

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

Tesis

**Factores de riesgo asociados a hemorragia posparto
primaria en pacientes del Hospital Santiago Apóstol
de Utcubamba - Amazonas, 2020-2022**

Diandra Emanuell Martinick Merino Aricoché

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Huancayo, 2023

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TESIS

A : Claudia María Teresa Ugarte Taboada
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
DE : Verónica Nelly Canales Guerra
ASUNTO : Remito resultado de evaluación de similitud en "Turnitin"
FECHA : 10 de octubre del 2023

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para saludarla y en vista de haber sido designado asesor del trabajo de investigación titulado "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO PRIMARIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL SANTIAGO APÓSTOL DE UTCUBAMBA – AMAZONAS, 2020-2022", perteneciente a DIANNDRÁ EMANUELL MARTINICK MERINO ARICOCHÉ, de la E.A.P de Medicina Humana, se procedió con la carga del documento a la plataforma Turnitin y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 12% de similitud (informe adjunto) sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio.

Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía SI NO
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores (Nº de palabras excluidas: 15) SI NO
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante SI NO

En consecuencia, se determina que el trabajo de investigación constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad. Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo de investigación sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios de legalidad, presunción de veracidad y simplicidad, expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales – RENATI y en la Directiva 003-2016-R/UC. Esperando la atención a la presente, me despido sin otro particular y sea propicia la ocasión para renovar las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,



Asesor de tesis

Cc.
Facultad
Oficina de Grados y Títulos
Interesado(a)

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, DIANNDRÁ EMANUELL MARTINICK MERINO ARICOCHÉ identificado(a) con Documento Nacional de Identidad No. 72171883 la E.A.P. de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. La tesis titulada: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO PRIMARIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL SANTIAGO APÓSTOL DE UTCUBAMBA – AMAZONAS, 2020-2022" es de mi autoría, la misma que presento para optar el Título Profesional de Médico Cirujano.
2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. La tesis es original e inédita, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

07 DE OCTUBRE DEL 2023



DIANNDRÁ EMANUELL MARTINICK MERINO ARICOCHÉ

DNI. No. 72171883

Hemorragia postparto

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	3%
2	repositorio.continental.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
5	1library.co Fuente de Internet	1%
6	repository.udca.edu.co Fuente de Internet	1%
7	repositorio.upsb.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.unp.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	journalprosciences.com Fuente de Internet	<1%

10	repositorio.ujcm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
11	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
12	repositorio.unjfsc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
13	repositorioinstitucional.buap.mx Fuente de Internet	<1 %
14	Submitted to Universidad Privada San Juan Bautista Trabajo del estudiante	<1 %
15	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
16	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
17	repositorio.upn.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
18	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
19	repositorio.undac.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
20	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
21	repositorio.unj.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 15 words

Excluir bibliografía

Activo

Dedicatoria

A mis padres: Elena y Humberto, por su amor y apoyo incondicional durante toda mi vida personal y profesional, además de ser mi ejemplo e inspiración, de fortaleza y perseverancia. Han sido mi pilar y soporte.

¡Gracias!

Agradecimientos

A Dios, por darme la vida, cuidarme y darme fortaleza para resistir y seguir adelante.

A la Universidad Continental, por acogerme en sus instalaciones y brindarme el apoyo y orientación oportuna y adecuada en la elaboración de mi tesis y poder cumplir mi meta personal de obtener mi título universitario.

A mis padres: Elena y Humberto y a la Sra. Adriana Salazar Sigueñas, por el apoyo incondicional que me han brindado durante la realización de esta tesis.

A mi asesora: Mg. Blga. Verónica Canales Guerra, por su tiempo y apoyo durante todo este proceso.

Al Hospital Santiago Apóstol de Utcubamba, sus autoridades, personal de salud y administrativo por su apoyo brindado para la ejecución de esta tesis.

Índice de contenidos

Dedicatoria.....	vi
Agradecimientos	vii
Índice de contenidos.....	viii
Índice de tablas	x
Índice de figuras.....	xi
Resumen	xii
Abstract.....	xiii
Introducción	xiv
CAPÍTULO I : Planteamiento del problema	15
1.1. Delimitación de la investigación	15
1.1.1. Territorial	15
1.1.2. Temporal	16
1.1.3. Conceptual	17
1.2. Planteamiento del problema	17
1.3. Formulación del problema.....	17
1.3.1. Problema general.....	18
1.3.2. Problemas específicos	18
1.4. Objetivos de la investigación.....	18
1.4.1. Objetivo general	18
1.4.2. Objetivos específicos.....	18
1.5. Justificación de la investigación	18
1.5.1. Justificación teórica.....	18
1.5.2. Justificación práctica	19
CAPÍTULO II : Marco teórico.....	20
2.1. Antecedentes de la investigación.....	20
2.1.1. Internacionales	20
2.1.2. Nacionales	21
2.2. Bases teóricas	22
2.3. Definición de términos básicos.....	28
CAPÍTULO III : Hipótesis y variables.....	29
3.1. Hipótesis.....	29
3.1.1. Hipótesis general	29
3.1.2. Hipótesis específicas	29
3.2. Identificación de variables.....	29

3.3. Operacionalización de las variables.....	30
CAPÍTULO IV : Metodología	32
4.1. Método, tipo y nivel de la investigación.....	32
4.1.1. Método de la investigación.....	32
4.1.2. Enfoque de la investigación.....	32
4.1.3. Tipo de investigación	32
4.1.4. Nivel de la investigación	32
4.2. Diseño de investigación.....	33
4.3. Población y muestra	33
4.3.1. Población.....	33
4.3.2. Muestra	33
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	34
4.4.1. Técnica e instrumento	34
4.4.2. Técnica de análisis de datos	34
4.5. Criterios éticos.....	35
CAPÍTULO V : Resultados	36
5.1. Presentación de resultados.....	36
5.2. Discusión de resultados	46
Conclusiones.....	50
Recomendaciones	51
Referencias bibliográficas	52
Anexos	59

Índice de tablas

Tabla 1. Severidad de la hemorragia posparto.....	24
Tabla 2. Factores de riesgo asociados a hemorragia posparto	25
Tabla 3. Precisión del Chi cuadrado.....	36
Tabla 4. Precisión de los valores de Odds ratio	36
Tabla 5. Factores obstétricos anteparto y hemorragia posparto primaria.....	41
Tabla 6. Análisis bivariado de los factores obstétricos anteparto	41
Tabla 7. Prueba de Chi cuadrado (Embarazo múltiple y hemorragia posparto primaria)	42
Tabla 8. Factores obstétricos intraparto y hemorragia posparto primaria	45
Tabla 9. Análisis bivariado de los factores obstétricos intraparto.....	46

Índice de figuras

Figura 1. Localización de Bagua Grande	16
Figura 2. Localización del hospital	16
Figura 3. Edad en rangos y hemorragia posparto primaria (HPP)	37
Figura 4. Control prenatal y hemorragia posparto primaria (HPP)	38
Figura 5. Anemia gestacional y hemorragia posparto primaria (HPP)	38
Figura 6. Cesárea previa y hemorragia posparto primaria (HPP)	39
Figura 7. Paridad y hemorragia posparto primaria (HPP)	39
Figura 8. Embarazo múltiple y hemorragia posparto primaria (HPP)	40
Figura 9. Trastornos hipertensivos y hemorragia posparto primaria (HPP)	40
Figura 10. Tipo de parto y hemorragia posparto primaria (HPP)	43
Figura 11. Feto macrosómico y hemorragia posparto primaria (HPP)	43
Figura 12. Trabajo de parto prolongado y hemorragia posparto primaria (HPP)	44
Figura 13. Trabajo de parto precipitado y hemorragia posparto primaria (HPP)	44
Figura 14. Inducción o conducción del trabajo de parto y hemorragia posparto primaria (HPP)	45

Resumen

La presente investigación tiene por objetivo determinar los factores de riesgo asociados a hemorragia posparto primaria en pacientes del Hospital Santiago Apóstol de Utcubamba – Amazonas, 2020-2022. El tipo de investigación es aplicada, de nivel correlacional y diseño observacional, analítico, de casos y controles. La muestra está conformada por 186 púerperas (93 casos y 93 controles). La técnica empleada es la documentación y el instrumento la ficha de recolección de datos. Los resultados mostraron que la anemia gestacional ($p < 0,001$; OR: 3,229 IC (95%): 1,656-6,297), la cesárea previa ($p: 0,029$; OR: 2,748 IC (95%): 1,081-6,984), los controles prenatales inadecuados ($p: 0,01$; OR: 2,350 IC (95%): 1,220-4,528) y la inducción o conducción del trabajo de parto ($p: 0,02$; OR: 2,572 IC (95%): 1,142-5,792) son factores obstétricos que se asocian a hemorragia posparto primaria. En conclusión, existe al menos un factor obstétrico anteparto e intraparto asociado a hemorragia posparto primaria en pacientes del Hospital Santiago Apóstol de Utcubamba – Amazonas, 2020-2022.

Palabras clave: hemorragia posparto, factores de riesgo, puerperio.

Abstract

This research aims to determine the risk factors associated with primary postpartum hemorrhage in patients of the Santiago Apóstol Hospital of Utcubamba – Amazonas, 2020-2022. The type of research is applied, correlational level and observational, analytical, case-control design. The sample consists of 186 puerperal women (93 cases and 93 controls). The technique used is the documentation and the instrument the data collection sheet. The results showed that gestational anemia ($p < 0.001$; OR: 3.229 CI (95%): 1.656-6.297), previous cesarean section ($p: 0.029$; OR: 2.748 CI (95%): 1.081-6.984), inadequate prenatal controls ($p: 0.01$; OR: 2,350 CI (95%): 1,220-4,528) and induction or management of labour ($p: 0.02$; OR: 2.572 CI (95%): 1.142-5.792) are obstetric factors that are associated with primary postpartum hemorrhage. In conclusion, there is at least one antepartum and intrapartum obstetric factor associated with primary postpartum hemorrhage in patients of the Santiago Apóstol Hospital of Utcubamba – Amazonas, 2020-2022.

Keywords: postpartum hemorrhage, risk factors, puerperium.

Introducción

En la actualidad la hemorragia obstétrica continúa siendo un gran problema de salud pública a nivel mundial, especialmente en países subdesarrollados como África subsahariana, donde existe mayor tasa de natalidad, mayor pobreza y menor acceso a atención médica de calidad. En el mundo representa la principal causa de muerte obstétrica (50%), de los cuales el 75% corresponde a hemorragia posparto. En América Latina, el 8.2% de las mujeres que presentan hemorragia posparto es de grado severo, pudiendo producirse complicaciones como sepsis, shock hipovolémico, coagulación intravascular diseminada, síndrome de sheehan, histerectomía, infertilidad, fallo renal agudo e incluso la muerte.

Por lo detallado anteriormente, el presente estudio tiene como finalidad determinar los factores de riesgo asociados a hemorragia posparto primaria en pacientes del hospital Santiago Apóstol de Utcubamba – Amazonas, 2020-2022.

El informe está estructurado en cinco capítulos. El capítulo I desarrolla el planteamiento y formulación del problema, los objetivos y la justificación de la investigación. El capítulo II, las bases teóricas y los antecedentes de la investigación. El capítulo III, plantea las hipótesis: general y específicas, identificación de variables y operacionalización de las mismas. El capítulo IV aborda la metodología, tipo y diseño de investigación, población, muestra y las técnicas e instrumentos de recolección de datos. El capítulo V, expone los resultados de la investigación, empleando estadística descriptiva e inferencial (contrastación de las hipótesis) y las discusiones. Por último, el estudio finaliza con las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

Planteamiento del estudio

1.1. Delimitación de la investigación

1.1.1. Territorial

Amazonas, limita con Ecuador (norte) y los departamentos de Cajamarca (oeste), San Martín (este), Loreto (este) y La Libertad (sur). Está formado por 7 provincias (Chachapoyas, Condorcanqui, Bagua, Bongará, Luya, Rodríguez de Mendoza, Utcubamba) y 84 distritos. Cuenta con una población de 379 384, siendo Utcubamba la provincia más habitada con 107 237 personas (28,3%). El 10,5% de la población amazonense es analfabeta, siendo mayor en la zona rural y en mujeres. (Censo 2017) (1).

Bagua Grande es un distrito de Utcubamba que cuenta con 50 841 habitantes, de los cuales el 70,7% habita en área urbana; además la población masculina representa el 49,9% y la femenina el 50,1% (Censo 2017) (1) La principal actividad económica en Bagua Grande es la agricultura (arroz, café, maíz, hortalizas y frutales) y la ganadería (aves de corral, cuyes, cerdos, cabras, vacas y ovejas) (2).

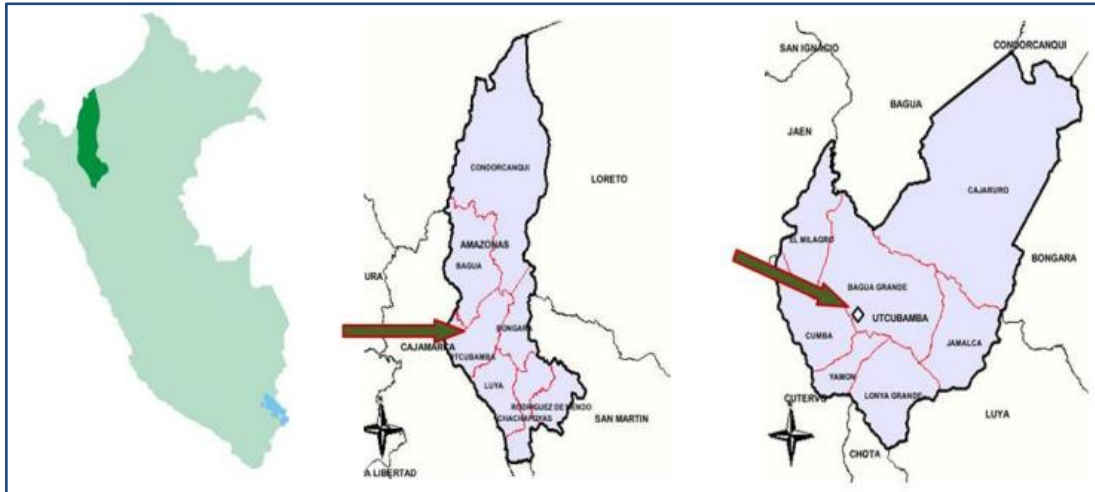


Figura 1. Localización de Bagua Grande (3)

La sede de esta investigación fue el hospital Santiago Apóstol de Utcubamba, en Bagua Grande. El hospital es de categoría II-1 y pertenece a la DIRESA Amazonas (4).



Figura 2. Localización del hospital (4)

1.1.2. Temporal

El presente estudio abarca los años 2020, 2021 y 2022 que coinciden con la pandemia del Covid-19. Dicha pandemia causó una sobrecarga de los centros de asistencia médica estatales y privados, vulnerando la atención prenatal de las gestantes, el cual es fundamental para detectar a tiempo factores de riesgo que pueden llevar a complicaciones perinatales y maternas (como la hemorragia posparto). Por lo cual el Covid-19 directa o indirectamente provocó un aumento de la morbilidad y mortalidad materna, lo cual se ve reflejado en las cifras de mortalidad materna del INEI, 42% más en 2020 respecto al 2019 (5).

1.1.3. Conceptual

El estudio recaba datos de las pacientes del servicio de Obstetricia – Área: Salud Pública, del hospital Santiago Apóstol de Utcubamba.

1.2. Planteamiento del problema

A pesar de haberse observado una reducción del 34% de muertes maternas en el mundo desde el año 2000, sólo afectada por la pandemia, las tasas continúan siendo elevadas, especialmente en los países del África subsahariana, donde existe mayor tasa de natalidad, mayor pobreza y menor acceso a atención médica de calidad (6,7).

Conforme a lo dicho por la OMS, en 2020 murieron por día en el mundo un aproximado de 800 gestantes o puérperas por causas prevenibles. De las cuales el 95% se produjeron en naciones subdesarrolladas, (6) representando la hemorragia obstétrica la principal causa de muerte obstétrica a nivel mundial (50%), de los cuales el 75% corresponde a hemorragia posparto. (8) En América, ocupa el segundo lugar (9). En nuestro país, en el año 2022, ocupó el primer lugar (28.3%), siendo más frecuente en pacientes entre 25 a 30 años. (10) También ocupa el primer lugar en Bolivia, Guatemala, Haití y República Dominicana (9).

La hemorragia posparto es una emergencia obstétrica, que compromete la salud de la paciente, pudiendo producirse complicaciones como sepsis, shock hipovolémico, coagulación intravascular diseminada, síndrome de sheehan, histerectomía, infertilidad, fallo renal agudo. (11) Cada año cerca de 14 millones que gestantes presentan hemorragia posparto y 125 mil mueren (12). Se estima que, en América Latina, el 8.2% de las mujeres que presentan hemorragia posparto es de grado severo (13).

La mayoría de autores considera a la atonía uterina, su causa más habitual (70% - 90%) (14,15) y dentro de sus factores de riesgo están, inducción del parto, multiparidad, feto macrosómico. Existen además otros factores de riesgo relacionados a otras causas, entre ellos, edad materna, gestación múltiple, obesidad materna, episiotomía, corioamnionitis, historia de hemorragia posparto, etc. (14) Pero existe un porcentaje de puérperas que no presenta factores de riesgo identificables, pudiendo estar relacionadas con un inadecuado manejo del alumbramiento (16).

1.3. Formulación del problema

En este contexto, el presente estudio plantea la siguiente pregunta:

1.3.1. Problema general

❖ ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a hemorragia posparto primaria en pacientes del hospital Santiago Apóstol de Utcubamba – Amazonas, 2020-2022?

1.3.2. Problemas específicos

❖ ¿Cuáles son los factores obstétricos anteparto asociados a hemorragia posparto primaria en pacientes del hospital Santiago Apóstol de Utcubamba – Amazonas, 2020-2022?

❖ ¿Cuáles son los factores obstétricos intraparto asociados a hemorragia posparto primaria en pacientes del hospital Santiago Apóstol de Utcubamba – Amazonas, 2020-2022?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

❖ Determinar los factores de riesgo asociados a hemorragia posparto primaria en pacientes del hospital Santiago Apóstol de Utcubamba – Amazonas, 2020-2022.

1.4.2. Objetivos específicos

❖ Determinar la asociación de los factores obstétricos anteparto con la hemorragia posparto primaria en pacientes del hospital Santiago Apóstol de Utcubamba – Amazonas, 2020-2022.

❖ Determinar la asociación de los factores obstétricos intraparto con la hemorragia posparto primaria en pacientes del hospital Santiago Apóstol de Utcubamba – Amazonas, 2020-2022.

1.5. Justificación de la investigación

1.5.1. Justificación teórica

Pese a los esfuerzos realizados por los gobiernos, la hemorragia posparto continúa encabezando las causas de morbilidad materna y en casos severos puede producir complicaciones graves, incluso la muerte. En los últimos 10 años, ha figurado siempre en las estadísticas del INEI sobre mortalidad materna, a nivel regional (Amazonas), 3 de las 9 pacientes fallecidas en el año 2022, murieron a causa de la hemorragia posparto. (10) Por eso este trabajo se justifica y es relevante, además de aportar conocimientos a los futuros investigadores.

1.5.2. Justificación práctica

Esta investigación pretende recabar información válida y confiable sobre los factores que influyen en la incidencia de hemorragia posparto primaria, lo cual es importante identificar para poder abordar oportunamente aquellos que pueden prevenirse. Además de contribuir con los datos obtenidos en este estudio a mejorar las estrategias y medidas de prevención.

CAPÍTULO II

Marco teórico

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Internacionales

En Etiopía, Tedla A, et al (2021) estudiaron la magnitud de la hemorragia posparto y sus factores asociados en 298 pacientes, hallando estos factores de riesgo: parto por cesárea (OR: 5,8; 95% IC: 1,1-9,9), parto vaginal instrumentado (OR: 3,7; 95% IC: 1,1-12,7) y antecedente de atonía uterina (OR: 4,8; 95% IC: 1,4-16,6) (17).

En 2019, Firmin M, et al, realizaron un estudio en Francia con 154 casos y 308 controles, buscando la incidencia, causas y factores de riesgo de la hemorragia posparto, encontrando al antecedente de hemorragia posparto OR: 3,36 (1,65-6,87), preeclampsia OR: 2,56 (1,07-6,14) e inducción del parto OR: 2,03 (1,03-3,99) como factores influyentes (18).

Un estudio de cohorte histórico del 2019 realizado por Sánchez M, et al en 2938 pacientes de un hospital de Valencia buscando los factores relacionados a hemorragia precoz en puérperas, encontró: la inducción del parto OR: 2,09 (1,39-3,16), feto macrosómico OR: 4,47 (1,06-8,76) y partos distócicos OR: 2,38 (1,54-3,68) están asociados. La gestación múltiple se presentó en el 2,25% de las pacientes, por lo cual no es considerado un factor influyente (19).

El objetivo de una investigación realizada por Zhuo P, et al (2021) fue encontrar los factores que afectan el riesgo de hemorragia posparto en 4796 gestantes de los centros de salud del Tíbet, obteniendo: Edad > 35 años (OR: 1,96; 95% IC: 1,18-3,27), antecedente de parto

premature (OR: 2,66; 95% IC: 1,60-4,42), parto por cesárea (OR: 6,69; 95% IC: 4,30-10,40) y peso del neonato mayor a 4 kg (OR: 3,92; 95% IC: 1,75-8,81) como factores relacionados (20).

Una publicación de Ashuri N, et al (2019) en Irán, con 600 pacientes, buscando determinar las causas y factores de riesgo en mujeres que presentaron hemorragia después de un parto vaginal, concluyeron: que la nuliparidad (OR: 5,987; 95% IC: 1,870-8,821), la preeclampsia (OR: 20,126; 95% IC: 3,831-21,114), el antecedente de hemorragia posparto (OR: 4,562; 95% IC: 1,570-6,597), la macrosomía fetal (OR: 4,025; 95% IC: 3,641-6,850) y el nivel de hemoglobina (OR: 1,849; 95% IC: 1,677-2,890) son factores asociados (21).

Lugmaña C, Yumiseba A (2021) elaboraron un estudio en Ecuador con 324 pacientes (127 casos y 197 controles) que buscaba la prevalencia y factores de riesgo de hemorragia presentada después del nacimiento, hallando al antecedente de cesárea (OR: 22,35; 95% IC: 2,89-173,11) como el factor de riesgo más influyente (22).

2.1.2. Nacionales

Una investigación realizada por Román, J, et al (2019) en un hospital de Ica, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo de hemorragia posparto temprana en 150 puérperas, encontró que, la nuliparidad (OR: 9,484; 95% IC: 3,530-29,700), los controles prenatales inadecuados (menor a 8) (OR: 7,443; 95% IC: 3,065-19,410) y peso del neonato mayor a 3500 gramos (OR: 2,328; 95% IC: 1,028-5,360) exponen a la paciente a presentar hemorragia posparto (23).

Una investigación en Cuzco (2019) elaborada por Tacuri M con 130 pacientes, buscaba hallar los principales factores relacionados a hemorragia producida hasta 2 horas después del parto. Sus resultados fueron: La multiparidad (Rp: 2.31; IC (95%): 1.45-2.96), edad mayor de 35 años (Rp: 3,2; IC (95%): 1.01-3.37), hipertensión gestacional (Rp: 1,9; IC (95%): 1,47-2,14), inducción del parto (Rp: 3.02; IC 95%: 2.76-3.68), conducción del parto (Rp: 1,68; IC (95%): 0,07-1,44), cirugía uterina previa (Rp: 2.43; IC (95%): 1.99-3.05), parto precipitado (Rp: 2.35; IC (95%): 1.98-3.20) y el parto prolongado (Rp: 1.82; IC (95%): 1.26-2.45). Además, son factores protectores: ≥ 6 controles prenatales (Rp: 0.82; IC (95%): 0.37-0.96). (24)

Un estudio con 164 pacientes, perteneciente a Huayhua D y aplicado en Pisco (2019) encontró los siguientes factores asociados: La prolongación del trabajo de parto (OR: 3,558; 95% IC: 1,540-8,215) y la macrosomía fetal (OR: 4,644; 95% IC: 1,771-12,179). (25)

Una investigación tipo casos y controles publicada en Trujillo por Medina E en 2021, halló a la anemia OR: 2,449 (1,503-3,989) como el factor de riesgo más influyente, en una muestra de 142 registros (26).

En 2022 Niño X publicó su tesis que buscaba los factores asociados a hemorragia posparto en 148 púerperas de un hospital de Lima, hallando los siguientes factores de riesgo: el ser añosa (OR: 3.220, 1.096-9.464), tener controles prenatales inadecuados (OR: 2.542, 1.182-5.466), la finalización del parto por cesárea (OR: 2.279, 1.179-4.404), la presencia de anemia gestacional (OR: 2.613, 1.271-5.373) y la macrosomía fetal (OR: 3.387, 1.039-11.046). (27)

Vicuña S (2019) en su investigación buscaba los factores de riesgo de hemorragia en 50 púerperas en un hospital de Huancayo, encontrando que la multiparidad OR: 0,240 (0,090-0,639) y el parto prolongado OR: 0,048 (0,005-0,501) son factores de protección (28).

Un estudio de Cier A publicado en 2022 e integrado por 134 púerperas de un nosocomio de Lima, obtuvo los siguientes resultados: Son factores de riesgo, los trastornos hipertensivos (OR: 3,49), RPM prolongado (OR: 3,74); son factores no significativos, atención prenatal deficiente (OR: 0,97), macrosomía fetal (OR: 1), parto prolongado (OR: 1,19) y patologías crónicas maternas (OR: 1,98) (29).

Los factores relacionados a hemorragia posparto encontrados en la tesis de Valenzuela A, en Huaraz en 2022, de una muestra de 192 púerperas, son: edad mayor de 35 (OR: 3,74; 2,04-6,83), periodo intergenésico largo (OR: 3,07; 1,51-6,22), antecedente de aborto (OR: 2,76; 1,33-5,73) y multiparidad (OR: 2,11; 1,17-3,80) (30).

En Huacho Oliva F (2020) estudió los factores que se asocian a hemorragia posparto eutócico, conformado por 390 pacientes y encontró como primer factor de riesgo al expulsivo prolongado (OR:2.90; 95%, IC: 1.69-5.11) (31).

2.2. Bases teóricas

- **Parto**

Proceso fisiológico por el útero expulsa al feto hacia el exterior (32). Puede tener diversos tipos. El eutócico que es de inicio y evolución espontánea, duración adecuada y sin complicaciones, se expulsa un único feto a término, en presentación cefálica y con alumbramiento completo. El distócico, que es la mala evolución del parto debido a una alteración del feto, la pelvis o la dinámica uterina) (32,33).

Desde el inicio del embarazo ocurren modificaciones estructurales que permiten adaptar al útero para el trabajo de parto, el cual empieza cuando la actividad del útero es rítmica e intensa, con un mínimo de 2 contracciones uterinas perceptibles cada 10 minutos, con una intensidad superior a 30 mm Hg de 30 segundos de duración (32,34).

Las etapas del trabajo de parto son la dilatación, expulsivo y alumbramiento (32).

A su vez la dilatación presenta las siguientes fases: latente (tiempo máximo 20 horas en primigestas y 14 horas multíparas) y activa (comienza con borramiento del cérvix al 100% hasta los 10 cm; progresa a razón de 1,2 cm/h en primigestas y 1,5 cm/h en multíparas) (32,34).

El expulsivo inicia al completar la dilatación y finaliza con la expulsión del feto, hasta 90 min en primigestas y 1 h en pacientes con un parto previo (32,34).

Alumbramiento: expulsión de la placenta, máximo 45 minutos en pacientes sin parto previo y 30 minutos en aquellas con al menos un parto anterior (34).

- **Hemorragia posparto**

En el año 2017, el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia define a la hemorragia posparto como la pérdida sanguínea ≥ 1 litro o la pérdida sanguínea acompañada de cuadro clínico de hipovolemia que ocurre hacia el final del alumbramiento o durante el puerperio, independiente de la vía del parto. (14,24) La estimación de su incidencia a nivel mundial va desde 1 al 5% de los partos, con un promedio aproximado del 2%, (15) hasta un 5 al 15% de las gestantes (19).

En condiciones normales un parto ocasiona una pérdida de volumen sanguíneo menor al 20% (1000 ml), generalmente < 500 ml (parto vaginal) y < 1000 ml (cesárea) (35).

El sangrado estimado de forma visual se considera el método más fácil pero también el más inexacto (subestimación o sobreestimación del sangrado) (36), pero una adecuada instrucción puede mejorar la precisión de dicha estimación; no obstante, las bolsas colectoras han mostrado mayor precisión, por lo que actualmente se sugiere su uso. (15) Otro método de estimación es el hematocrito/hemoglobina (disminución mayor al 10% / 2.9 g/dl del valor inicial se considera hemorragia posparto), aunque pueden no reflejar el estado hematológico actual, siendo poco útiles al momento de una hemorragia posparto aguda (24).

✓ Clasificación:

- Primaria o temprana: se presenta hasta 24 horas después del parto (22,28).
- Secundaria o tardía: posterior a las 24 horas hasta 72 días posparto (22,28).

✓ Severidad:

La severidad de la hemorragia posparto se evalúa con el volumen sanguíneo perdido y el estado hemodinámico de la paciente (Tabla 1). La clínica de hipovolemia suele no aparecer hasta que la pérdida sanguínea es mayor al 25% (mayor a 1250 ml) (24).

Tabla 1. Severidad de la hemorragia posparto

	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV
Hemodinamia	Estable o choque compensado	Choque leve	Choque moderado	Choque severo
Volumen sanguíneo perdido (mL)	500-1000	1000-1500	1500-2000	> 2000
Presión arterial sistólica	> 90 mmHg	80 y 90 mmHg	70 y 89 mmHg	< 70 mmHg
Frecuencia cardíaca	Normal	91 - 100 lpm	101 - 120 lpm	< 120 lpm
Frecuencia respiratoria	< 20	20-30	30-35	> 35
Diuresis (ml/h)	> 30	20-30	5-20	< 5
Sensorio	Normal	Normal o agitada	Agitación, confusión	Letárgica o inconsciente
Transfusión sanguínea	Usualmente no requerida	Posible	Usualmente requerida	Transfusión masiva probable

Tomada de Fernández, et al (2019), Tacuri (2019), Astudillo, et al (2021) (12,24,37)

El sangrado activo no controlado ocasiona déficit de aporte de oxígeno en los tejidos, la severidad y el tiempo de la hemorragia generan la triada de la muerte (hipotermia, coagulopatía y acidosis metabólica) (38).

✓ Etiología

Se recomienda el uso de la nemotécnica de las “4 T” propuesta por Karslonn y Sanz, el cual es fácil de recordar y reconocer al momento de presentarse la hemorragia posparto: (13,14,39).

Tono (Atonía uterina) – 70%, se produce después del alumbramiento, en la cual el útero se relaja debido a la pérdida de tono muscular (37,40). Se asocia a trabajo de parto prolongado, multiparidad, corioamnionitis, embarazo múltiple, feto macrosómico (14).

Trauma (lesión del canal del parto) – 20%: son lesiones provocadas a nivel de útero, cérvix, vagina o periné debido a laceraciones o incisiones quirúrgicas que la paciente puede sufrir durante el parto. Abarca las episiotomías, los desgarros cervicales, vaginales, perineales, ruptura uterina (a nivel de la cicatriz de histerotomía por cesárea previa) y la inversión uterina. Se asocian a trabajo de parto precipitado, feto macrosómico o parto instrumentado (27,36,39).

Tejido (retención de placenta y restos placentarios) – 9%. La placenta no se expulsa o se expulsa parcialmente pasados 30 minutos del nacimiento. Se asocia a mayor número de cicatrices uterinas y placenta previa, implantación placentaria anormal (acretismo placentario). Los restos placentarios impide una contracción uterina eficaz. (8,27,39)

Trombina (alteraciones de la coagulación) – 1%: las coagulopatías pueden ser hereditarias o adquiridas. Las coagulopatías adquiridas se deben a trastornos obstétricos como preeclampsia severa/eclampsia, desprendimiento de la placenta, sepsis, embolia del líquido amniótico, etc. (8,27,37).

Tabla 2. Factores de riesgo asociados a hemorragia posparto

Etiología	Ocasionado por	Factores de riesgo
Tono (Atonía uterina)	Sobredistensión uterina	Embarazo múltiple Peso fetal > 4 Kg ILA > 25 cm
	Agotamiento muscular uterino	Parto prolongado Parto precipitado Inducción o aceleración del trabajo de parto Multiparidad Anemia gestacional Corioamnionitis
Trauma (Lesiones del canal del parto)	Laceraciones (episiotomía y desgarros)	Parto precipitado Parto instrumentado Feto macrosómico
	Ruptura uterina	Cirugía uterina previa Periodo intergenésico corto
	Inversión uterina	Maniobra de Credé Cordón umbilical corto Placenta implantada en el fondo uterino
Tejido (Tejido placentario retenido)	Retención de placenta o restos placentarios	Placenta previa Acretismo placentario Cirugía uterina previa Tracción excesiva del cordón umbilical
Trombina (Alteraciones de la coagulación)	Congénitas	-----
	Adquiridas	Óbito fetal Sepsis Preeclampsia severa/Eclampsia Síndrome de Hellp Desprendimiento placentario Embolismo placentario Embolismo del líquido amniótico

Tomada de Astudillo, et al (2021), Sornoza R, et al (2022) (8,37)

Factores de riesgo:

➤ Factores obstétricos anteparto:

- Edad: la mejor edad para un embarazo es de los 20 a los 35 años, cuando los órganos reproductivos se encuentran bien desarrollados. Los embarazos en edades extremas (> 35 años y < 20 años) incrementan el riesgo de complicaciones materno-perinatales. Los embarazos adolescentes (< 20 años) implican un riesgo social para madre e hijo y los embarazos en gestantes añosas (> 35 años) mayor riesgo de cromosomopatías y patologías maternas crónicas (41). Las gestantes en edades extremas tienen mayor riesgo de presentar hemorragia posparto que las gestantes de 20 a 35 años (27).

- Paridad: gestante que ha tenido previamente 1 parto, vaginal o cesárea, ≥ 1 feto, mayor a 22 semanas y/o peso > 500 gramos (27). La multiparidad influye más en la severidad que en la incidencia de hemorragia puerperal, debido al retraso de la involución uterina en un útero previamente distendido (42). Tipos: Nulípara (0 partos), Multípara (al menos 1 parto previo) (27).

- Embarazo múltiple: embarazo con más de un feto. Está asociado a mayores complicaciones perinatales, ya que, a más feto, menor edad gestacional y menor peso (27,42).

- Control prenatal: La OMS recomienda un mínimo de 8 atenciones prenatales, por su parte el Ministerio de Salud sugiere un mínimo de 6 (27).

- Trastornos hipertensivos: hipertensión arterial ($\geq 140/90$) con o sin proteinuria, pasadas las 20 semanas. Incluye a la hipertensión gestacional, pacientes con hipertensión arterial crónica, la preeclampsia (con y sin signos de severidad), eclampsia y síndrome de Hellp (6,43).

- Anemia gestacional: disminución de la hemoglobina < 11 g/dl (hematocrito < 33%) antes del inicio del trabajo de parto. Grados: Leve (< 11 g/dl), moderado (< 9 g/dl), severo (< 7 g/dl) (44).

- Cesárea previa: extracción del feto por laparotomía, al menos en una ocasión anterior a la gestación actual. A mayor número de intervenciones mayor probabilidad de presentar hemorragia posparto (27,37).

➤ Factores intrapartos

- Trabajo de parto prolongado: consiste en: fase latente: > 20 h en pacientes sin partos anteriores, > 14 h en pacientes que han tenido ≥ 1 parto anterior. Fase activa: nulípara: < 1,2 cm/h, multípara: < 1,5 cm/h. Debido a las contracciones uterinas deficientes en frecuencia, intensidad y duración (34,42).

- Tipo de parto: finalización del parto por vía vaginal o cesárea. El parto por cesárea tiene mayor riesgo de presentar hemorragia posparto primaria debido a que la pérdida sanguínea es mayor (500-1000 ml) (27).

- Feto macrosómico: feto con peso mayor a 4000 gramos. Por cada kilo aumentado quintuplica el riesgo de hemorragia posparto (19).

- Trabajo de parto precipitado: se define como dilatación > 5 cm/h en puérperas sin antecedente de partos y > 10 cm/h en puérperas con antecedente de partos (34).

- Inducción o conducción del trabajo de parto: consiste en desencadenar las contracciones uterinas de forma artificial o estimular el trabajo de parto para aumentar las contracciones. (24) El parto inducido duplica el riesgo de hemorragia posparto (19).

✓ Diagnóstico:

Es con frecuencia clínico, por lo que el profesional debe estar capacitado y entrenado para determinar en una emergencia el volumen sanguíneo perdido y el grado de desequilibrio hemodinámico y poder actuar de forma oportuna (13,36).

Una herramienta adicional que nos puede ayudar a estimar la pérdida sanguínea es la "regla de 30", que consiste en: disminución de PA sistólica en un 30%, aumento de la FC en un 30%, aumento de la FR a más de 30 por minuto, disminución del hematocrito caen un 30%, lo cual nos orienta a una pérdida del volumen sanguíneo mayor del 30% de lo normal (100 ml/Kg durante el embarazo) (45).

Otra forma de estimar la pérdida sanguínea es empleando compresas, al peso en gramos de la compresa con sangre se le resta el peso en gramos de la compresa seca (13,36).

✓ Prevención:

Las siguientes medidas ayudan a reducir la incidencia o la severidad de las hemorragias posparto: (45)

- Evitar el trabajo de parto prolongado.
- Mínimo traumatismo mínimo durante el parto vaginal.
- Detección y tratamiento oportuno de la anemia gestacional.
- Identificación ecográfica de placenta previa y acretismo placentario.

La más relevante consiste en el manejo activo del alumbramiento (tracción controlada del cordón más administración profiláctica de uterotónicos como la oxitocina intramuscular posterior a la salida del hombro anterior). Además de monitorización continua (27).

2.3. Definición de términos básicos

❖ Hemorragia anteparto: hemorragia producida desde la segunda mitad del embarazo hasta antes del nacimiento del feto (19).

❖ Hemorragia posparto: hemorragia producida desde el nacimiento del feto hasta el puerperio tardío (42 días) (24).

❖ Puerperio: etapa que inicia al finalizar el expulsivo y finaliza 42 días después, se divide en: Inmediato (hasta 24 horas después), mediano (pasada las 24 horas y hasta el décimo día), tardío (después del décimo día y hasta el día 42) (25).

❖ Gestante añosa: gestación ocurrida en una mujer mayor de 35 años (30).

❖ Gestante adolescente: gestación ocurrida en una mujer posterior a la menarquia y menor de 20 años (30).

❖ Óbito fetal: extracción o expulsión de un feto muerto mayor de 22 semanas de gestación y más de 500 gramos (46).

❖ Parto pretérmino: finalización del embarazo antes de las 37 semanas (47).

❖ Parto a término: finalización del embarazo entre las 37 a 42 semanas (47).

❖ Parto posttérmino: finalización del embarazo posterior a las 42 semanas (47).

CAPÍTULO III

Hipótesis y variables

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

Existen factores de riesgo asociados a hemorragia posparto primaria en pacientes del hospital Santiago Apóstol de Utcubamba – Amazonas, 2020-2022.

3.1.2. Hipótesis específicas

Existe al menos un factor obstétrico anteparto asociado a hemorragia posparto primaria en pacientes del hospital Santiago Apóstol de Utcubamba – Amazonas, 2020-2022.

Existe al menos un factor obstétrico intraparto asociado a hemorragia posparto primaria en pacientes del hospital Santiago Apóstol de Utcubamba – Amazonas, 2020-2022.

3.2. Identificación de variables

Variable 1: Factores de riesgo (factores obstétricos anteparto y factores obstétricos intraparto).

Variable 2: Hemorragia postparto primaria.

3.3. Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIBALE
FACTORES DE RIESGO	Atributo o evento que aumenta la probabilidad de ocasionar una enfermedad	Rasgo, estilo de vida, circunstancia, complicación o antecedente ligado al aumento de probabilidad de presentar hemorragia posparto primaria	FACTORES OBSTÉTRICOS ANTEPARTO	EDAD	< 20 años 20-35 años > 35 años	Ordinal	Numérica discreta
				CONTROL PRENATAL	Adecuado (≥ 6) Inadecuado (< 6)	Nominal	Categórica politómica
				EMBARAZO MÚLTIPLE	Sí No	Nominal	Categórica politómica
				PARIDAD	Nulípara Multípara	Nominal	Categórica politómica
				TRASTORNOS HIPERTENSIVOS	Sí No	Nominal	Categórica dicotómica
				CESÁREA PREVIA	Sí No	Nominal	Categórica dicotómica
				ANEMIA GESTACIONAL	Sí No	Nominal	Categórica dicotómica
			FACTORES OBSTÉTRICOS INTRAPARTO	TIPO DE PARTO	Cesárea Vaginal	Nominal	Categórica dicotómica
				FETO MACROSÓMICO	Sí No	Nominal	Categórica dicotómica
				TRABAJO DE PARTO PRECIPITADO	Sí No	Nominal	Categórica dicotómica
				TRABAJO DE PARTO PROLONGADO	Sí No	Nominal	Categórica dicotómica

				INDUCCIÓN O CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO	Sí No	Nominal	Catagórica dicotómica
HEMORRAGIA POSPARTO PRIMARIA	Pérdida de sangre acompañada de cuadro clínico de hipovolemia presentada hasta 24 horas después del nacimiento	Presencia o ausencia de hemorragia hasta 24 horas posparto		HEMORRAGIA POSPARTO PRIMARIA	Sí No	Nominal	Catagórica dicotómica

CAPÍTULO IV

Metodología

4.1. Método, tipo y nivel de la investigación

4.1.1. Método de la investigación

Método científico, proceso, de carácter cognitivo, empleado por el investigador para alcanzar nuevos conocimientos resolviendo un problema. De tipo hipotético-deductivo, parte de las hipótesis, las que deben ser contrastada, deduciendo de ellas conclusiones (48). En esta investigación se pretende establecer por medio de una hipótesis la asociación entre la hemorragia posparto primaria y los factores obstétricos.

4.1.2. Enfoque de la investigación

Cuantitativo, parte de una idea, estableciendo objetivos e hipótesis, las que se comprueban empleando métodos estadísticos y posteriormente deducir conclusiones (49,50). Este estudio empleará la estadística para elaborar tablas de contingencia y hallar asociaciones estadísticas.

4.1.3. Tipo de investigación

Aplicada, se orienta a emplear los conocimientos para la solución de problemas prácticos (50). Este estudio pretende identificar y conceptualizar los factores de riesgo que afectan a la hemorragia posparto primaria para permitir un mejor abordaje a las pacientes del hospital Santiago Apóstol.

4.1.4. Nivel de la investigación

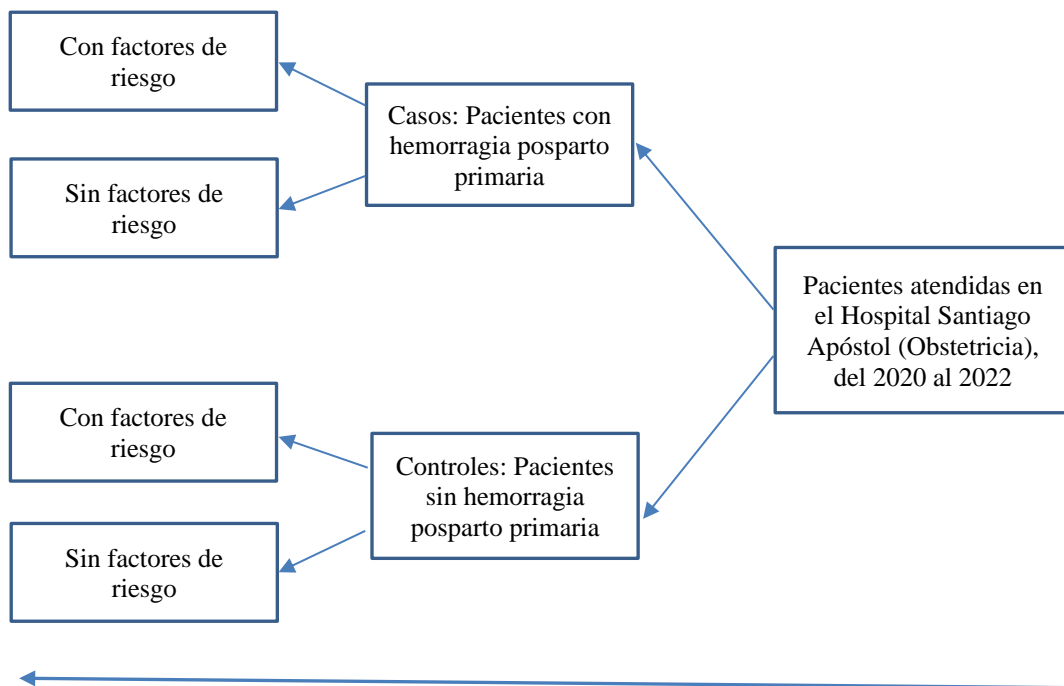
Correlacional, pues busca conocer el grado de asociación que existe entre 2 o más

variables (51). Este estudio pretende la asociación entre las variables factores de obstétricos y la hemorragia posparto primaria, para conocer aquellos factores que afectan más a esta variable.

4.2. Diseño de investigación

Observacional, analítico, de casos y controles. Transversal, porque este tipo de estudio recolecta datos en un momento determinado. Retrospectivo, pues se analizan datos de hechos que ya sucedieron al momento de la planificación del estudio (2020 al 2022) (51).

La simbología es la siguiente:



4.3. Población y muestra

4.3.1. Población

Pacientes obstétricas atendidas en el hospital Santiago Apóstol de Utcubamba del 2020 al 2022. Se encontró 107 casos de pacientes que presentaron hemorragia hasta 24 horas después del parto durante los años de estudio.

4.3.2. Muestra

La muestra para los casos se determina de manera no probabilística y censal, es decir, con las 93 pacientes atendidas durante los años 2020 al 2022, que presentaron hemorragia hasta 24 horas después del parto.

La muestra para los controles se establece en razón de 1:1 (un control por cada caso) y se determina mediante muestreo aleatorio estratificado, eligiendo 31 pacientes por año de forma aleatoria.

Ambos grupos deben cumplir estos criterios:

- **Criterios de inclusión:**

- ❖ Parto vaginal o cesárea
- ❖ Partos a término

- **Criterios de exclusión:**

- ❖ Antecedente de trauma obstétrico
- ❖ Óbito fetal
- ❖ Pacientes con historias clínicas extraviadas (al momento de la recolección de datos) o con datos incompletos
- ❖ Pacientes referidas al hospital por presentar hemorragia posparto primaria

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.4.1. Técnica e instrumento

El presente estudio emplea como técnica la documentación, con fuente de información secundaria, y como instrumento la ficha de recolección de datos (50).

Se solicitó el permiso correspondiente al hospital para tener acceso al libro de atención de partos y a las historias clínicas de dichas pacientes. Al revisar el libro de atención de partos se identificó aquellas pacientes que presentaron hemorragia posparto primaria y que cumplen con los criterios de esta investigación; también se seleccionó al azar las historias clínicas de las pacientes que no presentaron hemorragia posparto primaria. Posteriormente se revisó en el archivo clínico las historias clínicas seleccionadas, para recolectar la información necesaria en una ficha de recolección de datos.

4.4.2. Técnica de análisis de datos

Una vez aplicado el instrumento, los datos recabados serán descargados en el programa Microsoft Excel 2016 y generar los gráficos, posteriormente procesados y analizados en el programa IBM SPSS Statistics 29.0 aplicando pruebas de significancia estadística.

Estadística descriptiva: frecuencias absolutas y porcentuales, además de diagramas

(sectorial y de barras).

Estadística inferencial: medidas de asociación, la prueba no paramétrica Xi cuadrado para hallar asociaciones estadísticas significativas y Odds ratio para hallar el grado de riesgo de cada factor.

4.5. Criterios éticos

La investigación tiene en cuenta los principios éticos de la investigación (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), siguiendo las pautas establecidas en la Declaración de Helsinki 2013, del reporte Belmont y del Comité de Ética e Investigación de la Universidad Continental. Salvaguardando la privacidad, integridad y seguridad de las participantes, además de mantener en todo momento la confidencialidad de la información extraída (52).

CAPÍTULO V

Resultados

5.1. Presentación de resultados

Tabla 3. Precisión del Chi cuadrado

Valor de Chi cuadrado	Tipo de asociación
> 0,05	No significativo. No existe relación
< 0,05	Significativo. Existe relación
< 0,01	Altamente significativo. Existe alta relación

Tomada de Barrientos J, et al (2021) (53)

Tabla 4. Precisión de los valores de Odds ratio

Valor de Odds ratio	Intervalo de confianza al 95%		Tipo de asociación
	Límite inferior	Límite superior	
= 1			Sin asociación (Exposición no se asocia con la hemorragia posparto primaria)
> 1	> 1	> 1	Significativo (Factor de riesgo) Exposición aumenta las posibilidades de presentar hemorragia posparto primaria
< 1	< 1	< 1	Significativo (Factor de protección) Exposición tiene un efecto protector
> 1	< 1	> 1	No significativo
< 1	< 1	> 1	No significativo

Tomada de Barrientos J, et al (2021) (53)

- **Contrastación de hipótesis**

Hipótesis específica 1:

H_i: Existe al menos un factor obstétrico anteparto asociado a hemorragia posparto primaria en pacientes del hospital Santiago Apóstol de Utcubamba – Amazonas, 2020-2022.

H₀: No existe al menos un factor obstétrico anteparto asociado a hemorragia posparto primaria en pacientes del hospital Santiago Apóstol de Utcubamba – Amazonas, 2020-2022.

- **Estadística descriptiva:**

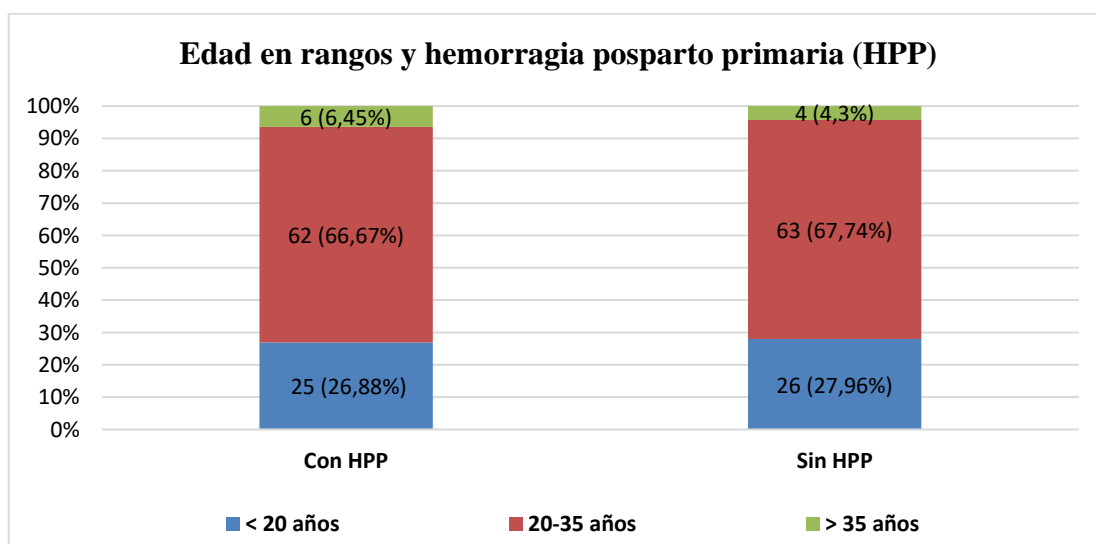


Figura 3. Edad en rangos y hemorragia posparto primaria (HPP)

La figura 3 muestra la distribución de edades por rangos en pacientes con y sin hemorragia posparto primaria (HPP), observando que la mayoría de las pacientes en ambos grupos tiene de 20 a 35 años (66,67% en las pacientes con hemorragia HPP y 67,74% en pacientes sin HPP). Además, el rango de edad menos frecuentes es el de las gestantes de 35 años a más (6,45% en las pacientes con HPP y 4,30% en pacientes sin HPP).

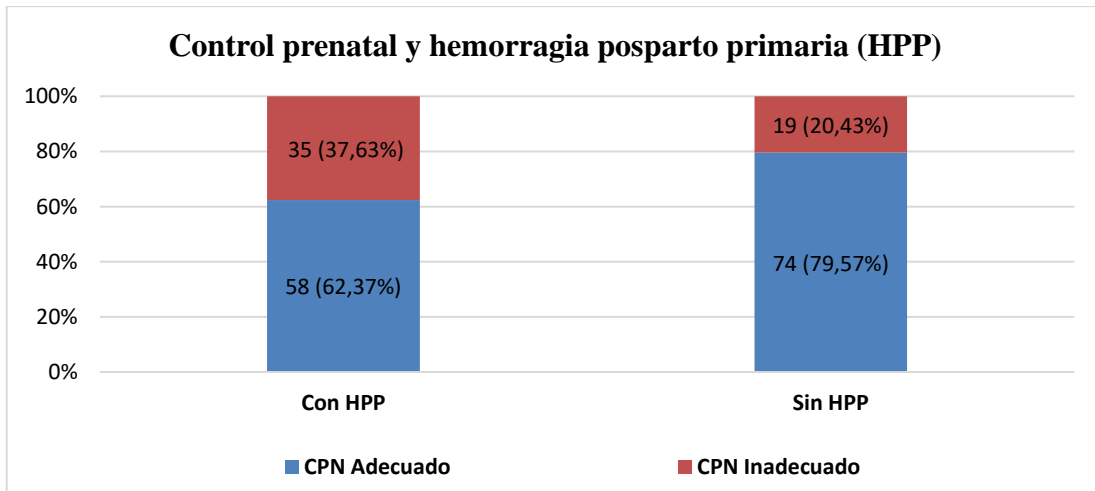


Figura 4. Control prenatal y hemorragia posparto primaria (HPP)

En la figura 4 se observa que la mayoría de las gestantes de ambos grupos (con y sin hemorragia posparto) llevaron un adecuado control prenatal, siendo más frecuente en aquellas que no presentaron hemorragia posparto (79,57%).

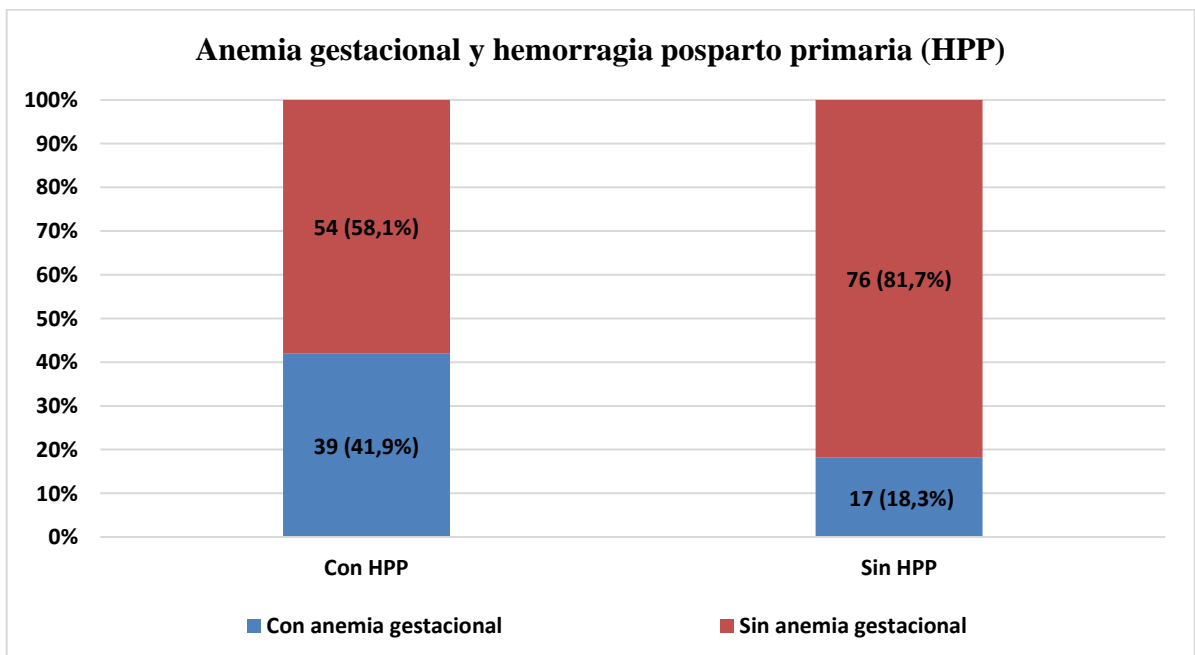


Figura 5. Anemia gestacional y hemorragia posparto primaria (HPP)

La figura 5 muestra que en ambos grupos con y sin hemorragia posparto primaria es más frecuente las gestantes sin anemia gestacional (58,1% en pacientes con HPP y 81,7% en pacientes sin HPP).

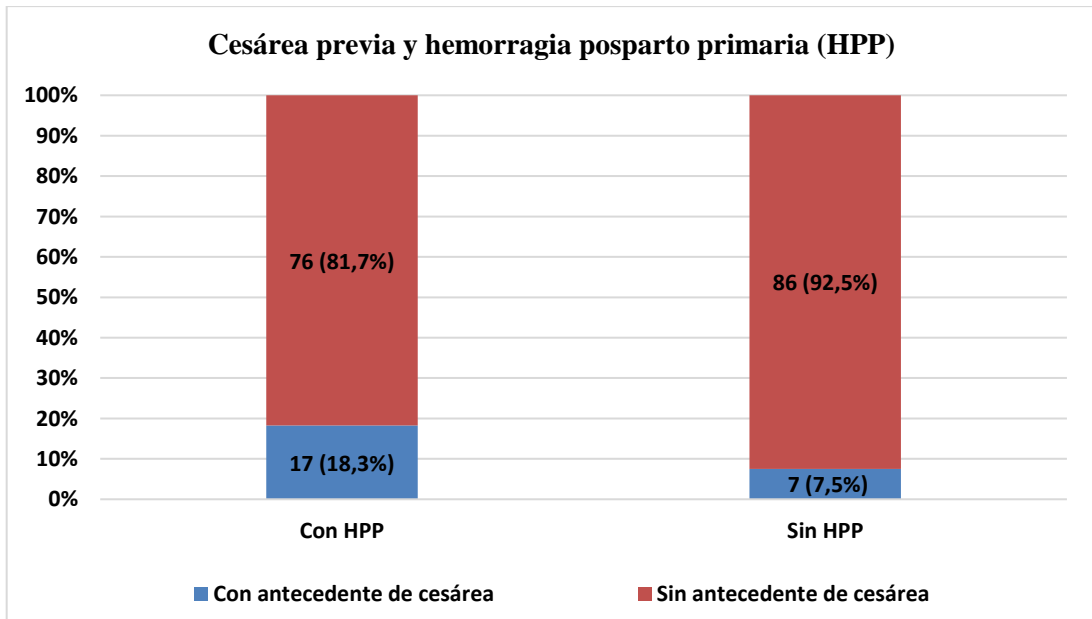


Figura 6. Cesárea previa y hemorragia posparto primaria (HPP)

La figura 6 muestra que el 18,3% de las pacientes con HPP y el 7,5% de las pacientes sin HPP tienen antecedente de al menos una cesárea previa.

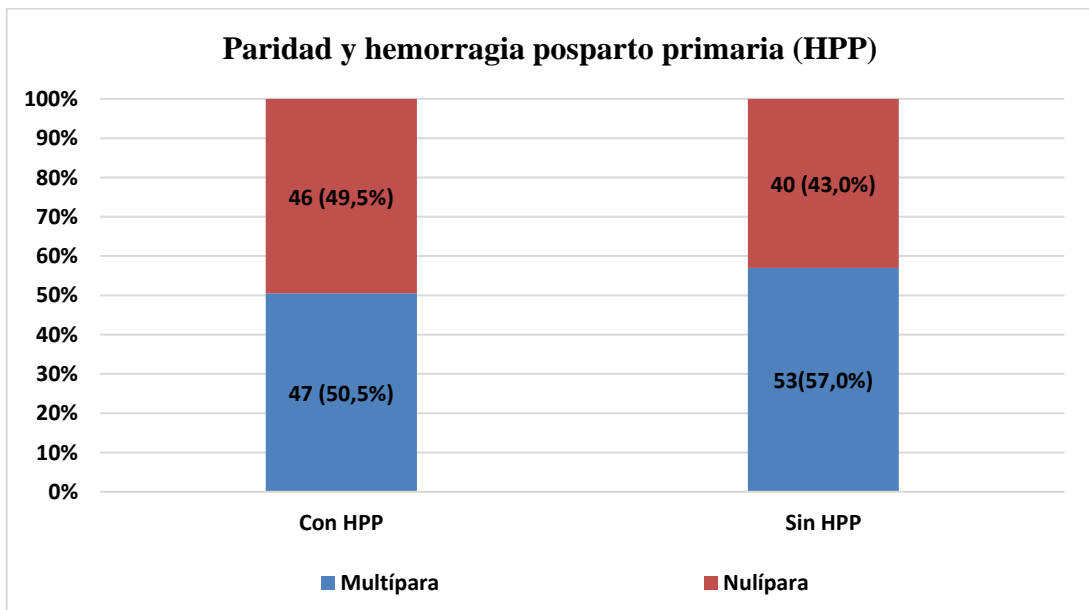


Figura 7. Paridad y hemorragia posparto primaria (HPP)

La figura 7 muestra que, en ambos grupos, con hemorragia y sin posparto primaria, es más frecuente las pacientes múltiples (50,5% en pacientes con HPP y 57,0% en pacientes sin HPP).

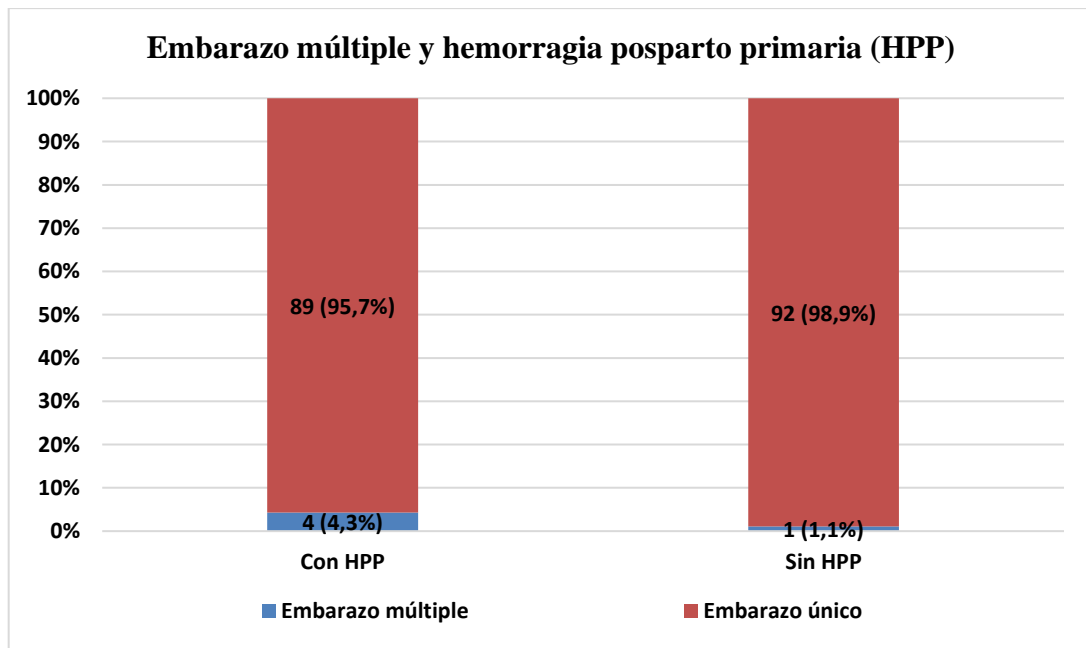


Figura 8. Embarazo múltiple y hemorragia posparto primaria (HPP)

La figura 8 muestra los casos de embarazo múltiple (gemelar) en pacientes con y sin hemorragia posparto primaria. Se observa que ambos grupos la frecuencia es muy baja (4,3% en pacientes con HPP y 1,1% en pacientes sin HPP).

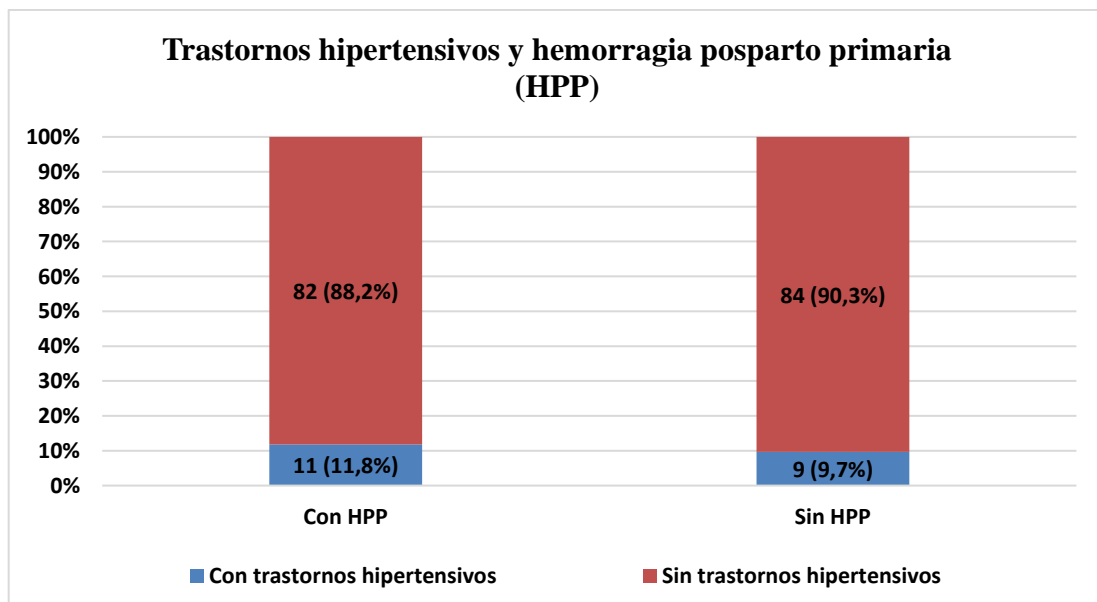


Figura 9. Trastornos hipertensivos y hemorragia posparto primaria (HPP)

La figura 9 muestra que los trastornos hipertensivos se presentan con más frecuencia en pacientes con HPP (11,8%).

Tabla 5. Factores obstétricos anteparto y hemorragia posparto primaria

Factores obstétricos anteparto		Hemorragia posparto primaria					
		Sí			No		
		fi	hi	hi %	fi	hi	hi %
Edad	< 20	25	0,269	26,68	26	0,2796	27,96
	20-35	62	0,667	66,67	63	0,6774	67,74
	> 35	6	0,064	6,45	4	0,043	4,3
	Total	93	1	100	93	1	100
Control prenatal	Adecuado	58	0,6237	62,37	74	0,7957	79,57
	Inadecuado	35	0,3763	37,63	19	0,2043	20,43
	Total	93	1	100	93	1	100
Paridad	Múltipara	47	0,505	50,5	53	0,57	57,0
	Nulípara	46	0,495	49,5	40	0,43	43,0
	Total	93	1	100	93	1	100
Trastornos hipertensivos	Sí	11	0,118	11,8	9	0,097	9,7
	No	82	0,882	88,2	84	0,903	90,3
	Total	93	1	100	93	1	100
Anemia gestacional	Sí	39	0,419	41,9	17	0,183	18,3
	No	54	0,581	58,1	76	0,817	81,7
	Total	93	1	100	93	1	100
Cesárea previa	Sí	17	0,183	18,3	7	0,075	7,5
	No	76	0,817	81,7	86	0,925	92,5
	Total	93	1	100	93	1	100
Embarazo múltiple	Sí	4	0,043	4,3	1	0,011	1,1
	No	89	0,957	95,7	92	0,989	98,9
	Total	93	1	100	93	1	100

La tabla 5 muestra las frecuencias absoluta, relativa y porcentual de los factores obstétricos anteparto.

- **Estadística inferencial:**

Tabla 6. Análisis bivariado de los factores obstétricos anteparto

Factores obstétricos anteparto	χ^2	p-valor	OR	Intervalo de confianza (95%)	Decisión	
Edad	< 20	0,027	0,869	0,947	0,497 - 1,805	No significativo
	20-35	0,024	0,876	0,952	0,516 - 1,757	No significativo
	> 35	0,423	0,516	1,534	0,419 - 5,626	No significativo
Control prenatal	6,680	0,010	2,350	1,220 - 4,528	Factor de riesgo	
Paridad	0,779	0,378	0,771	0,433 - 1,374	No significativo	

Trastornos hipertensivos	0,224	0,636	1,252	0,493 - 3,180	No significativo
Anemia gestacional	12,366	< 0,001	3,229	1,656 - 6,297	Factor de riesgo
Cesárea previa	4,784	0,029	2,748	1,081 - 6,984	Factor de riesgo

La tabla 6 muestra que la anemia gestacional ($p < 0,001$; OR: 3,229 IC (95%): 1,656-6,297), la cesárea previa ($p: 0,029$; OR: 2,748 IC (95%): 1,081-6,984) y los controles prenatales inadecuados ($p: 0,010$; OR: 2,350 IC (95%): 1,220-4,528) son los factores obstétricos anteparto que asocian a hemorragia posparto primaria.

Tabla 7. Prueba de Chi cuadrado (Embarazo múltiple y hemorragia posparto primaria)

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,850 ^a	1	,174		
Corrección de continuidad ^b	,822	1	,365		
Razón de verosimilitud	1,977	1	,160		
Prueba exacta de Fisher				,368	,184
Asociación lineal por lineal	1,840	1	,175		
N de casos válidos	186				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,50.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla 7. En el caso de embarazo múltiple, al haber valores < 5 se utiliza la razón de verosimilitud que da 1,977 ($>0,05$), los resultados se dan por azar.

El resto de los factores obstétricos anteparto no muestra asociación estadística significativa.

Entonces, se rechaza la hipótesis nula: Existe al menos un factor obstétrico anteparto asociado a hemorragia posparto primaria.

- **Hipótesis específica 2:**

H_i : Existe al menos un factor obstétrico intraparto asociado a hemorragia posparto primaria en pacientes del hospital Santiago Apóstol de Utcubamba – Amazonas, 2020-2022.

H_0 : No existe al menos un factor obstétrico intraparto asociado a hemorragia posparto primaria en pacientes del hospital Santiago Apóstol de Utcubamba – Amazonas, 2020-2022.

- Estadística descriptiva:

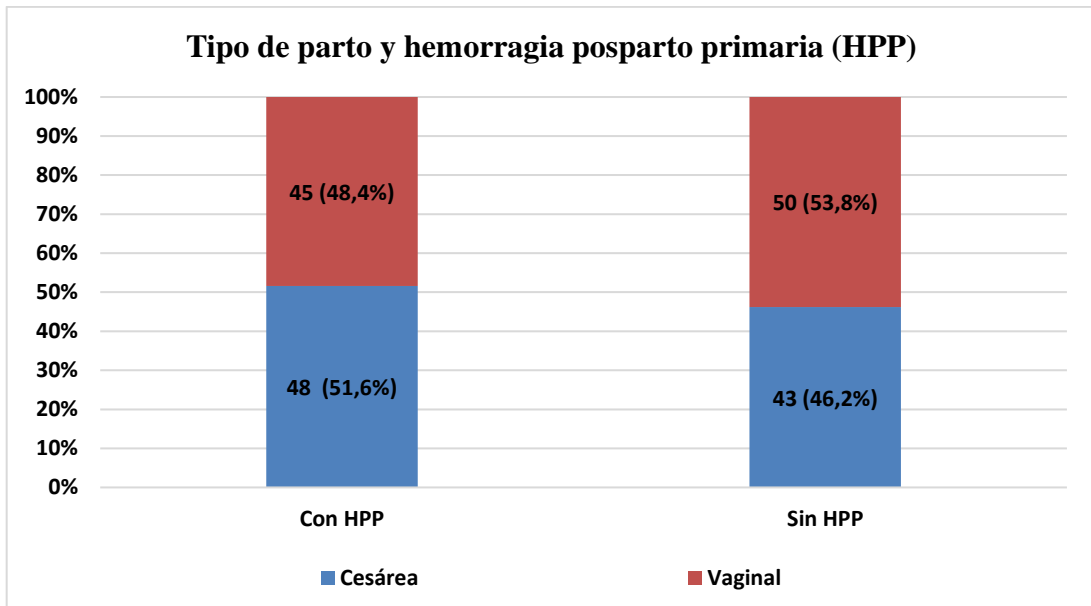


Figura 10. Tipo de parto y hemorragia posparto primaria (HPP)

La figura 10 muestra que en el grupo con HPP es más frecuente el parto por cesárea (51,6%) y en el grupo sin hemorragia posparto primaria es más frecuente el parto vaginal (53,8%).

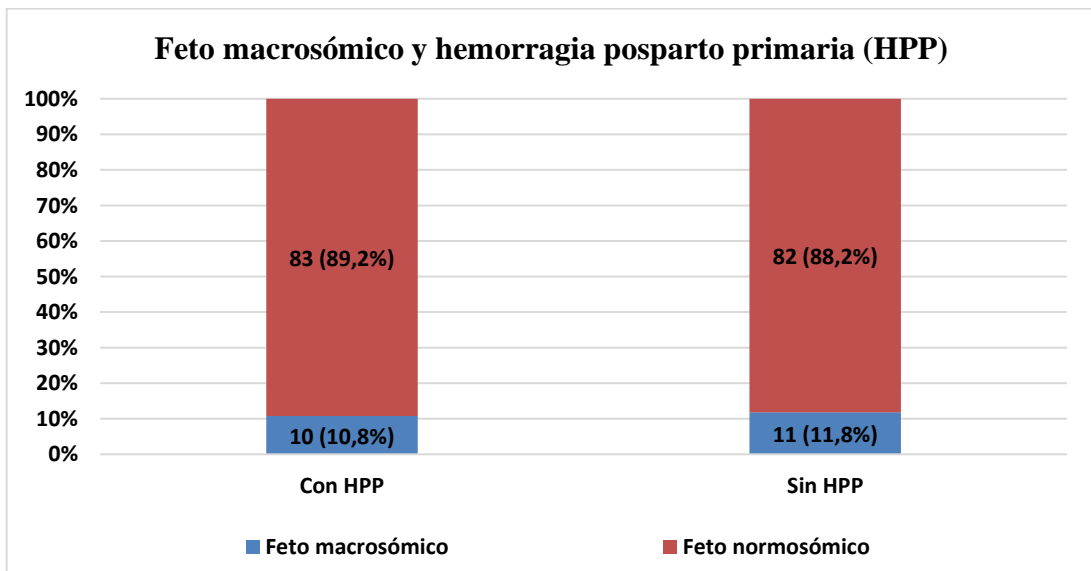


Figura 11. Feto macrosómico y hemorragia posparto primaria (HPP)

La figura 11 muestra que el 10,8% de las pacientes con HPP y el 11,8% de las pacientes sin HPP son gestantes con feto macrosómico.

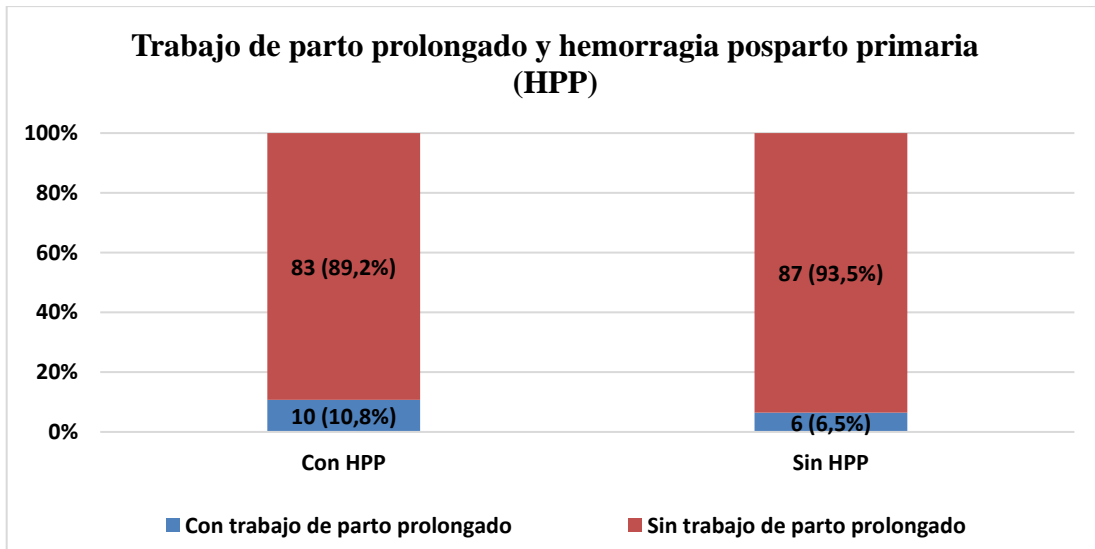


Figura 12. Trabajo de parto prolongado y hemorragia posparto primaria (HPP)

La figura 12 muestra que el 10,8% de las pacientes con HPP y el 6,5% de las pacientes sin HPP tuvieron un trabajo de parto prolongado.

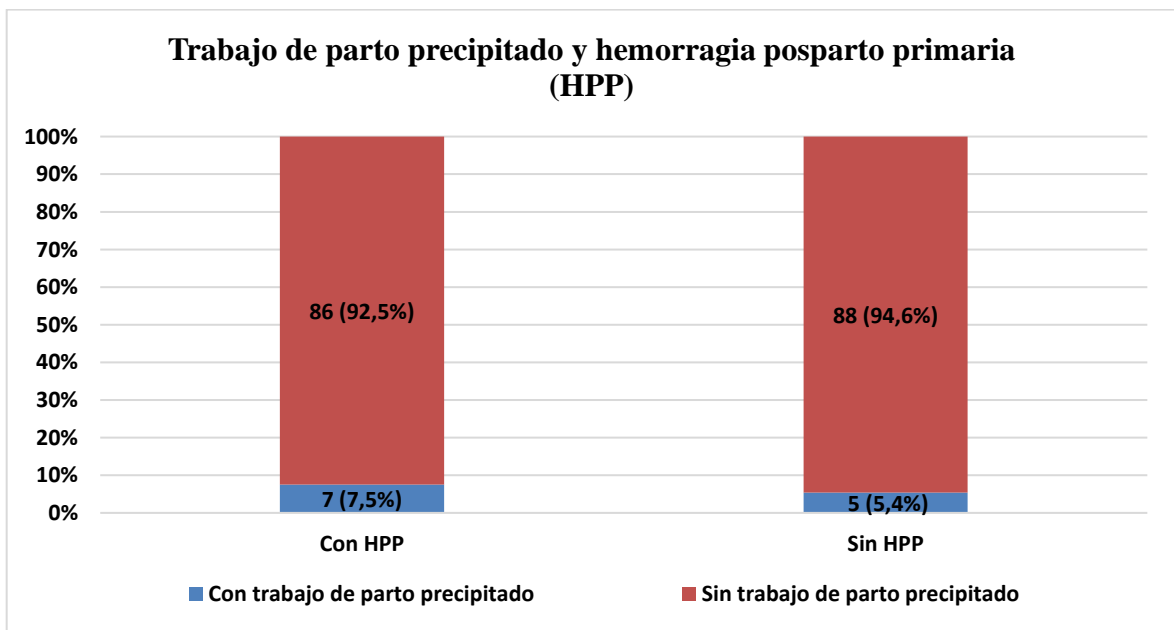


Figura 13. Trabajo de parto precipitado y hemorragia posparto primaria (HPP)

La figura 13 muestra que la frecuencia de partos precipitados es mayor en pacientes con hemorragia posparto (7,5%).

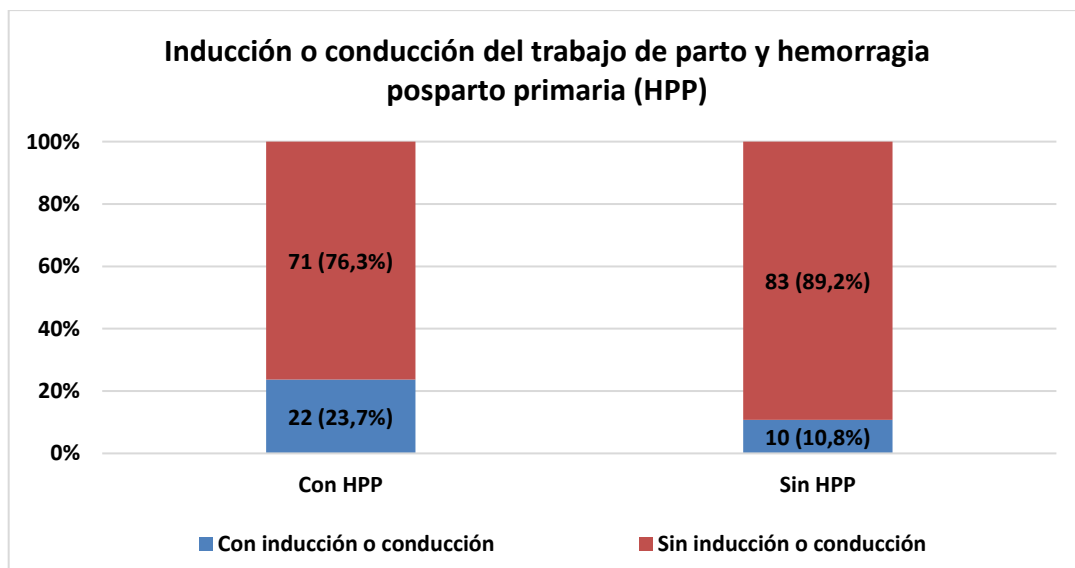


Figura 14. Inducción o conducción del trabajo de parto y hemorragia posparto primaria (HPP)

La figura 14 muestra el mayor número de casos de inducción o conducción del trabajo de parto se presenta en pacientes con HPP (23,7%).

Tabla 8. Factores obstétricos intraparto y hemorragia posparto primaria

Factores obstétricos intraparto		Hemorragia posparto primaria					
		Sí			No		
		fi	hi	hi %	fi	hi	hi %
Tipo de parto	Cesárea	48	0,516	51,6	43	0,462	46,2
	Vaginal	45	0,484	48,4	50	0,538	53,8
	Total	93	1	100	93	1	100
Feto macrosómico	Sí	10	0,108	10,8	11	0,118	11,8
	No	83	0,892	89,2	82	0,882	88,2
	Total	93	1	100	93	1	100
Trabajo de parto prolongado	Sí	10	0,108	10,8	6	0,065	6,5
	No	83	0,892	89,2	87	0,935	93,5
	Total	93	1	100	93	1	100
Trabajo de parto precipitado	Sí	7	0,075	7,5	5	0,54	5,4
	No	86	0,925	92,5	88	0,946	94,6
	Total	93	1	100	93	1	100
Inducción o conducción del trabajo de parto	Sí	22	0,237	23,7	10	0,108	10,8
	No	71	0,733	73,3	83	0,892	89,2
	Total	93	1	100	93	1	100

La tabla 8 muestra las frecuencias absoluta, relativa y porcentual de los factores obstétricos intraparto.

- **Estadística inferencial:**

Tabla 9. Análisis bivariado de los factores obstétricos intraparto

Factores obstétricos intraparto	Xi²	p-valor	OR	Intervalo de confianza (95%)	Decisión
Tipo de parto	0,538	0,463	1,240	0,697 – 2,206	No significativo
Feto macrosómico	0,054	0,817	0,898	0,362– 2,229	No significativo
Trabajo de parto prolongado	1,094	0,296	1,747	0,608 – 5,022	No significativo
Trabajo de parto precipitado	0,356	0,551	1,433	0,438 – 4,688	No significativo
Inducción o conducción del trabajo de parto	5,435	0,02	2,572	1,142 –5,792	Factor de riesgo

La tabla 9 muestra que la inducción o conducción del trabajo de parto (p: 0,02; OR: 2,572 IC (95%): 1,142-5,792) es el único factor obstétrico intraparto encontrado como factor de riesgo.

El resto de los factores obstétricos intraparto no muestra asociación estadística significativa.

Entonces, se rechaza la hipótesis nula: Existe al menos un factor obstétrico intraparto asociado a hemorragia posparto primaria.

5.2. Discusión de resultados

- **Factores obstétricos anteparto:**

Medina E (26) (OR: 2,449 IC (95%): 1,503-3,989) y Niño X (27) (OR: 2,613 IC (95%): 1,271-5,373) también encontraron a la anemia gestacional como factor de riesgo. Durante la gestación la mujer está más predispuesta a la anemia fisiológicamente debido a que incrementa la demanda de hierro para el feto que ocasiona su deficiencia en la madre, por tal motivo la madre debe llevar una alimentación adecuada más suplementos de hierro, que le permitirán llegar al parto con una hemoglobina adecuada (hemoglobina > 11 g/dl / hematocrito > 33%). Además, mientras más severa es la anemia, mayor es la incidencia y severidad de la hemorragia posparto.

En relación al antecedente de cesárea, los investigadores que también encontraron a esta variable como factor de riesgo son: Lugmaña C (22) (OR: 22,35 IC (95%): 2,89-173,11) y Valenzuela A (30) (OR: 8,64 IC (95%): 1,06-70,45). El riesgo de las pacientes con antecedente de cesárea es la dehiscencia de la incisión quirúrgica, especialmente en pacientes que optan por un parto vaginal, lo que puede llevar a hemorragia posparto primaria.

La variable control prenatal inadecuado (p: 0,010; OR: 2,350 IC (95%): 1,220-4,528) mostró ser un factor de riesgo, lo cual coincide con Niño X (27) (OR: 2,542 IC (95%): 1,182-5,466), Román J (23) (OR: 7,443 IC (95%): 3,065-19,410), y difiere con Cier A (29) (OR: 0,97), quien no lo encuentra como factor de riesgo ni protector. Los controles prenatales permiten identificar problemas obstétricos y fetales, tratar y dar seguimiento, previniendo así complicaciones materno-perinatales. La pandemia afectó la atención prenatal, imposibilitando o dificultando el acceso a la misma; a pesar de ello, la mayoría de las gestantes de este estudio presentaron un adecuado control prenatal.

Respecto a la variable paridad, multiparidad (OR: 0,771 IC (95%): 0,433-1,374) tampoco mostró ser un factor de riesgo, difiere con Valenzuela A (30) (OR: 2,11 IC (95%): 1,17-3,80), quien si lo encuentra como factor de riesgo y para Vicuña C es un factor protector (OR: 0,240 IC (95%): 0,09-0,639). El no encontrar asociación estadística significativa en este estudio se debe a que la población es similar en ambos grupos (con y sin hemorragia posparto primaria). En las multíparas las fibras musculares están elongadas, lo cual dificulta la rápida contracción uterina (que ocluye los vasos sanguíneos y detiene el sangrado), por tal motivo se asocia más a la severidad de la hemorragia (42). En contraste, Román J (23), encuentra a la nuliparidad como factor de riesgo (OR: 9,484 IC (95%): 3,530-29,700).

En relación con la variable edad, se lo asoció la hemorragia posparto primaria dividiéndolo en 3 rangos, gestante adolescente (< 20 años), edad adecuada (20-34 años) y gestante añosa (> 35 años), sin encontrar asociación estadística significativa en los 3 casos: (p: 0,0869; OR: 0,947 IC (95%): 0,497-1,805), (p: 0,876; OR: 0,952 IC (95%): 0,516-1,757), (p: 0,516; OR: 1,534 IC (95%): 0,419-5,626), respectivamente. Estudios encontrados difieren con este porque si encuentran la variable gestante añosa como factor de riesgo, son los siguientes: Zhuo P, et al (20) (OR: 1,96 IC (95%): 1,18-3,27), Tacuri M (24) (OR: 3,2 IC (95%): 1,01-3,37), Niño X (27) (p: 0,27; OR: 3,220 IC (95%): 1,096-9,464) y Valenzuela A (30) (OR: 3,74 IC (95%): 2,04-6,83). Las investigaciones coinciden en que la edad adecuada para un embarazo es de los 20 a 34 años cuando la paciente tiene una madurez física y psicológica apta para asumir esta responsabilidad. El no encontrar asociación estadística significativa en esta investigación se debe a que la población en los tres rangos de edad es similar en ambos grupos

(con y sin hemorragia posparto primaria).

En relación con la variable embarazo múltiple se encontró en este estudio una incidencia de 4,3 % en pacientes con hemorragia posparto primaria que coincide con Sánchez M (19) 2,25 %, por lo cual no se considera un factor influyente.

La variable trastornos hipertensivos (p: 0.636; OR: 1,252 IC (95 %): 0,493-3,180) no mostró ser un factor de riesgo, lo cual coincide con Vicuña S (28) (OR: 1,537 IC (95%): 0,443-5,338) pero difiere de Tacuri M (24) (Rp 1,9 IC 95% 1,47-2,14 p=0,046). Durante la gestación los trastornos hipertensivos representan un gran riesgo para la gestante y su bebé. En este estudio no se encontró casos de eclampsia ni síndrome de Hellp en la muestra estudiada.

- **Factores obstétricos intraparto:**

La inducción o conducción del trabajo de parto es un factor de riesgo en este estudio, resultados que difieren con Medina E (26) (OR: 1,154 IC (95%): 0,629-2,118). Tacuri M (24) relaciona las variables de forma independiente encontrando: Inducción del parto (p: 0,012; OR: 3,02 IC (95%): 2,76-3,68) es un factor de riesgo, pero conducción del parto (p: 0,076; OR: 1,68 IC (95%): 0,07-1,44) no lo es. Además, otros autores también encuentran a la inducción del parto como un factor de riesgo: Firmin M (18) (OR: 2,03 IC (95%): 1,39-3,99) y Sánchez M (19) (OR: 2,09 IC (95%): 1,39-3,16). La administración de medicamentos como la oxitocina permite el inicio de las contracciones uterinas o la aceleración del trabajo de parto (aumentando las contracciones uterinas), lo que puede ocasionar, si no se vigila, un trabajo de parto precipitado, incrementando el riesgo de atonía uterina y desgarros (cervical y/o perineal).

La cesárea como vía de parto no se asoció a hemorragia posparto primaria (p: 0,463; OR: 1,240 IC (95%): 0,697-2,206), resultados que difieren de Tedla A (17) (OR: 5,8 IC (95%): 1,1-9,9), Zhuo P (20) (OR: 6,69 IC (95%): 4,30-10,40) y Niño X (27) (OR: 2,279 IC (95%): 1,179-4,404). Las cesáreas ocasionan mayor pérdida sanguínea (500-100 ml) porque se debe realizar una incisión, cortando planos abdominales incluyendo el útero. La mayoría de gestantes en Bagua Grande desea tener un parto vaginal, además de ser una prioridad para las obstetras, pero cuando esto no es posible se opta por la cesárea. La cesárea fue más frecuente en las pacientes con hemorragia posparto primaria o debido a complicaciones durante el trabajo de parto o a contraindicación para un parto vaginal.

En este estudio la variable feto macrosómico no mostró ser un factor de riesgo (OR: 0,898 IC (95%): 0,362-2,229), lo cual coincide con Vicuña S (28) (OR: 0,868 IC (95%): 0,301-

2,507) y difiere con lo hallado por Sánchez M (19) (OR: 4,47 IC (95%): 1,06-8,76), Zhuo P (20) (OR: 3,92 IC (95%): 1,75-8,81), Niño X (27) (OR: 3,387 IC (95%): 1,039-11,046), Ashuri N (21) (OR: 4,025 IC (95%): 3,641-6,850), quienes sí lo encontraron como factor de riesgo. La macrosomía fetal condiciona a mayor distensión uterina, que puede llevar a atonía uterina, además de producir desgarro cervical y/o perineal. En este estudio se presentó más casos de fetos macrosómicos en pacientes sin hemorragia posparto primaria, de los cuales sólo uno nació por parto vaginal en comparación con las pacientes con hemorragia posparto primaria (50%), por lo que se deduce que al haber realizado oportunamente la cesárea en las pacientes sin HPP evitó las complicaciones (atonía uterina, desgarros) y su vez la hemorragia posparto primaria.

La variable parto prolongado tampoco mostró asociación estadística significativa (OR: 1,747 IC (95%): 0,608-5,022), y difiere con lo encontrado en los estudios de Tacuri M (24) (OR: 1,82 IC (95%): 1,26-2,45), Huayhua D (25) (OR: 3,558 IC (95%): 1,540-8,215) y Cier A (29) (OR: 1,19) y para Vicuña C es un factor protector (OR: 0,048 IC (95%): 0,05-0,501). El trabajo de parto prolongado origina agotamiento de las fibras musculares uterinas por causas mecánicas o dinámicas y complicaciones como atonía uterina y rotura prematura de membranas.

El parto precipitado tampoco mostró asociación estadística significativa (OR: 1,433 IC (95%): 0,438-4,688), lo que difiere con Tacuri M (24), quien obtiene OR: 2,35 con un intervalo de confianza (95%): 1,98-3,20. El trabajo de parto precipitado origina agotamiento de las fibras musculares uterinas que dificultan o impiden la contracción uterina posparto, además que puede producir desgarros (cervical y/o perineal) provocando así hemorragia posparto primaria.

Conclusiones

1. Los factores obstétricos anteparto asociados a hemorragia posparto primaria son anemia gestacional, la cesárea previa y los controles prenatales inadecuados. Un adecuado control prenatal es importante porque permite al personal de salud identificar las complicaciones maternas como la anemia gestacional y los trastornos hipertensivos, y poder intervenir a tiempo; además es importante conocer los antecedentes obstétricos como el antecedente de cesárea, para identificar aquellas pacientes que presentaron complicaciones durante su embarazo o parto anterior y poder estar más atentos a las posibles complicaciones que pueda presentar en la gestación o parto actual.
2. El único factor obstétrico intraparto asociado a hemorragia posparto primaria es la inducción o conducción del trabajo de parto. La inducción o estimulación del trabajo de parto de forma artificial puede ocasionar un trabajo de parto precipitado, incrementando el riesgo de atonía uterina y desgarros (cervical y/o perineal), si no se supervisa adecuadamente.

Recomendaciones

1. Se recomienda a la institución, educación continua a las embarazadas y puérperas sobre la relevancia de un buen control prenatal, los riesgos de los embarazos en edades extremas y las complicaciones obstétricas que pueden presentarse durante y después del parto.
2. Se recomienda al personal de Obstetricia, incidir en la búsqueda de malos antecedentes obstétricos como el antecedente de hemorragia posparto.
3. Se recomienda al personal de Obstetricia, informar a las gestantes sobre las complicaciones que presentaron en su actual embarazo y parto para que ella pueda brindar mejor información sobre sus antecedentes en su siguiente embarazo y a la vez tomar conciencia sobre la importancia de las atenciones prenatales y las futuras complicaciones que puede presentar.

Referencias bibliográficas

1. INEI. Amazonas - Resultados definitivos [Internet]. Perú: INEI [Visitado 30/mayo/2023]. Acceso:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1567/01TOMO_01.pdf
2. Electro Oriente. Plan ambiental detallado (PAD) Bagua – Bagua Grande y subestaciones [Internet]. Perú: MINEM [Visitado 30/mayo/2023]. Acceso:
https://www.minem.gob.pe/minem/archivos/PAD%20LT%2022_9%20kv%20-%20Bagua%20Final-151-300_compressed.pdf
3. Grados M, et al. Especies vegetales utilizados por pobladores de Berlín, Bagua Grande 2011-2012. Rebiolest [Internet] 2014 [Visitado 31/mayo/2023]; 2(2): e36. Acceso:
<https://core.ac.uk/download/pdf/267888756.pdf>
4. MINSA. Hospital Santiago Apóstol de Utcubamba [Internet]. Perú: Establecimientos de Salud.Info [Visitado 26/abril/2023]. Acceso:
<https://www.establecimientosdesalud.info/amazonas/hospital-santiago-apostol-de-utcubamba-bagua-grande/>
5. Ramírez H. Impacto de la Pandemia del COVID-19 en gestantes peruanas. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet] 2021 [consultado 31/mayo/2023]; 14(1): 107-108. Acceso:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2227-47312021000300024&script=sci_arttext
6. OMS. Mortalidad materna [Internet]. Estados Unidos: OMS; 22 de febrero de 2023 [Consultado 10/marzo/2023]. Acceso: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
7. OECD. Mortalidad materna [Internet]. Estados Unidos: OECDiLibrary [Consultado 10/marzo/2023]. Acceso: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/bcb4ab39->

es/index.html?itemId=/content/component/bcb4ab39-es

8. Sornoza R, Ordoñez M, Velásquez N, et al. Emergencias obstétricas [Internet]. Guayaquil – Ecuador: RECIAMUC; 2022 [Consultado 30/abril/23]. Acceso: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/857/1262>
9. OPS. Cero muertes maternas por hemorragia [Internet]. Estados Unidos: PAHO [Visitado el 10/marzo/2023]. Acceso: <https://www.paho.org/es/cero-muertes-maternas-por-hemorragia>
10. CDC MINSA Sala situacional de Muerte [Internet] Perú [consultado 10/marzo/23]. Acceso: <https://www.dge.gob.pe/sala-situacional-muerte-materna/>
11. Shields L. Postpartum Hemorrhage. Practice Bulletin No. 183: ACOG [Internet] 2017 [consultado 11/marzo/2023]; 130(4): p. 168-186. Acceso: https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2017/10000/Practice_Bulletin_No__183___Postpartum_Hemorrhage.56.aspx
12. Fernández J, et al. La Hemorragia posparto. Rev Cuba Anestesiol Reanim [Internet] 2019 [Visitado 8/marzo/2023]; 18(2). Acceso: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182019000200003
13. Catisblanco R, et al. Hemorragia posparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. Revista Cuidarte [Internet] 2022 [Visitado 8/marzo/2023]; 13(1). Acceso: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/05/1369176/2075-texto-del-articulo-16564-4-10-20220513.pdf>
14. DocRed. Guía FIGO 2022 para el tratamiento de la Hemorragia posparto [Internet]. DocRed; 2022 [Consultado 10/marzo/2023]. Acceso: <https://www.docred.com/guias/guia-figo-2022-hemorragia-posparto>
15. González Ortiz N. Factores asociados a hemorragias postparto [Tesis de Pregrado] Ecuador: UCACUE; 2022 [Internet] [Consultado 10/marzo/2023]. Acceso: <https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/ucacue/11336/1/articulo%20definitivo%20FINAL..pdf>

16. Crespo D, et al. Contexto de las hemorragias, en el puerperio inmediato. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud [Internet] 2019 [Consultado 10/junio/2023]; 17(3). Acceso: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1812-95282019000300005
17. Tedla A, et al. Postpartum Hemorrhage and its Associated Factors Among Women who Gave Birth at Yirgalem General Hospital, Sidama Regional State, Ethiopia. Health Services Research and Managerial Epidemiology [Internet] 2021 [Consultado 24/junio/2023]; 8: 1-7. Acceso: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/23333928211062777>
18. Firmin M, et al. Postpartum hemorrhage: incidence, risk factors, and causes in Western French Guiana. Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction [Internet] 2019 [Consultado 24/junio/2023]; 48(1): 55-60. Acceso: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468784718304148>
19. Sánchez M, et al. Incidencia y factores de riesgo en la hemorragia post parto precoz. España. Revista Científica [Internet] 2019 [Consultado 10/marzo/2023]; 9(1): p. 18-25. Acceso: <http://apuntes.hgu.cr.es/files/2019/04/ARTICULO-ORIGINAL-1.pdf>
20. Zhuo P, Zhuo B. Factors Affeting the Risk of Postpartum Hemorrhage in Pregnant Women in Tibet Health Facilities. Med Sci Monit [Internet] 2021 [Consultado 25/junio/2023]; 27: e928568-1–e928568-9. Acceso: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7887994/>
21. Ashuri N, et al. L. Vaginal delivery postpartum hemorrhage: incide, risk, and causes. Obstetrics, Gynecology and Infertility [Internet] 2019 [Consultado 29/junio/2023]; 21(12): 65-76. Acceso: https://ijogi.mums.ac.ir/article_12667_en.html
22. Lugmaña C, et al. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la hemorragia postparto en el Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora en el periodo de tiempo 01 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2019 [Tesis de Pregrado] México: UDLAP. Acceso: <https://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/13806/1/UDLA-EC-TMC-2021-15.pdf>
23. Román J, et al. Factores de riesgo de hemorragia primaria posparto. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet] 2019 [Consultado 29/junio/2023]; 35(1). Acceso: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252019000100004&script=sci_arttext

24. Tacuri M. Factores asociados a Hemorragia posparto primaria, en las dos primeras horas; Hospital III de Emergencia Grau de Lima, 2018 [Tesis de Pregrado] Cusco – Perú: UNSAAC; 2019 [Internet] [Consultado 12/marzo/2023]. Acceso: http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/4006/253T20190192_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y

25. Huayhua D. Factores de riesgo asociados a hemorragia posparto inmediato en puérperas de parto vaginal. Hospital Regional Docente de Trujillo 2010 al 2015 [Tesis de Posgrado] Perú: UPSJB; 2020 [Consultado 10/marzo/2023]. Acceso: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/2714?locale-attribute=en>

26. Medina, E. Factores de riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en puérperas de parto vaginal del Hospital Regional Docente de Trujillo 2010 al 2015 [Tesis de Posgrado] Perú: UPAO, 2021 [Consultado 10/marzo/2023]. Acceso: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/8271/1/REP_EDWARD.MEDNA_HEMORRAGIA.POSTPARTO.pdf

27. Niño X. Factores asociados a hemorragia posparto en pacientes del Hospital Santa Rosa, Lima enero 2019–agosto 2021 [Tesis de Pregrado] Perú: UNFV; 2022 [Consultado 8/marzo/2023]. Acceso: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6118>

28. Vicuña S. Factores de riesgo asociados a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki [Tesis de Posgrado] Perú: UPLA; 2019. Acceso: https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1690/T037_44037390%20_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y

29. Cier A. Factores de riesgo de hemorragia posparto en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2019 [Tesis de Posgrado] Perú: USMP; 2022. Acceso: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/9570>

30. Valenzuela A. Antecedentes obstétricos asociados a hemorragia posparto en puérperas inmediatas del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz 2017 – 2019 [Tesis de Pregrado] Perú: UNASAM; 2022. Acceso: http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/4987/T033_48010235_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

31. Oliva F. Factores asociados a hemorragia posparto eutócico en el Servicio de Obstetricia en el Hospital Gustavo Lanatta Luján desde el año 2010 al 2019 [Tesis de Pregrado] Perú: URP; 2020. Acceso: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2962>
32. Cuzcano J. Características del parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019 [Tesis de Pregrado] Perú: UNH; 2019. Acceso: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/53f3160b-06f5-4674-ae66-b54d6c10d197/content>
33. Malpartida M. Parto distócico en gestantes adolescentes Hospital María Auxiliadora [Tesis de Posgrado] Perú: USMP; 2016. Acceso: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2872/malpartida_mma.pdf?sequence=1&isAllowed=y
34. Ministerio de Salud. Evaluación del trabajo de parto. Guía Perinatal 2015 [Internet]. Chile: MINSAL [Consultado 18/junio/2023]. Acceso: <https://cedipcloud.wixsite.com/minsal-2015/evaluacin-del-trabajo-de-parto>
35. Chanta S. Relación entre la pérdida sanguínea estimada y calculada en partos vaginales. Hospital II – E Materno Perinatal Simón Bolívar, 2018 postparto [Tesis de Pregrado] Perú: UNC; 2019. Acceso: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/3384/TESIS.pdf?sequence=1>
36. Freire A, Larrea D. Comparación de métodos de cuantificación de sangrado en el parto céfalo vaginal método visual versus método de cuantificación con funda recolectora de sangrado en el Hospital Pablo Arturo Suárez de Quito entre marzo a julio del 2019 [Tesis de Posgrado] Ecuador: PUCE; 2019. Acceso: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16807/Tesis%20Dres.%20Freire-Larrea.pdf?sequence=1&isAllowed>
37. Astudillo M, Landín T, Vélez A y Villavicencio W. Causas de la hemorragia Postparto, Ecuador. RECIMUNDO [Internet] 2021 [Visitado 7/marzo/2023]; 5(1). p. 191-206. Acceso: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/998/1615>

38. Cruz G, Flores M. Guía de atención de hemorragia posparto [Tesis de Posgrado]. El Salvador: UES; 2020 [Internet] [Visitado 7/marzo/2023]. Acceso: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1128238/28-11106280.pdf>
39. Catuto L. Factores de riesgo obstétrico asociados a hemorragia posparto. Centro de Salud Bastión Popular Tipo C. 2021 [Tesis de Pregrado] Ecuador: UPSE; 2022 [Consultado 8/marzo/2023] Acceso: <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/8007/1/UPSE-TEN-2022-0052.pdf>
40. Dutan A, Hidalgo A. Factores de riesgo asociados al desarrollo de hemorragia posparto en pacientes entre 15 y 45 años [Tesis de Pregrado] Ecuador: UG; 2020. Acceso: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/51852>
41. Góngora C, Vázquez L, Mejías R, et al. Caracterización de gestantes en edades extremas de la vida. 16 de abril [Internet] 2021 [Visitado 9/marzo/2023]; 60(280): e1196. Acceso: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2021/abr21280m.pdf>
42. Coello M, Díaz M, Vásquez B y Zurita M. Prevención, diagnóstico y tratamiento en pacientes con hemorragia posparto. Dominio de las Ciencias [Internet] [Consultado el 9/marzo/2023]; 8(3). p. 66-77. Acceso: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8637946>
43. Paredes M. Trastornos hipertensivos del embarazo asociados a hemorragia posparto, Hospital II-1 Moyobamba, 2015-2018. [Tesis de Posgrado] Perú: USMP; 2022. Acceso: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/10034/Diaz_ORA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
44. Leyva L. Asociación entre anemia gestacional y hemorragia posparto en el Hospital Regional de Lambayeque - Perú 2021 [Proyecto de Investigación de Posgrado] Perú: UNPRG; 2020 [Internet]. Acceso: https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/8537/Leyva_Edqu%c3%a9n.pdf?sequence=4&isAllowed=y
45. IMSS. Diagnóstico y tratamiento del Choque Hemorrágico en Obstetricia. Guía de Práctica Clínica [Internet]. México; 2017 [Visitado 11/marzo/2023]. Acceso:

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/162GER.pdf>

46. CDC MINSA. Sala virtual de muerte fetal y neonatal [Internet] Perú [Visitado 18/junio/2023]. Acceso: <https://www.dge.gob.pe/dashmnp/>
47. American Academy of Pediatrics. Edades y Etapas. [Internet] 2018 [Visitado 18/junio/2023]. Acceso: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/prenatal/delivery-beyond/Paginas/Full-Term-Pregnancy-New-Meaning-Explained.aspx>
48. Ñaupas H, et al. Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis. Quinta ed.: Ediciones de la U; 2018. p. 171-181.
49. Hernández R. Metodología de la Investigación. 6° ed. México D.F – México: Mc Graw Hill; 2014. p. 4, 93, 152, 154.
50. Sánchez F. Guía de tesis y proyectos de investigación. 1° ed. Arequipa – Perú: Centrum Legalis; 2019. p. 111-155.
51. Supo J. Metodología de la Investigación Científica. 3° ed. Arequipa – Perú: Bioestadístico EEDU E.I.R.L.; 2020.
52. Universidad de Navarra. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. España: Centro de Documentación de Bioética [consultado 18/junio/2023]. Acceso: <http://www.redsamid.net/archivos/201606/2013-declaracion-helsinki-brasil.pdf>
53. Barrientos J, et al. Factores de riesgo asociados al brote epidémico de dengue en el distrito de La Tinguña – Ica de enero a diciembre 2020 [Tesis de Pregrado] Perú: Universidad Continental; 2021. Acceso: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/11222/1/IV_FCS_502_TE_Barrientos_Campos_Garayar_2021.pdf

Anexos

Anexo 1

Matriz de consistencia

Título: Factores de riesgo asociados a hemorragia posparto primaria en pacientes del hospital Santiago Apóstol de Utcubamba – Amazonas, 2020-2022

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología	Población y muestra
<p>Problema General: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a hemorragia posparto primaria en pacientes del Hospital Santiago Apóstol de Utcubamba - Amazonas, 2020-2022?</p>	<p>Objetivo General: Determinar los factores de riesgo asociados a hemorragia posparto primaria en pacientes del Hospital Santiago Apóstol de Utcubamba - Amazonas, 2020-2022.</p>	<p>Hipótesis general: Existen factores de riesgo asociados a hemorragia posparto primaria en pacientes atendidas en un hospital de Amazonas, 2020-2022.</p>	<p>Variable 1: Factores obstétricos</p>	<p>Método: Método científico, hipotético - deductivo</p>	<p>Población: Pacientes atendidas en el Hospital Santiago Apóstol, 2020-2022</p>
<p>Problemas Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuáles son los factores obstétricos anteparto asociados a hemorragia posparto primaria en pacientes del Hospital Santiago Apóstol de Utcubamba - Amazonas, 2020-2022? - ¿Cuáles son los factores obstétricos intraparto asociados a hemorragia posparto primaria en pacientes del Hospital Santiago Apóstol de Utcubamba - Amazonas, 2020-2022? 	<p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la asociación de los factores obstétricos anteparto con la hemorragia posparto primaria en pacientes del Hospital Santiago Apóstol de Utcubamba - Amazonas, 2020-2022. - Determinar la asociación de los factores obstétricos intraparto con la hemorragia posparto primaria en pacientes del Hospital Santiago Apóstol de Utcubamba - Amazonas, 2020-2022. 	<p>Hipótesis específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existe al menos un factor obstétrico anteparto asociado a hemorragia posparto primaria en pacientes atendidas en un hospital de Amazonas, 2020-2022. - Existe al menos un factor obstétrico intraparto asociado a hemorragia posparto primaria en pacientes atendidas en un hospital de Amazonas, 2020-2022. 	<p>Variable 2: Hemorragia posparto primaria</p>	<p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Tipo: Aplicada</p> <p>Nivel: Correlacional</p> <p>Diseño: Observacional, analítico, casos y controles. Transversal, retrospectivo</p>	<p>Muestra: 93 casos y 93 controles</p> <p>Técnica: Documentación</p> <p>Instrumento: Ficha de recolección de datos</p>

Anexo 2

Documento de aprobación por el Comité de ética



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Huancayo, 19 de junio del 2023

OFICIO N°0321-2023-CIEI-UC

Investigadores:

DIANNRA EMANUELL MARTINICK MERINO ARICOCHÉ

Presente-

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarles cordialmente y a la vez manifestarles que el estudio de investigación titulado: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO PRIMARIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL SANTIAGO APÓSTOL DE UTCUBAMBA – AMAZONAS, 2020–2022.**

Ha sido **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo las siguientes precisiones:

- El Comité puede en cualquier momento de la ejecución del estudio solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas.
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente



Walter Calderón Gerstein
Presidente del Comité de Ética
Universidad Continental

C.c. Archivo.

ucontinental.edu.pe

Arequipe

Av. Los Incas 374,
José Luis Juozzmonte y Rívero
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara
(054) 412 030

Huancayo

Av. San Carlos 1860
(084) 481 430

Cusco

Urb. Manuel Pardo-Lore 3, N° 7 Av. Collesuyo
(084) 480 070

Sector Argosura 07, 10,
carretera San Jerónimo - Saylla
(084) 480 070


Lima

Av. Alfredo Miranda 520, Los Olivos
(01) 213 2760

Jr. Junín 355, Miraflores
(01) 213 2760

Anexo 2

Permiso institucional

 GOBIERNO REGIONAL DE AMAZONAS
Gerencia Regional de Desarrollo Social
Dirección Regional de Salud Amazonas

RED DE SALUD
UTCUBAMBA

Nº DOC:
Nº EXP:

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

Bagua Grande, 18 de mayo del 2023

CARTA 252 -2023-G.R.AMAZONAS/DRSA/RSU-DSP-SS

Srta.
DIANNDR A EMANUELL M. MERINO ARICOCHÉ
Egresada de Universidad Continental



Bagua Grande.-

ASUNTO : APROBACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS Y APLICACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL SANTIAGO APOSTOL DE UTCUBAMBA.




Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y al mismo tiempo, informarle que mediante la solicitud para la autorización de recolección de datos y aplicar proyecto de investigación en el *Establecimiento de Salud “Hospital Santiago Apóstol de Utcubamba” II-1*, titulado *“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO PRIMARIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL SANTIAGO APÓSTOL DE UTCUBAMBA – AMAZONAS, 2020-2022”*; para obtener el título profesional de Médico Cirujano.

Expongo, que en atención directa a la Ley N°.30220 (Ley Universitaria) en cuyo capítulo VI, artículo 51 se menciona que: “Las universidades coordinan permanentemente con los sectores público y privado, para la atención de la investigación que contribuya a resolver los problemas del país”. Y en consideración indirecta a las leyes N° 30309 (Ley que promueve la investigación científica) y N° 28303 (Ley Marco de Ciencia, Tecnología e Innovación tecnológica), la entidad a la cual representó reconoce la trascendencia de la investigación, se dan por concedidos los permisos necesarios para realizar el recojo de información que sea necesaria

Sin otro en particular, hago propicia la oportunidad para reiterarle muestras de especial consideración y estima.

Atentamente,



Md. Cir. Denis Romero Melendez
CMP. 72688
DIRECTOR EJECUTIVO

UNIDAD EJECUTORA 404 – DSP- UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

Jr. Las Delicias N°429 – Bagua Grande – Utcubamba.

Nuestro DEBER es SERVIR



GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS
Gerencia Regional de Desarrollo Social
Dirección Regional de Salud Amazonas
Red de Salud Utcubamba

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

CARTA N° 068. 2023-GRA/DRSA/RSA/HAISA-U/RRHH. /DE.

Bagua Grande, junio 07 del 2023.

Señorita:
DIANNDRA EMANUELL M. MERINO ARICOCHÉ
Egresada de la Universidad Continental
Huancayo.-

ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS Y APLICACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

REF : CARTA N° 252-2023-G.R.AMAZONAS/DRSA/RSA/DSP-S.S.

.....
Mediante el presente me dirijo a usted expresándole mi cordial saludo y al mismo tiempo, visto el documento citado en la referencia, el **DESPACHO** a mi cargo **AUTORIZA** la recolección de datos y aplicar proyecto de investigación en nuestro nosocomio; denominado **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO PRIMARIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL SANTIAGO APOSTOL DE UTCUBAMBA-AMAZONAS 2020-2022.**

Sin otro en particular, quedo de usted.

Atentamente,

JAA/D-HAISAU
SAMD/J.RR. HH
Disleny/Secretaria.

C.c
Archiv



PERU Ministerio de Salud
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS
HOSPITAL SANTIAGO APOSTOL DE UTCUBAMBA
Odont. Jambes Fanel Abad Abad
DIRECTOR (e)
HOSPITAL SANTIAGO APOSTOL DE UTCUBAMBA

"Kuelap, Joya Milenaria De La Arqueología Peruana...Maravilla Del Perú"
Jr. San Felipe Santiago N°. 111 Telefax. 041-474634 – EMAIL. haisau01@gmail.com

Anexo 4

Formato de instrumento de recolección de datos

HPP: (Sí) (No)

FACTORES OBSTÉTRICOS ANTEPARTO N° HC: _____

- 1) Edad: _____
- 2) Control prenatal: _____
- 3) Paridad: ()
- 4) Embarazo múltiple: ()
- 5) Trastornos hipertensivos ()
- 6) Anemia gestacional ()
- 7) Cesárea previa ()

FACTORES OBSTÉTRICOS INTRAPARTO

- 1) Tipo de parto: _____
- 2) Feto macrosómico: ()
- 3) Trabajo de parto prolongado: ()
- 4) Parto precipitado: ()
- 5) Inducción o conducción del trabajo de parto: ()