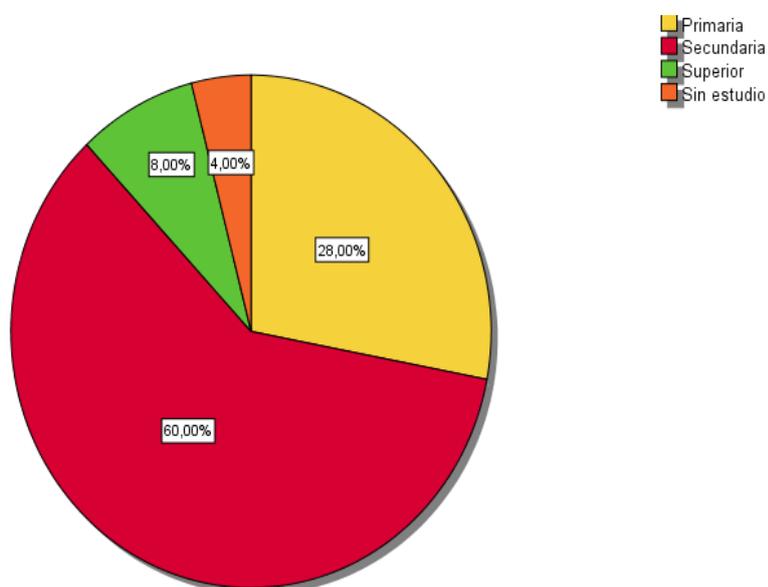


Gráfico 2. Grado de instrucción

Interpretación

En la Tabla 2, se puede observar que un 60% de la muestra cuentan con estudios secundarios, un 28% con estudios de primaria, un 8% tienen estudios superiores, y un 4% no cuentan con estudios.

Tabla 3. Lugar de procedencia de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Zona urbana	6	24,0	24,0	24,0
	Zona rural	19	76,0	76,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

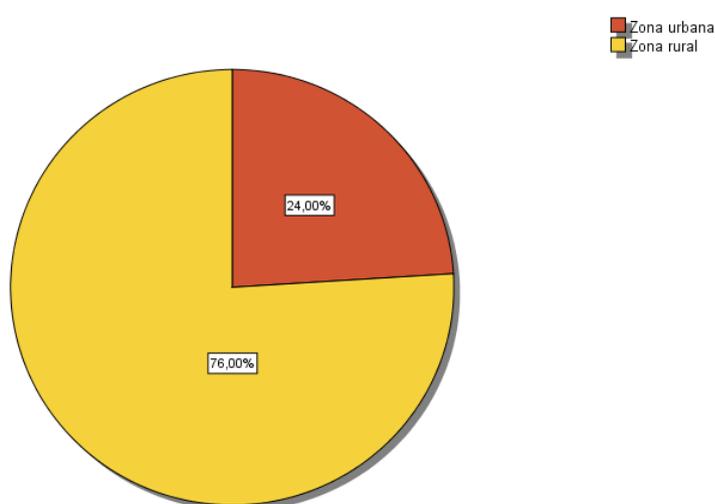


Gráfico 3. Lugar de procedencia

Interpretación

En la Tabla 3, se puede observar que un 76% de las gestantes de la muestra, según la ficha de recolección de datos, provienen de la zona rural, y un 24% de la zona urbana.

Tabla 4. Estado civil de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltera	4	16,0	16,0	16,0
	Casada	1	4,0	4,0	20,0
	Conviviente	20	80,0	80,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

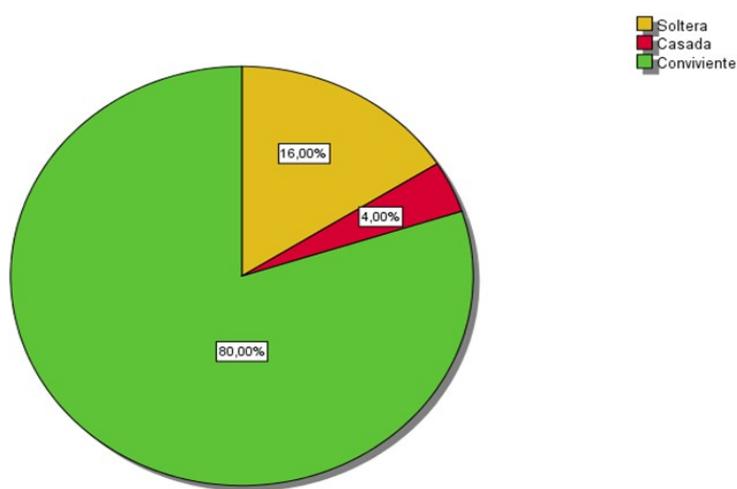


Gráfico 4. Estado civil

Interpretación

Podemos observar en la Tabla 4, que un 80% de las gestantes de la muestra según la ficha de recolección de datos, son convivientes, un 16% de las mismas son solteras, y un 4% son casadas.

4.1.2. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

Tabla 5. Número de gestaciones de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	9	36,0	36,0	36,0
	2	8	32,0	32,0	68,0
	3	4	16,0	16,0	84,0
	4	2	8,0	8,0	92,0
	5	1	4,0	4,0	96,0
	6	1	4,0	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

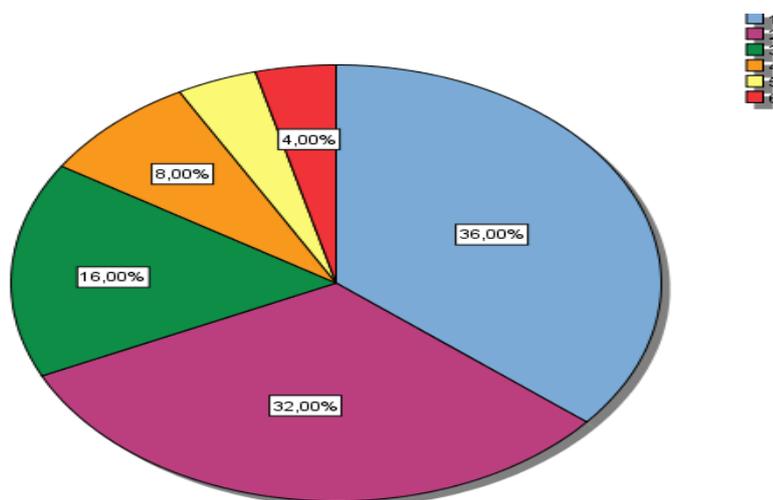


Gráfico 5. Número de gestaciones de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

Interpretación

En la Tabla 5, con respecto al número de gestaciones se observa, que el 36% de la muestra, fue primeriza, un 32% de las tuvieron 2 gestaciones, un 16% 3 gestaciones, un 8% que tuvieron 4 gestaciones, un 4% tuvieron 5 y así mismo un 4% tuvieron 6 gestaciones.

Tabla 6. Edad gestacional de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	36 semanas	1	4,0	4,0	4,0
	37 semanas	2	8,0	8,0	12,0
	38 semanas	8	32,0	32,0	44,0
	39 semanas	4	16,0	16,0	60,0
	40 semanas	5	20,0	20,0	80,0
	41 semanas	5	20,0	20,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

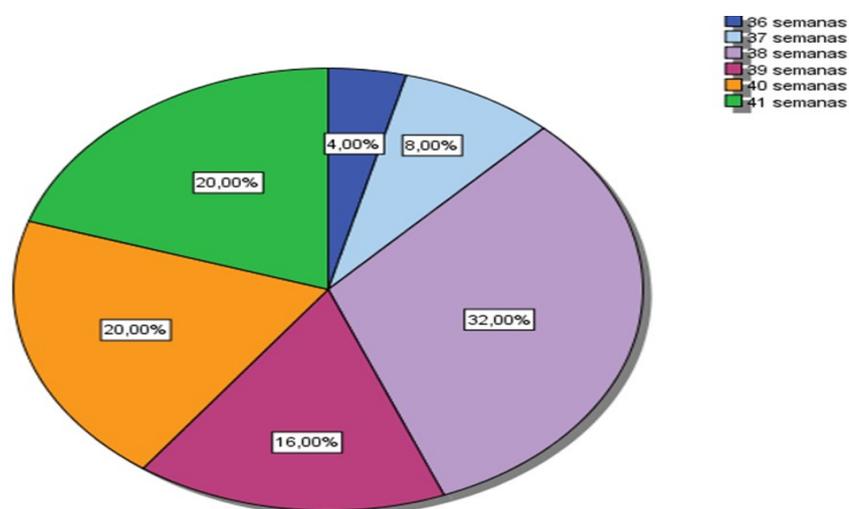


Gráfico 6. Edad gestacional de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

Interpretación

Se puede observar en la Tabla 6, que un 32% de las gestantes tuvieron un periodo de gestación de 38 semanas, un 20% un tiempo de gestación de 40 y 41 semanas, un 16% tuvieron un periodo de gestación de 39 semanas, un 8% de las mismas una gestación de 37 semanas y 4% una gestación de 36 semanas.

Tabla 7. Atención prenatal de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	24	96,0	96,0	96,0
	No	1	4,0	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

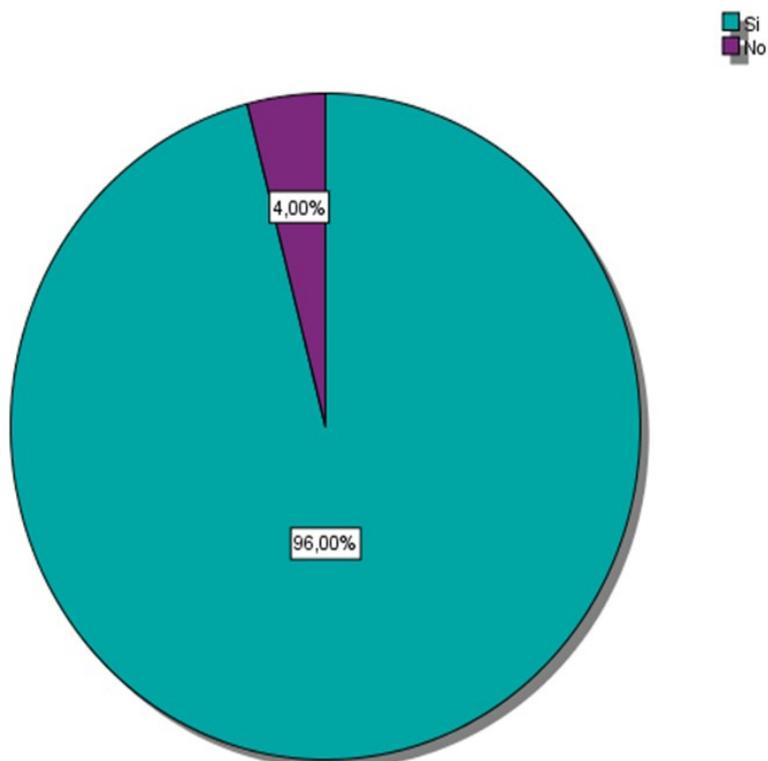


Gráfico 7. Tubo control prenatal

Interpretación

De acuerdo a los datos recogidos se puede observar que un 96% de la muestra, tuvo atención prenatal, y un 4% no tuvieron ningún control previo.

Tabla 8. Atenciones pre natales de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	3 - 4	1	4,0	4,0	4,0
	5 - 6	4	16,0	16,0	20,0
	Más de 6	20	80,0	80,0	100,0
Total		25	100,0	100,0	

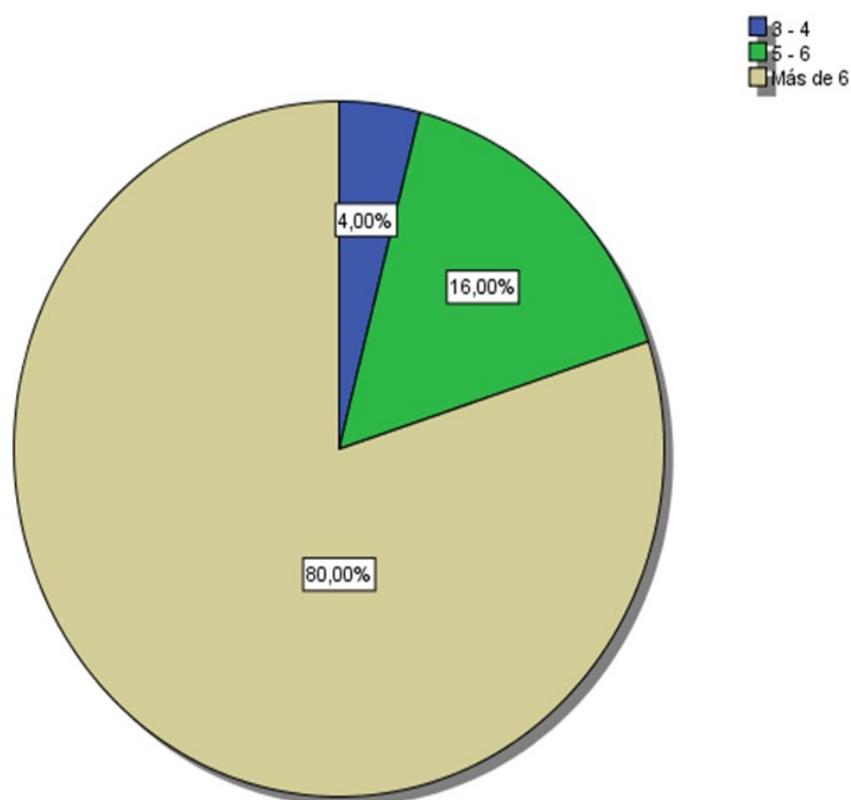


Gráfico 8. Atenciones pre natales

Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos, observamos que de las gestantes que recibieron atención pre-natal, un 80% de ellas fueron atendidas en más de 6 ocasiones, un 16% acudió 5 veces, un 4% acudió en 4 oportunidades, al igual que las que acudieron 3 veces a su atención pre- natal.

4.1.3. VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES DE RIESGO

Tabla 9. Dimensión Atonía Uterina: Sobredistensión Uterina Diagnóstico de Polihidramnios de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	25	100,0	100,0	100,0

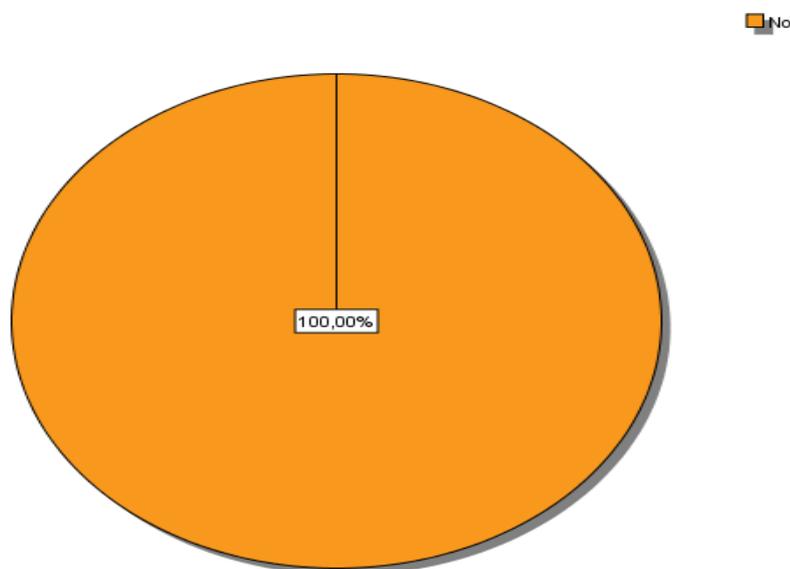


Gráfico 9. Dimensión Atonía Uterina: Sobredistensión Uterina Diagnóstico de Polihidramnios de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos de la ficha de recolección de datos, en la Tabla 9 se observa con respecto a la dimensión de Atonía uterina, que el 100% no presentó cuadro de Polihidramnios.

Tabla 10. Dimensión Atonía Uterina: Sobredistensión Uterina Macrosomía Fetal en las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	8	32,0	32,0	32,0
	No	17	68,0	68,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

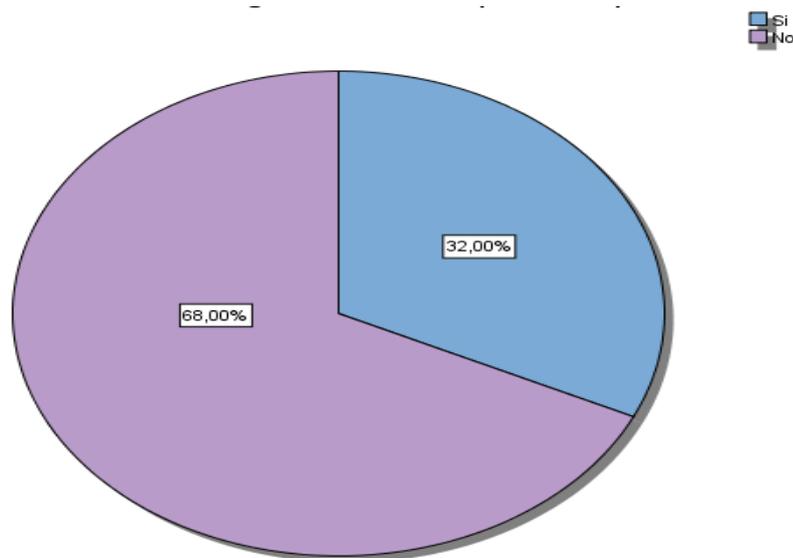


Gráfico 10. Dimensión Atonía Uterina: Sobredistensión Uterina Macrosomía Fetal en las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

Interpretación

En la Tabla 10, se observa con respecto a la dimensión Atonía Uterina, si la gestante tuvo producto macrosómico, 68% de la muestra no tuvo un parto con producto macrosómico (recién nacido con un peso por arriba del promedio) y un 32% sí tuvieron un bebé macrosómico.

Tabla 11. Dimensión Atonía Uterina: Corioamnionitis Rotura prematura de membranas más de 24 horas de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	1	4,0	4,0	4,0
	No	24	96,0	96,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

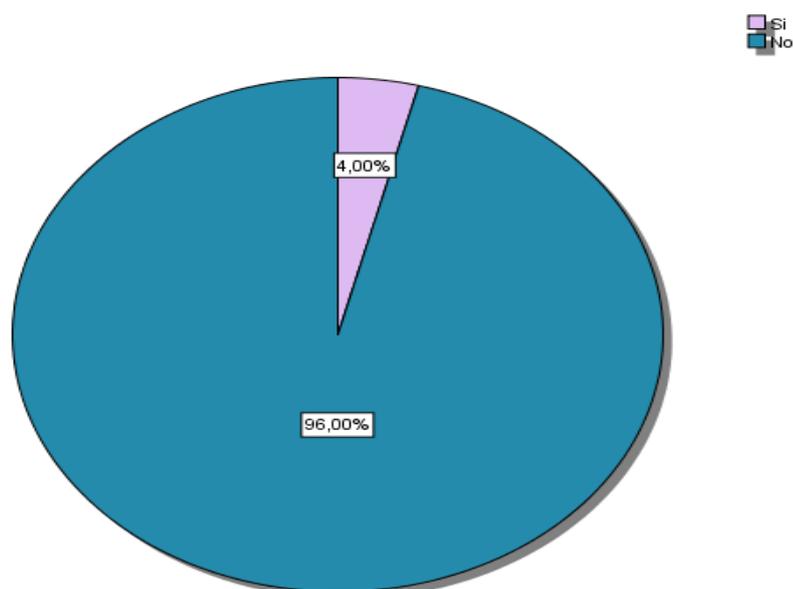


Gráfico 11. Dimensión Atonía Uterina: Corioamnionitis Rotura prematura de membranas más de 24 horas de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

Interpretación

Se puede observar con respecto a la dimensión Atonía Uterina: corioamnionitis, que el 96% de las gestantes, no tuvieron rotura prematura de membranas más de 24 horas y solo el 4% tuvo rotura prematura de membranas más de 24 horas.

Tabla 12. Dimensión Atonía Uterina: Agotamiento muscular Parto prolongado de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	2	8,0	8,0	8,0
	No	23	92,0	92,0	100,0
Total		25	100,0	100,0	

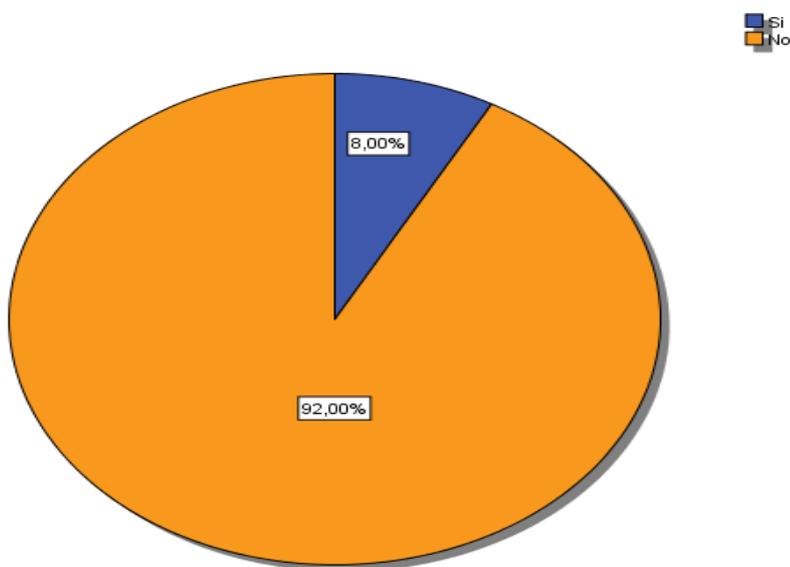


Gráfico 12. Dimensión Atonía Uterina: Agotamiento muscular Parto prolongado de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

Interpretación

En la Tabla 12 con respecto a la dimensión Atonía uterina: Agotamiento muscular, se puede observar que el 92% de la muestra no tuvieron un parto prolongado, mientras que el 8% sí tuvieron un parto prolongado.

Tabla 13. Dimensión Atonía Uterina: Multiparidad Parto precipitado de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	12	48,0	48,0	48,0
	No	13	52,0	52,0	100,0
Total		25	100,0	100,0	

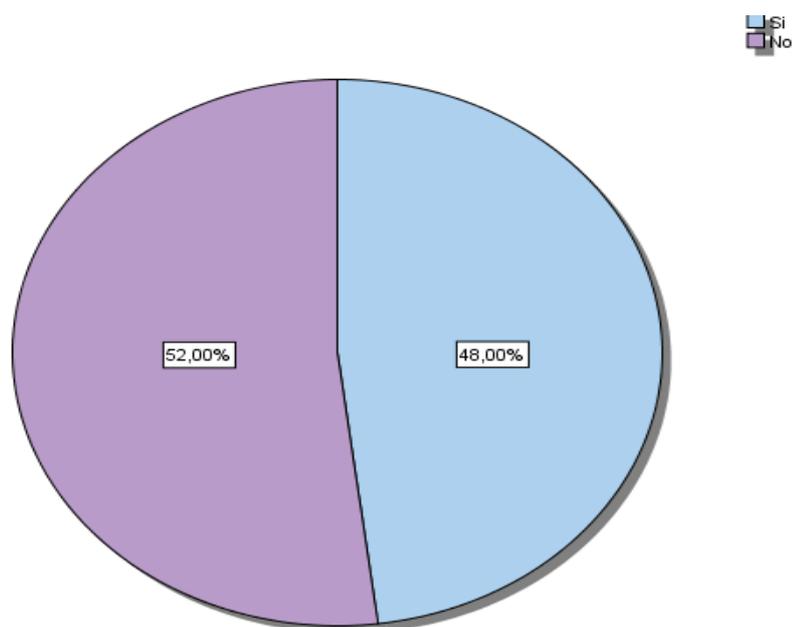


Gráfico 13. Dimensión Atonía Uterina: Multiparidad Parto precipitado de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos de acuerdo a la dimensión Atonía Uterina: Multiparidad, podemos observar que el 52% de la muestra, no tuvo un parto precipitado, y un 48% sí tuvieron un parto precipitado.

Tabla 14. Dimensión Retención de restos placentarios: Placenta Acretismo placentario de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	2	8,0	8,0	8,0
	No	23	92,0	92,0	100,0
Total		25	100,0	100,0	

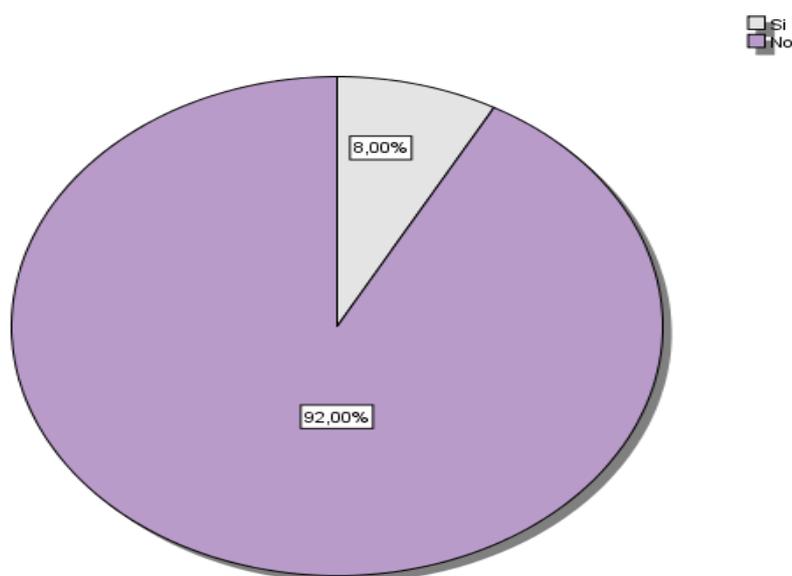


Gráfico 14. Dimensión Retención de restos placentarios: Placenta Acretismo placentario de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

Interpretación

En la Tabla 14, se observa con respecto a la dimensión Retención de Restos Placentarios: Placenta, que el 92% de las gestantes no presentó acretismo placentario durante el alumbramiento, mientras que el 8% si presentó acretismo placentario durante el alumbramiento.

Tabla 15. Dimensión Retención de Restos Placentarios: Placenta Cirugía previa (cesárea anterior) de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	3	12,0	12,0	12,0
	No	22	88,0	88,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

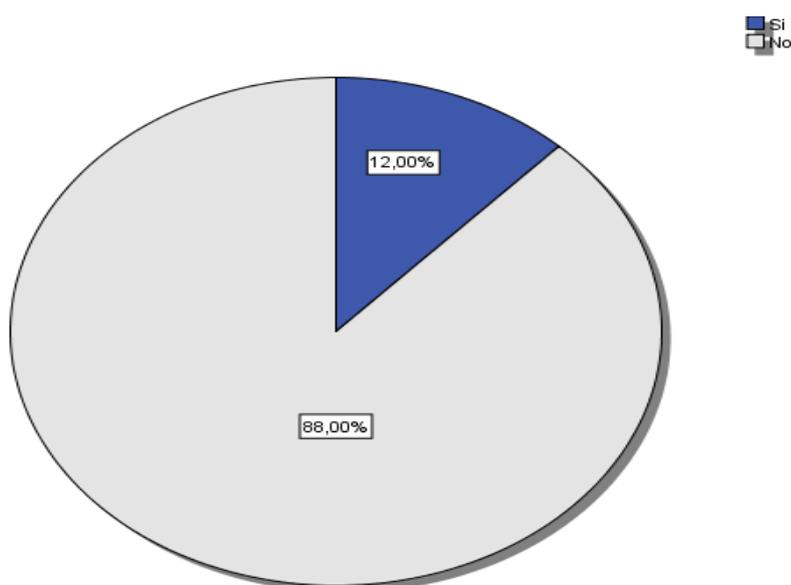


Gráfico 15. Dimensión Retención de Restos Placentarios: Placenta Cirugía previa (cesárea anterior) de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

Interpretación

Se observa en la Tabla 15 con respecto a la dimensión Retención de Restos Placentarios: Placenta que el 88% de las gestantes no tuvo cirugía previa (cesárea anterior), un 12% de ellas si tuvo cirugía previa (cesárea anterior).

Tabla 16. Dimensión Retención de Restos Placentarios: Coágulos Alumbramiento con retención de coágulos de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	21	84,0	84,0	84,0
	No	4	16,0	16,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

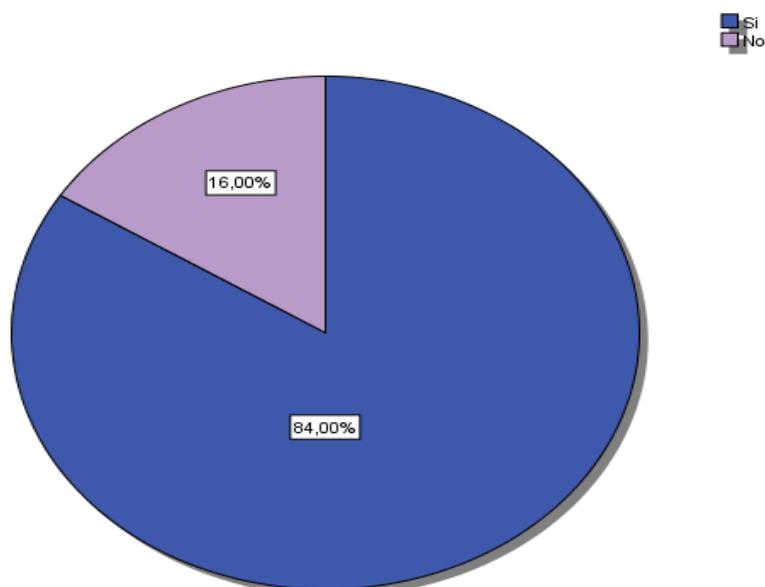


Gráfico 16. Dimensión Retención de Restos Placentarios: Coágulos Alumbramiento con retención de coágulos de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

Interpretación

Podemos observar en la Tabla 16, dimensión Retención de Restos Placentarios: Coágulos, que el 84% de las gestantes estudiadas, tuvo retención de coágulos durante el alumbramiento y el 16% de ellas no tuvo retención de coágulos durante el alumbramiento.

Tabla 17. Dimensión Lesión del Canal de Parto: Desgarro del canal del Parto. Fase del Expulsivo Precipitado de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	6	24,0	24,0	24,0
	No	19	76,0	76,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

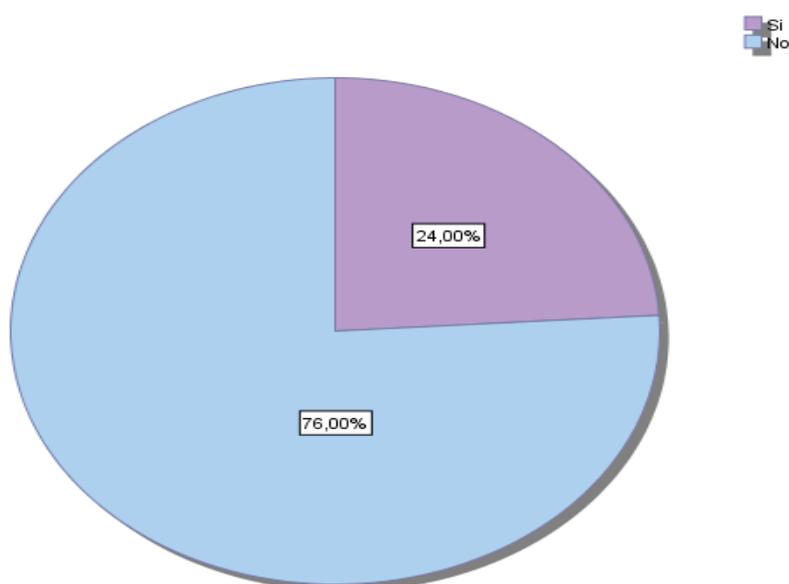


Gráfico 17. Dimensión Lesión del Canal de Parto: Desgarro del canal del Parto. Fase del Expulsivo Precipitado de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

Interpretación

Se observa en la Tabla 17, con respecto a la Dimensión Lesión del Canal de Parto: Desgarro del canal del Parto, que 76% de las gestantes de la muestra, durante el parto tuvieron una fase del expulsivo no fue precipitado y el 24% de las mismas, durante el parto la fase del expulsivo si fue precipitado.

Tabla 18. Dimensión Lesión del Canal de Parto: Inversión Uterina. Alumbramiento Manual de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	25	100,0	100,0	100,0

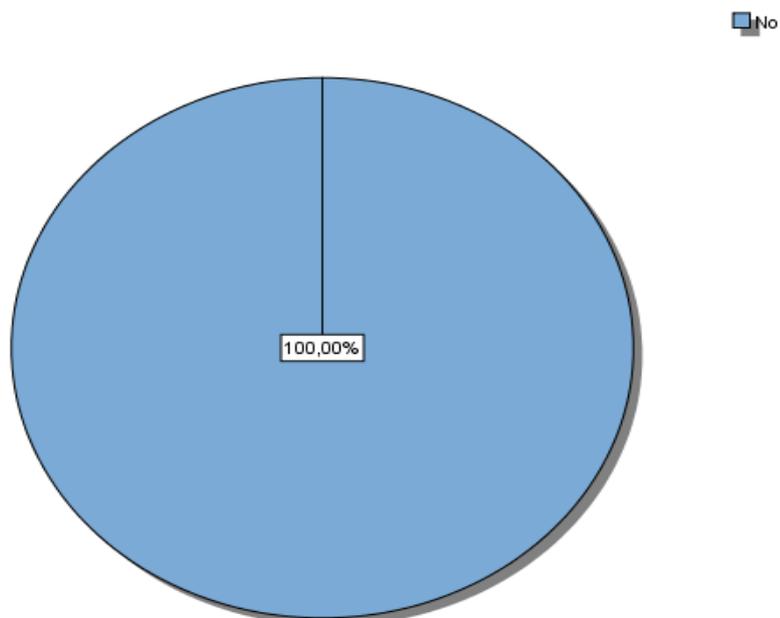


Gráfico 18. Dimensión Lesión del Canal de Parto: Inversión Uterina. Alumbramiento Manual de las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

Interpretación

Se observa en la Tabla 18, con respecto a la Dimensión Lesión del Canal de Parto: Inversión Uterina, que durante el alumbramiento no se produjo inversión uterina por alumbramiento manual en el 100% de las gestantes.

Tabla 19. Dimensión Lesión del Canal de Parto: Inversión Uterina. Maniobra de Credé en las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	25	100,0	100,0	100,0

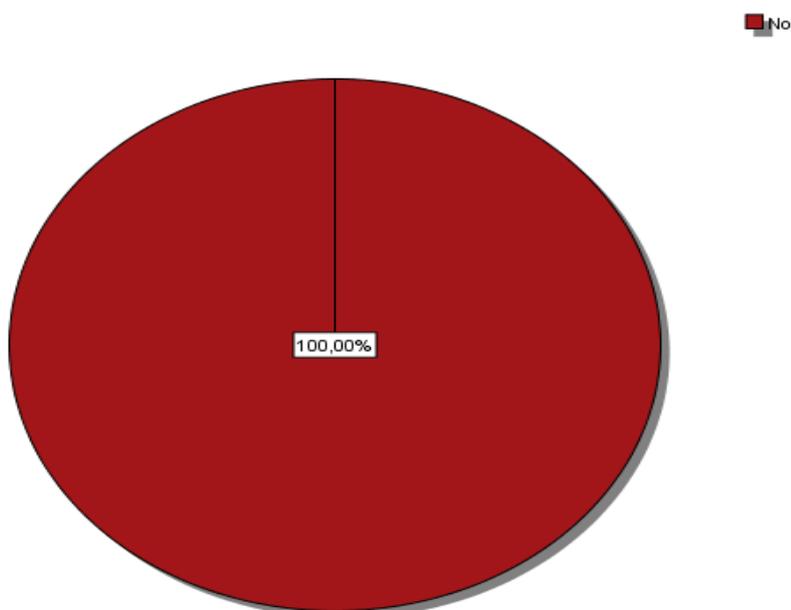


Gráfico 19. Dimensión Lesión del Canal de Parto: Inversión Uterina. Maniobra de Credé en las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

Interpretación

Con respecto a la Dimensión Inversión Uterina: Maniobra de Credé, Observamos en la Tabla 19, que durante el alumbramiento no se llevó a cabo la maniobra de Credé en el 100% de las gestantes.

Tabla 20. Dimensión Alteraciones de la Coagulación: Adquiridas. Preeclampsia en las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	7	28,0	28,0	28,0
	No	18	72,0	72,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

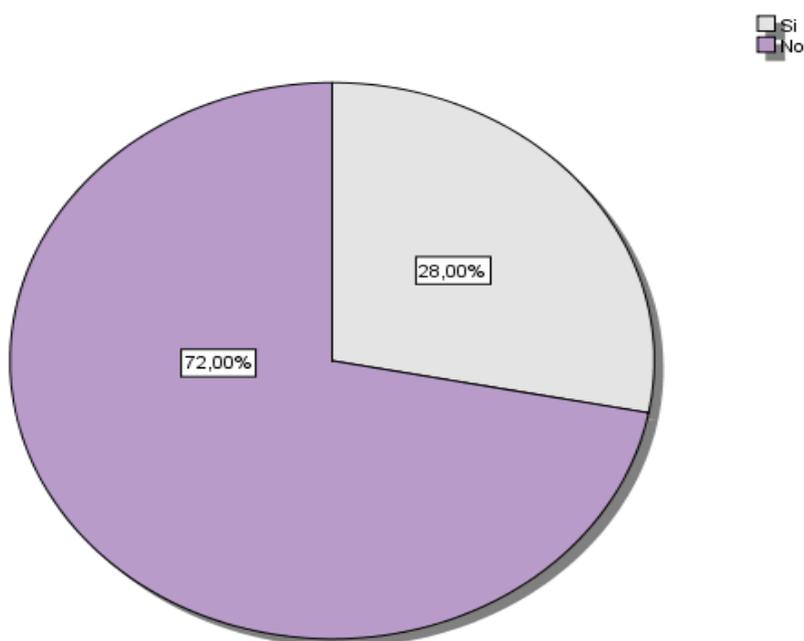


Gráfico 20. Dimensión Alteraciones de la Coagulación: Adquiridas. Preeclampsia en las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

Interpretación

En la Tabla 20, con respecto a la Dimensión Alteraciones de la Coagulación: Adquiridas, podemos observar que un 72% de la muestra en estudio no presentaron factores de riesgo relacionados con las alteraciones de la coagulación (preeclampsia), mientras que un 28% de las mismas si presentaron factores de riesgo relacionados con alteraciones de coagulación (preeclampsia).

Tabla 21. Dimensión Alteraciones de la Coagulación: Adquiridas. Síndrome de HELLP en las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	25	100,0	100,0	100,0

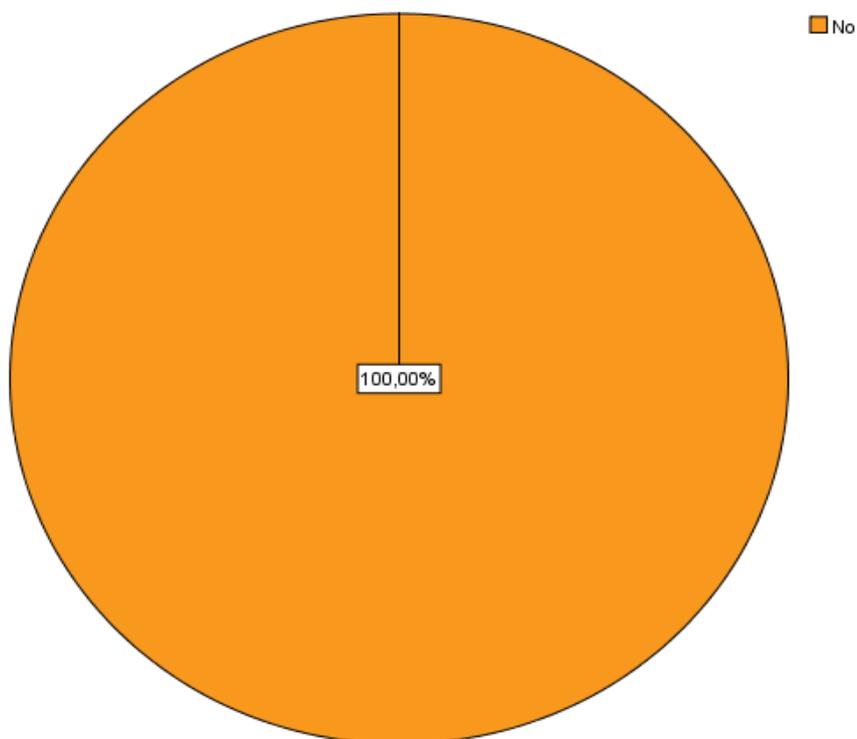


Gráfico 21. Dimensión Alteraciones de la Coagulación: Adquiridas. Síndrome de HELLP en las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

Interpretación

En la Tabla 21, se observa de acuerdo a la Dimensión Alteraciones de la Coagulación: Adquiridas, que si durante el embarazo la muestra presentó factores de riesgo relacionados con las alteraciones de la coagulación (Síndrome de HELLP), el 100% no tuvo este factor de riesgo.

4.1.4. VARIABLE DEPENDIENTE: HEMORRAGIA POST PARTO INMEDIATO

Tabla 22. Dimensión Hemorragias: Dentro de las 24 horas post parto en las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	24	96,0	96,0	96,0
	No	1	4,0	4,0	100,0
Total		25	100,0	100,0	

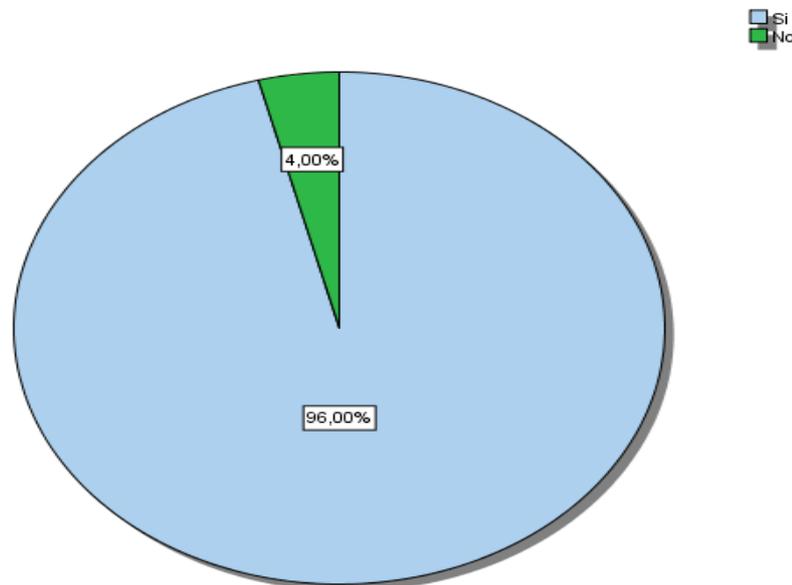


Gráfico 22. Dimensión Hemorragias: Dentro de las 24 horas post parto en las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

Interpretación

En la Tabla 22 con respecto a la Dimensión Hemorragias: Dentro de las 24 horas post parto, se observa que el 96% de la muestra tuvieron hemorragia post parto dentro de las 24 horas posteriores, un 4% no presentaron este cuadro de hemorragia.

Tabla 23. Dimensión Hemorragias: Mayor de 500 ml en las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	19	76,0	76,0	76,0
	No	6	24,0	24,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

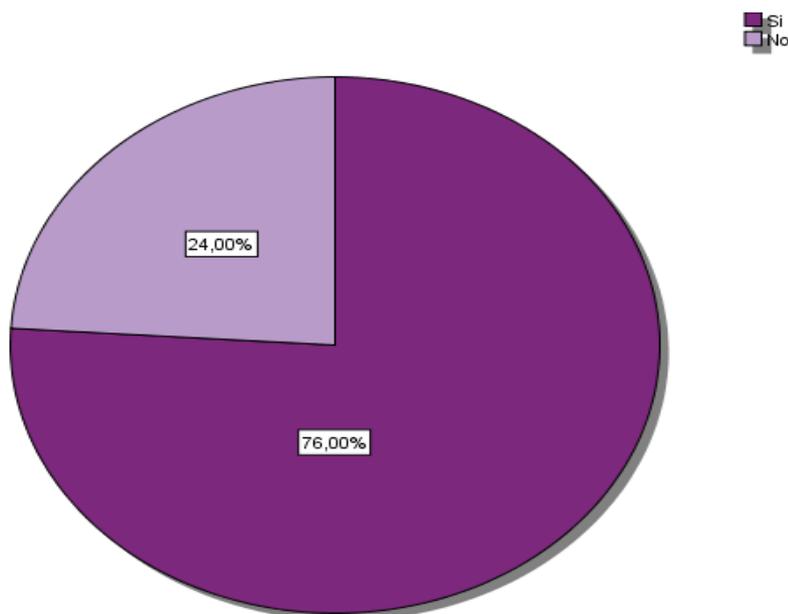


Gráfico 23. Dimensión Hemorragias: Mayor de 500 ml en las gestantes con hemorragia en el post parto del Hospital de Tingo María 2018

Interpretación

En la Tabla 23 con respecto a la Dimensión Hemorragias: Mayor de 500 ml, se observa que el 76% de las gestantes tuvo una hemorragia mayor a los 500ml., mientras que un 24% presentaron una hemorragia no mayor a 500ml.

4.2. RESULTADOS INFERENCIALES

Tabla 24. Estadísticos descriptivos 1

	Media	Desv. Desviación	N
TABLA 10.- La gestante tuvo un parto con producto Macrosómico	1,68	,476	25
TABLA 22.- La hemorragia se produjo dentro de las 24 horas post parto	1,04	,200	25

Tabla 25. Correlaciones 1

		TABLA 10.- La gestante tuvo un parto con producto Macrosómico	TABLA 22.- La hemorragia se produjo dentro de las 24 horas post parto
TABLA 10.- La gestante tuvo un parto con producto Macrosómico	Correlación de Pearson	1	,140
	Sig. (bilateral)		,504
	N	25	25
TABLA 22.- La hemorragia se produjo dentro de las 24 horas post parto	Correlación de Pearson	,140	1
	Sig. (bilateral)	,504	
	N	25	25

De acuerdo a la tabla 10, se analiza la relación mediante el coeficiente de correlación de Pearson entre el parto con bebé macrosómico y la hemorragia post parto, se puede apreciar que si existe correlación baja con un nivel de (0,140) y un nivel de significancia media (0.504).

Tabla 26. Estadísticos descriptivos

	Media	Desviación estándar	N
TABLA 13.- El parto fue rápido o precipitado	1,52	,510	25
TABLA 22.- La hemorragia se produjo dentro de las 24 horas post parto	1,04	,200	25

Tabla 27. Correlaciones

		TABLA 13.- El parto fue rápido o precipitado	TABLA 22.- La hemorragia se produjo dentro de las 24 horas post parto
TABLA 13.- El parto fue rápido o precipitado	Correlación de Pearson	1	,196
	Sig. (bilateral)		,347
	N	25	25
TABLA 22.- La hemorragia se produjo dentro de las 24 horas post parto	Correlación de Pearson	,196	1
	Sig. (bilateral)	,347	
	N	25	25

De acuerdo a la tabla 13, se analiza la relación mediante el coeficiente de correlación de Pearson entre el parto rápido o precipitado y la hemorragia post parto, donde se puede apreciar que existe correlación baja con un nivel de (0,196) y un nivel de significancia bajo (0.347).

Tabla 28. Estadísticos descriptivos 3

	Media	Desviación estándar	N
TABLA 16.- Durante el alumbramiento hubo retención de coágulos	1,16	,374	25
TABLA 22.- La hemorragia se produjo dentro de las 24 horas post parto	1,04	,200	25

Tabla 29. Correlaciones 3

		TABLA 16.- Durante el alumbramiento hubo retención de coágulos	TABLA 22.- La hemorragia se produjo dentro de las 24 horas post parto
TABLA 16.- Durante el alumbramiento hubo retención de coágulos	Correlación de Pearson	1	,468*
	Sig. (bilateral)		,018
	N	25	25
TABLA 22.- La hemorragia se produjo dentro de las 24 horas post parto	Correlación de Pearson	,468*	1
	Sig. (bilateral)	,018	
	N	25	25

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

De acuerdo a la tabla 16, se analiza la relación mediante el coeficiente de correlación de Pearson entre el alumbramiento con retención de coágulos y la hemorragia post parto, se puede apreciar que existe correlación media con un nivel de (0,468) y un nivel de significancia bajo (0. 018).

Tabla 30. Estadísticos descriptivos 4

	Media	Desviación estándar	N
TABLA 17.- Durante el parto la fase del expulsivo fue precipitado	1,76	,436	25
TABLA 22.- La hemorragia se produjo dentro de las 24 horas post parto	1,04	,200	25

Tabla 31. Correlaciones 4

		TABLA 17.- Durante el parto la fase del expulsivo fue precipitado	TABLA 22.- La hemorragia se produjo dentro de las 24 horas post parto
TABLA 17.- Durante el parto la fase del expulsivo fue precipitado	Correlación de Pearson	1	,115
	Sig. (bilateral)		,585
	N	25	25
TABLA 22.- La hemorragia se produjo dentro de las 24 horas post parto	Correlación de Pearson	,115	1
	Sig. (bilateral)	,585	
	N	25	25

De acuerdo a la tabla 17, se analiza la relación mediante el coeficiente de correlación de Pearson entre el indicador durante el parto la fase del expulsivo fue precipitado y la hemorragia post parto, se puede apreciar que existe una correlación baja con un nivel de (0,115) y un nivel de significancia medio (0.585).

Tabla 32. Estadísticos descriptivos 5

	Media	Desviación estándar	N
TABLA 20.- Durante el embarazo se presentaron factores de riesgo relacionados con las alteraciones de la coagulación: Preeclampsia	1,72	,458	25
TABLA 22.- La hemorragia se produjo dentro de las 24 horas post parto	1,04	,200	25

Tabla 33. Correlaciones 5

		TABLA 20.- Durante el embarazo se presentaron factores de riesgo relacionados con las alteraciones de la coagulación: Preeclampsia	TABLA 22.- La hemorragia se produjo dentro de las 24 horas post parto
TABLA 20.- Durante el embarazo se presentaron factores de riesgo relacionados con las alteraciones de la coagulación: Preeclampsia	Correlación de Pearson	1	,127
	Sig. (bilateral)		,544
	N	25	25
TABLA 22.- La hemorragia se produjo dentro de las 24 horas post parto	Correlación de Pearson	,127	1
	Sig. (bilateral)	,544	
	N	25	25

De acuerdo a la tabla 20, se analiza la relación mediante el coeficiente de correlación de Pearson entre el indicador preclamsia y la hemorragia post parto, se puede apreciar que existe una correlación baja con un nivel de (0,127) y un nivel de significancia medio (0.544).

4.3. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Ha: Los factores de riesgo alteraciones de la contracción uterina, retención de restos placentarios, lesión del canal del parto y las alteraciones de coagulación, están asociados a hemorragias post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital Tingo María de julio a diciembre del 2018.

4.3.1. DIMENSIÓN: ATONÍA UTERINA

Tabla 34. La gestante tuvo un parto con producto Macrosómico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	8	32,0	32,0	32,0
	No	17	68,0	68,0	100,0
Total		25	100,0	100,0	

Tabla 35. El parto fue rápido o precipitado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	12	48,0	48,0	48,0
	No	13	52,0	52,0	100,0
Total		25	100,0	100,0	

De acuerdo a la dimensión Atonía uterina, en sus indicadores, parto con producto macrosómico (si 32%) y parto rápido o precipitado (si 48%) de la variable factores de riesgo, y su relación con la variable hemorragia post parto, se observa en base a los resultados obtenidos, que sí constituyen factores de riesgo.

4.3.2. DIMENSIÓN RETENCIÓN DE RESTOS

Tabla 36. Durante el alumbramiento hubo retención de coágulos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	21	84,0	84,0	84,0
	No	4	16,0	16,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Tabla 37. Durante el parto la fase del expulsivo fue precipitado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	6	24,0	24,0	24,0
	No	19	76,0	76,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

De acuerdo a la dimensión Retención de restos, en sus indicadores, retención de coágulos (si 84%) y parto expulsivo o precipitado (si 24%) de la variable factores de riesgo, y su relación con la variable hemorragia post parto, se observa en base a los resultados obtenidos, que sí constituyen factores de riesgo.

4.3.3. DIMENSIÓN LESIÓN DEL CANAL DE PARTO

Tabla 38. Durante el embarazo se presentaron factores de riesgo relacionados con las alteraciones de la coagulación: Preeclampsia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	7	28,0	28,0	28,0
	No	18	72,0	72,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

De acuerdo a la dimensión Lesión del canal de parto, en su indicador, preeclampsia (si 28%) de la variable factores de riesgo, y su

relación con la variable hemorragia post parto, se observa en base a los resultados obtenidos, que sí constituye un factor de riesgo

Ha: Por lo tanto, se acepta la hipótesis que los factores de riesgo: alteraciones de la contracción uterina, retención de restos placentarios, lesión del canal del parto y las alteraciones de coagulación, están asociados a hemorragias post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital Tingo María de julio a diciembre del 2018.

CAPITULO V

DISCUSION DE RESULTADOS

5.1. CONTRASTACIÓN DE RESULTADOS

Lima 2014, Herminia Lucana Ccallo y Diana Mayta Perez, llevaron a obstétricas de puérperas que presentaron hemorragia posparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora como objetivo determinar la incidencia, las características sociodemográficas y obstétricas de las puérperas que presentaron hemorragia postparto (HPP) inmediata en el Hospital María Auxiliadora - San Juan de Miraflores, 2014, en esta investigación se halló que la mayoría fueron primíparas (65.3%), con parto a término en un 76.5%. y hasta un 36.7% presentó fetos con macrosomía.

En la presente investigación se observa que un 36 % de la muestra de gestantes fueron primerizas y un 32% tuvieron un bebé macrosómico.

Paula Angélica Altamirano Girano 2012, llevó a cabo la tesis titulada:

determinar los factores de alto riesgo asociadas a hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009, en esta investigación concluye: los factores de riesgo intraparto identificados son la episiotomía y el parto precipitado, la episiotomía tuvo 2,298 veces más riesgo de hacer HPP (Hemorragia post parto) en comparación a las que no presentaron el factor, el parto precipitado tuvo 2.706 veces más riesgo de sufrir HPP (Hemorragia post parto).

En la presente investigación de acuerdo a los resultados obtenidos, podemos observar que un 48% de la muestra, indican que tuvieron un parto precipitado.

Claudia Ordeñana, Nicaragua 2016, en su tesis final titulada “Factores de riesgo asociados a hemorragia post parto inmediato, en pacientes del servicio de labor y parto, en el Hospital Escuela César Amador, tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a hemorragia post parto inmediato, para ésta investigación se concluye que el factor alteración de la coagulación $p=1$ (Alta asociatividad), está asociada a la ocurrencia de hemorragias post parto inmediato.

- En la presente investigación observamos que el 84% de la muestra de gestantes, tuvo retención de coágulos durante el alumbramiento.

CONCLUSIONES

1. De manera general se puede concluir que si existieron factores de riesgo asociados a hemorragia post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018 siendo los más resaltantes las alteraciones de coagulación, el parto precipitado, el parto de bebé macrosómico, y que las púerperas fueron primerizas.
2. Se concluye que la macrosomía fetal representó un factor de riesgo asociado a hemorragia post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018, teniendo en cuenta que el 32% de las púerperas tuvieron un bebé macrosómico.
3. Se concluye que la retención de coágulos representó un factor de riesgo asociados a hemorragia post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018, teniendo en cuenta que el 84% de las parturientas tuvieron retención de coágulos.
4. Se concluye que los factores de riesgo relacionados con lesiones del canal del parto asociados a hemorragia post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018 tuvieron una relación baja, teniendo en cuenta que el 24% de las parturientas presentaron fase de expulsivo precipitado, el 100% no realizaron alumbramiento manual, ni maniobra de Credé.
5. Se concluye que los factores de riesgo relacionados con las alteraciones de la coagulación asociados a hemorragia post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018 tuvieron una relación baja, teniendo en cuenta que un 28% de las parturientas presentaron un cuadro de preclamsia y el 100% no presentaron el síndrome de Hellp.
6. Se concluye en cuando a las características demográficas y luego de analizar los resultados se observó que en un porcentaje mayor 40% las gestantes oscilan entre las edades de 15 a 21 años, un 32% entre las edades de 22 a 27 años, un 16% entre 28 a 33 años, y un 12% entre las

edades de 34 a 40 años, así mismo un 60% de ellas cuentan con estudios secundarios, un 28% con estudios de primaria, un 8% tienen estudios superiores, y un 4% no cuentan con estudios, el 76% de la muestra provienen de la zona rural, y un 24% de la zona urbana. Asimismo el 80% de la muestra fueron convivientes, un 16% de las mismas solteras, y un 4% casadas.

7. Se concluye en cuanto a las características obstétricas, sobre el número de gestaciones que un 36 % de las gestantes de la muestra fueron primerizas, un 32% tuvieron 2 gestaciones, un 16% que tuvieron 3 gestaciones, un 8% que tuvieron 4 gestaciones, un 4% 5 y así mismo un 4% tuvieron 6 gestaciones. También en cuanto a la edad gestacional se puede observar que un 32% de las gestantes tuvieron un periodo de gestación de 38 semanas, un 20% de las llegaron a tener un tiempo de gestación de 40 y 41 semanas, un 16% tuvieron un periodo de gestación de 39 semanas, un 8% de las mismas 37 semanas y 4% un periodo de gestación de 36 semanas y sobre las atenciones prenatales que se tuvieron de acuerdo a los resultados obtenidos, observamos que de las gestantes que recibieron atención pre-natal, un 80% de ellas fueron atendidas en más de 6 ocasiones, un 16% 5 atenciones, un 4% acudieron 4 veces al igual que las que acudieron 3 veces a su atención prenatal

RECOMENDACIONES

1. En los establecimientos de salud se promueven el parto institucional y debe este ofrecer un conjunto de equipos y medicamentos esenciales para toda mujer gestante que acude por atención de parto y teniendo al equipo de salud (obstetras, ginecólogos, anesthesiólogos, intensivistas, etc) para esta actividad deben tener los conocimientos actualizados para identificar oportunamente (antes del parto) los factores de riesgo que podrían llevar a una hemorragia post parto y en caso de presentarse realizar los manejos según protocolos o guías.
2. Los obstetras que laboran en el servicio de emergencias obstétricas durante su evaluación clínica a las gestantes en trabajo de parto deben valorar correctamente la altura uterina (> 35 cm está por encima del percentil 90) y contrastar el ponderado fetal con la última ecografía, para determinar la vía de parto y solicitar oportunamente exámenes auxiliares (hemoglobina, hematocrito, perfil de coagulación) y paquete globular ante cualquier eventualidad.
3. A los obstetras que laboran en centro obstétrico, la evaluación y manejo del puerperio inmediato (especialmente las 2 primeras horas) es muy importante y vital hasta conseguir la hemostasia uterina, ya que durante este periodo se producen la mayoría de hemorragias post parto. La retención de coágulos post parto es debida a la poca intensidad de las contracciones uterinas, actividades como un correcto masaje uterino ayudara a estimular la contracción uterina y si es necesario utilización de oxitócicos (oxitocina, ergometrina, misoprostol) según manejo de las hemorragias post parto.
4. Los obstetras que rotan por centro obstétrico deben tener habilidades teóricas y prácticas en la atención de parto (norma técnica 105 – atención materna) y recordar la importancia de revisar el canal de parto (vulva, vagina y cuello uterino) manualmente o con la utilización de instrumentos médicos (espéculos, valvas) según sea el caso utilizando la técnica de las agujas del reloj y reparación con sutura en centro obstétrico o centro quirúrgico según la gravedad del caso.

5. El obstetra debe entrenarse periódicamente en el diagnóstico y manejo de las 4T en las hemorragias post parto y los hospitales que brindan el servicio de atención de parto deben contar con equipos, medicamentos y banco de sangre (paquetes globulares, plaquetas, factores de coagulación, etc) para corregir complicaciones de las alteraciones de la coagulación y evitar muertes maternas por estas patologías.
6. A todas las mujeres con vida sexual activa, sin uso de métodos anticonceptivos y ausencia del primer periodo menstrual con sospecha de embarazo, acudir a los centros de salud para iniciar una atención prenatal precoz, y permitir al obstetra durante la elaboración de la historia clínica determinar factores de riesgo (edad, estado civil, procedencia, grado de instrucción, etc), solicitar exámenes de laboratorio (por ejemplo hemoglobina, hematocrito y corregir con manejo adecuado en caso de anemia), elaboración de plan de parto y seguimiento con visitas domiciliarias.
7. Las gestantes y los obstetras debemos recordar que toda grávida es potencialmente de alto riesgo (para la gestación, parto o puerperio) y que en nuestro país la primera causa de muerte materna son las hemorragias. Por lo que la implementación de intervenciones (capacidad resolutive, mejorar las competencias del recurso humano, claves en el manejo de emergencias obstétricas) es vital para prevenir la muerte materna por hemorragias, además la gran responsabilidad que tienen los obstetras que realizan la primera y sexta atención prenatal para conocer y manejar los factores de riesgo en cada gestante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fundación Wikimedia. Wikipedia: La enciclopedia libre. [Online].; 2018 [cited 2018 Agosto 24. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/Hemorragia_posparto.
2. Sosa C, Althabe F, Belizán J. Factores de riesgo de hemorragia postparto en partos vaginales en una población de América Latina. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2009.
3. Sotero Salgueiro G. Prevención y tratamiento de la hemorragia posparto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2006 Julio-Setiembre; LII(3).
4. Cabrera S. Hemorragia postparto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2010; LVI(1).
5. Paris E. Bebés y más. [Online].; 2015 [cited 2018 Agosto 24. Available from: <https://www.bebesymas.com/salud-de-la-madre/cero-muertes-maternas-por-hemorragia-un-objetivo-dificil-pero-encomiable>.
6. Mendoza Palomino S. monografias.com. [Online].; 2015 [cited 2018 Agosto 24. Available from: <https://www.monografias.com/trabajos104/hemorragias-parto/hemorragias-parto.shtml#Relacionados>.
7. Guardo P R. Factores de Riesgo Asociados a Hemorragia Postparto por Atonía Uterina. Tesis. Cartagena: Clínica Maternidad Rafael Calvo, Cartagena; 2020.
8. Factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato. Revista Médica Sinergia. 2019 octubre; 4(10).
9. Ordeñana Muñoz CM. Factores de Riesgo Asociados a Hemorragia Post Parto Inmediato en pacientes del servicio de labor y parto. Tesis de Maestría. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Escuela de Salud Pública; 2016.
10. Hernández Morales M, García de la Torre J. Factores de riesgo de hemorragia obstétrica. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. 2016 Noviembre; LXXXIV(12).
11. Iglesias Castro JM, Urbina Delgadillo D. Factores de riesgo asociados a hemorragia post- parto, en las mujeres que fueron atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia, del HECAM, Matagalpa en el período 2010-2013. Tesis Profesional. Matagalpa: Universidad Nacional

Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Médicas; 2016.

12. ALICIA. [Online].; 2021 [cited 2023 abril 26. Available from: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNSM_e1104afd03f12cd09697ae1eb41ea555.
13. Mowerg S L. FACTORES DE RIESGO RELACIONADO CON. Tesis. Iquitos: HOSPITAL IQUITOS, Iquitos; 2021.
14. Flores Lapa DA. Factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato, Hospital PNP "Luis N. Sáenz. Lima Perú 2017. Tesis Profesional. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2018.
15. Flores Quispe BG. Hemorragia postparto por atonía uterina en primigesta atendida en un Hospital Nivel III. Título de Segunda Especialidad. Lima: Universidad José Carlos Mariátegui, Escuela de Posgrado; 2017.
16. Futchner S, Carlos et,al. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescent. [Online].; 2018 [cited 2020 junio 10. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/hemorragia-postparto-donde-estamos-y-hacia-donde-vamos/>.
17. Flores Suárez JC. Prevalencia y factores de riesgo asociados a hemorragia post parto durante el puerperio inmediato en mujeres gestantes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora Loja - Ecuador 2016. Tesis Profesional. Loja: Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana; 2016.
18. Progresos de obstetricia y ginecología. ELSEVIER. 2008 agosto; 51(8).
19. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto. Saludzona. 2014 octubre; 1.
20. Aparicio, P. Fernández G. Manejo de la Atonía Uterina. Congreso. España-Málaga: Unión española de sociedades científicas de enfermería, Málaga; 2018.
21. Cunningham, et al. In M. Jodi S. Dashe BLHMSMJMaJ. Williams Obstetricia. Mexico, Bogota, Buenos Aires, Caracas, Guatemala, Madrid, New York, San Juan,: Williams Obstetricia; 2011. p. 734.

22. Cabero, L., y Rodríguez, D. Operatoria Obstétrica. Una Visión Actual. 1st ed. Cabero.Saldivar , editor. España: Panamericana; 2009.
23. Fandiño MD, Rabanal A, Novo A. Desgarros perineales de tercergrado. Fístulas recto-vaginales: Tratamiento. Informe de investigación. Lima: Universidad San Juan Bautista, Lima; 2016.
24. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2018 [cited 2018 Agosto 24. Available from: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/.
25. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia post parto. Guía Técnica. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. Report No.: ISBN 978 92 4 354850 0.
26. Sanabria Leandro YP. Blogspot. [Online].; 2008 [cited 2018 Agosto 24. Available from: <http://todosobreelebarazo.blogspot.com/>.
27. Veliz T. Slideshare. [Online].; 2016 [cited 2018 Agosto 24. Available from: <https://es.slideshare.net/jafetemanuel/parto-normal-67647016>.
28. Supo J. Seminarios de Investigación científica en salud. Primera ed. Bioestadístico.com , editor. Arequipa: Bioestadístico.com; 2016.
29. Cruz, C., Velásquez C., Briones J. Formas, Enfoques y Tipos de Investigación. Seminario de Investigación. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2019.
30. Altamirano Girano PA. Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009. Lima Perú 2012. Tesis Profesional. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2012.
31. Pariguana López JM, Santos Yauricaza Y. Factores de riesgo de la Hemorragia Post Parto inmediato: Estudio Caso-Control en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales-Collique, durante el periodo de Abril-Octubre del 2003. Tesis Profesional. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Escuela Profesional de Obstetricia; 2004.
32. Lucana Ccallo H, Mayta Perez D. Incidencia, características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron hemorragia posparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora- San Juan de Miraflores, 2014. Título Profesional. Lima: Universidad Arzobispo Loayza, Escuela Profesional de Obstetricia; 2016.

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Aquino M. Factores de riesgo asociados a hemorragia post parto inmediato en gestantes de parto vaginal. Hospital Tingo María. julio – diciembre 2018 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2023 [Consultado]. Disponible en: <http://...>

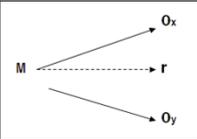
ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POST PARTO INMEDIATO EN GESTANTES DE PARTO VAGINAL. HOSPITAL TINGO MARIA. JULIO – DICIEMBRE 2018”

OBJETIVO Específico	PROBLEMA General y Específicos	HIPÓTESIS	VARIABLES y DIMENSIONES	INDICADORES	DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	METODOLOGÍA
<p>GENERAL</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a hemorragia post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018?</p> <p>ESPECÍFICO</p> <p>1. ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados con la atonía uterina asociados a hemorragia post</p>	<p>GENERAL</p> <p>Conocer los factores de riesgo asociados a hemorragia post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <p>1. Determinar los factores de riesgo relacionados con la atonía uterina asociados a hemorragia post</p>	<p>GENERAL</p> <p>Ha</p> <p>Los factores de riesgo de atonía uterina, retención de restos placentarios, lesión del canal del parto y las alteraciones de la coagulación, están fuertemente asociados a hemorragias post parto inmediato en</p>	<p>V.</p> <p>INDEPENDIENTE (Vx)</p> <p>Factores de Riesgo</p> <p><u>DIMENSIÓN:</u></p> <p>Atonía uterina: -Sobredistensión uterina. -Corioamnionitis -Agotamiento muscular.</p> <p>Retención de restos placentarios: -Placenta.</p>	<p>Polihidramnios Macrosomía fetal.</p> <p>RPM prolongada</p> <p>Parto prolongado y/o rápido. Multiparidad.</p> <p>Acretismo placentario.</p>	<p>NIVEL Y TIPO DE INV.</p> <p>El nivel de investigación El nivel es Relacional.</p> <p>El tipo de investigación El enfoque es el cuantitativo De tipo observacional, retrospectivo, analítico, transversal (Supo., Metodología de la investigación)</p> <p>Enfoque Cuantitativo</p> <p>Alcance o nivel De acuerdo a la línea de investigación, es Relacional, donde se relacionarán los fenómenos en una circunstancia temporal y geográfica</p>	<p>POBLACIÓN: La población estará constituida por 40 gestantes con hemorragia post parto, atendidas en el Hospital Tingo María de julio a diciembre del 2018.</p> <p>MUESTRA: el tamaño de la muestra será 25 gestantes con hemorragia post parto inmediato, cuyos partos fueron atendidos en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.</p> <p>MUESTREO: El muestreo será No probabilístico por conveniencia.</p>

<p>parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018?</p>	<p>parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.</p>	<p>gestantes de parto vaginal en el Hospital Tingo María de julio a diciembre del 2018.</p>	<p>Cirugía previa (cesárea)</p>	<p>-Coágulos</p>	<p>determinada. Su finalidad será describir y/o estimar parámetros y demostrara dependencia probabilística entre eventos.</p>	<p>TÉCNICA: La técnica será la documental a través de la Encuesta.</p>
<p>2. ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados con la retención de restos placentarios asociados a hemorragia post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018??</p>	<p>2. Determinar los factores de riesgo relacionados con la retención de restos placentarios asociados a hemorragia post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018??</p>	<p>Ho Los factores de riesgo atonía uterina, retención de restos placentarios, lesión del canal del parto y las alteraciones de la coagulación, NO están fuertemente asociados a hemorragias post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el</p>	<p>Lesión del canal del parto: -Desgarro del canal del parto.</p>	<p>Fase del expulsivo precipitado.</p>	<p>Diseño de inv. - Epidemiológico - relacional</p> <p>Esquema:</p>  <p>M= Muestra Ox= Observación de la Var. Independiente. Oy= Observación de la variable dependiente. R= relación de dependencia entre variables</p>	<p>INSTRUMENTO: El instrumento será una ficha de recolección de datos.</p> <p>TECNICAS ESTADISTICAS Estadístico de prueba (SPSS v 22): Chi cuadrado:</p> $\chi^2_{calc} = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$ <p><i>f_o</i> : Frecuencia del valor observado. <i>f_e</i> : Frecuencia del valor esperado.</p>
<p>3. ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados con lesiones del canal del parto asociados a hemorragia post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el</p>	<p>3. Determinar los factores de riesgo relacionados con lesiones del canal del parto asociados a hemorragia post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el</p>	<p>gestantes de parto vaginal en el Hospital Tingo María de julio a diciembre del 2018.</p>	<p>Alteraciones de la coagulación: -Adquiridas</p>	<p>Alumbramiento manual. Acretismo placentario. Maniobra de Credé.</p> <p>Preeclampsia. Síndrome de Hellp</p>	<p>V. DEPENDIENTE (Vy) Hemorragia post parto inmediato</p>	

Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018?	Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.	en el Hospital Tingo María de julio a diciembre del 2018.	<u>DIMENSIÓN:</u> Hemorragias	
4. ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados con las alteraciones de la coagulación asociados a hemorragia post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018?	4. Determinar los factores de riesgo relacionados con las alteraciones de la coagulación asociados a hemorragia post parto inmediato en gestantes de parto vaginal en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.			-En las primeras 24 horas. -Mayor de 500 ml.
5. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes de parto vaginal con hemorragia post parto inmediato en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018?	5. Identificar las características sociodemográficas de las gestantes de parto vaginal con hemorragia post parto inmediato en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.			

6. ¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes de parto vaginal con hemorragia post parto inmediato en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018?

6. Identificar las características obstétricas de las gestantes de parto vaginal con hemorragia post parto inmediato en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.



ANEXO 2 FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Nº DE FICHA:.....

I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS:

1. Edad:
2. Grado de instrucción
Primaria () Secundaria () Superior ()
3. Lugar de procedencia:
Zona urbana () Zona rural ()
4. Estado civil:
Soltera () Casada ()

II. CARACTERISTICAS OBSTÉTRICAS

1. G: P:
2. Edad gestacional.....
3. Tuvo control prenatal:
Si () No ()
4. Nº de atenciones pre natales:
1 – 2 ()
3 – 4 ()
5 – 6 ()
Más de 6 ()

III. VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES DE RIESGO

1. La gestante tuvo diagnóstico de Polihidramnios:
Si () No ()
2. La gestante tuvo un parto con producto Macrosómico.
Si () No ()
3. La gestante tuvo rotura prematura de membranas más de 24 horas.
Si () No ()
4. El parto fue prolongado.
Si () No ()
5. El parto fue rápido o precipitado:
Si () No ()
6. Durante el alumbramiento se hubo Acretismo placentario:
Si () No ()
7. La gestante tuvo cirugía previa (cesárea anterior)
8. Si () No ()
9. Durante el alumbramiento hubo retención de coágulos:

