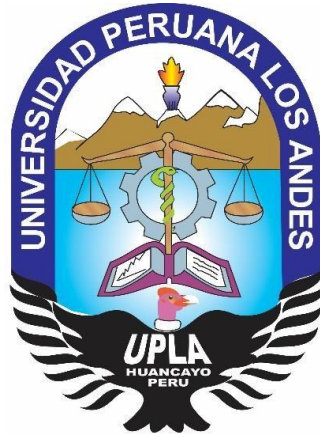


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD



TESIS

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA
POSPARTO EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PICHANAKI

Para Optar : EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
CIENCIAS DE LA SALUD, MENCIÓN: SALUD
PÚBLICA

Autor : BACH. SARA VICUÑA HUAYLINOS

Asesor : Dra. MELVA IPARRAGUIRRE MEZA

Línea de Investigación: Salud y Gestión de la salud

HUANCAYO – PERÚ

2019

JURADOS DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Dr. Juan Manuel Sánchez Soto

Director

Dra. Juana Luisa Andamayo Flores

Jurado

Mg. Daniel Roque Felen Hinostroza

Jurado

Mg. Rocío Isabel Ramírez Miguel

Jurado

Dr. Jesús Armando Caveró Carrasco

Secretario Académico

ASESORA DE TESIS:
Dra. Melva Iparraguirre Meza

DEDICATORIA

A mi madre, hermanos
y demás familiares por
incentivarme a mejorar
profesionalmente en favor de
la población.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, a mis asesores y colegas por los conocimientos que imparten para la culminación del presente trabajo.

ÍNDICE

	Pág.
CARÁTULA	i
JURADOS	ii
ASESORA	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN	xv

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	16
1.2. Formulación del problema	17
1.2.1.Problema General:	17
1.2.2.Problemas Específicos:	18
1.3. Objetivos	18
1.3.1.Objetivo General:	18
1.3.2.Objetivos Específicos:	18

1.4.	Justificación	19
1.4.1.	Justificación teórica o científica	19
1.4.2.	Justificación Social o práctica:	19
1.4.3.	Justificación metodológica:	20

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes de estudio	21
2.2.	Base teórica	28
2.3.	Definición de términos	43
2.4.	Hipótesis	44
2.4.1.	Hipótesis General:	44
2.4.2.	Hipótesis Específicas:	44
2.5.	Sistema de variables	44

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1.	Tipo de investigación	45
3.2.	Diseño de la investigación	46
3.3.	Lugar y periodo de la investigación	47
3.4.	Población y muestra:	47
3.5.	Método	47
3.6.	Nivel de investigación	48
3.7.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	48
3.8.	Validez y confiabilidad de los instrumentos empleados	48
3.9.	Procesamiento de datos	49

3.10. Análisis estadístico descriptivo e inferencial	49
3.11. Aspectos éticos	49

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Resultados descriptivos	50
4.1.1. Resultados de los factores de riesgo antes del parto asociado a la hemorragia posparto.	50
4.2 Resultados inferenciales:	61

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1 Discusión	71
CONCLUSIONES	81
RECOMENDACIONES	83
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	84

ANEXOS

ANEXO N° 1: Ficha de recolección de Datos	90
ANEXO N° 2: Matriz de consistencia	91
ANEXO N° 3: Operacionalización de variables	93
ANEXO N° 4: Confiabilidad de Instrumento de Investigación	94
ANEXO N° 5: Informes de Juicio de Expertos	95

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1: Factor edad antes del parto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.	50
Tabla N° 2: Factor Paridad antes del parto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.	52
Tabla N° 3: Factor Macrosomía fetal antes del parto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.	53
Tabla N° 4: Factor Embarazo múltiple antes del parto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.	54
Tabla N° 5: Factor Síndrome hipertensivo antes del parto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.	55
Tabla N° 6: Factor Trabajo de parto prolongado durante el intraparto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.	56
Tabla N° 7: Factor Retención Placentaria durante el intraparto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.	57
Tabla N° 8: Factor Lesiones de partes blandas durante el intraparto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.	58

Tabla N° 9: Factor Atonía uterina después del parto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.	59
Tabla N° 10: Factor Retención de restos placentarios después del parto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.	60
Tabla N° 11a: Asociación de los factores de riesgo y la hemorragia posparto.	62
Tabla N° 11b: Relación e índice de riesgo de los factores de riesgo asociados a la hemorragia posparto.	63
Tabla N° 12a: Asociación entre los factores de riesgo antes del parto y la hemorragia posparto.	65
Tabla N° 12b: Relación e índice de riesgo de los factores de riesgo antes del parto asociados a la hemorragia posparto.	65
Tabla N° 13a: Asociación entre los factores de riesgo intraparto y la hemorragia posparto.	67
Tabla N° 13b: Relación e índice de riesgo de los factores de riesgo intraparto asociados a la hemorragia posparto	68
Tabla N° 14a: Asociación entre los factores de riesgo después del parto y la hemorragia posparto.	69
Tabla N° 14b: Relación e índice de riesgo de los factores de riesgo después del parto asociados a la hemorragia posparto	70

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1. Factor edad antes del parto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.	51
Gráfico N° 2. Factor paridad antes del parto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.	52
Gráfico N° 3: Factor Macrosomía fetal antes del parto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.	53
Gráfico N° 4: Factor Embarazo múltiple antes del parto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.	54
Gráfico N° 5: Factor Síndrome hipertensivo antes del parto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.	55
Gráfico N° 6: Factor Trabajo de parto prolongado durante el intraparto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.	56
Gráfico N° 7: Factor retención de placenta durante el intraparto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.	57
Gráfico N° 8: Factor Lesiones de partes blandas durante el intraparto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.	58

Gráfico N° 9: Factor Atonía uterina después del parto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki. 59

Gráfico N° 10: Factor retención de restos placentarios después del parto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki. 60

RESUMEN

La investigación determinó los factores de riesgo asociados a la Hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017. Material y Métodos: El tipo de investigación fue observacional, analítica, retrospectiva, diseño de caso control. La muestra fue 50 historias clínicas de pacientes con hemorragia posparto y 100 historias clínicas de las que no presentaron hemorragia. Los datos fueron extraídos del libro de registro del Servicio de Ginecoobstetricia y de las historias clínicas respectivas, se utilizó la ficha de Recolección de Datos para ser digitados en el programa Microsoft Excel e interpretado por el programa estadístico SPSSV22. Resultados: Se encontró asociación significativa de los factores de riesgo antes del parto con la hemorragia posparto $P=0,009 <0,05$ a los siguientes: edad, gran multiparidad, macrosomía fetal, embarazo múltiple y síndrome hipertensivo que tuvieron $OR > 1$. Los factores de riesgo intraparto no presentaron asociación significativa, la retención placentaria con $OR > 15$. Se encontró asociación significativa de los factores de riesgo después del parto p -valor $0,008 < 0,05$. Conclusiones: Se halló asociación significativa de los factores de riesgo antes del parto, intraparto y después del parto con la hemorragia posparto p -valor = $0,000 < 0,05$.

Palabras claves: hemorragia, atonía, multiparidad, posparto.

ABSTRACT

The investigation determined the risk factors associated with postpartum hemorrhage at Pichanaki Hospital during the years 2015 to 2017. Material and Methods: The type of investigation was observational, analytical, retrospective, control case design. The sample was 50 clinical histories of patients with postpartum hemorrhage and 100 clinical histories of those who did not present hemorrhage. The data were extracted from the Gynecology Obstetrics Service record book and the respective medical records; the Data Collection tab was used to be typed in the Microsoft Excel program and interpreted by the SPSSV22 statistical program. Results: There was a significant association of risk factors before delivery with postpartum hemorrhage $P = 0.009 < 0.05$ at the following age, large multiparity, fetal macrosomia, multiple pregnancy and hypertensive syndrome that had $OR > 1$. The factors Intrapartum risk showed no significant association, placental retention with $OR > 15$. Significant association of risk factors was found after delivery p-value $0.008 < 0.05$. Conclusions: A significant association of antepartum, intrapartum and postpartum risk factors was found with postpartum hemorrhage p-value = $0.000 < 0.05$.

Keywords: hemorrhage, atony, multiparity, postpartum.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es un problema de salud pública, considerado como indicador del desarrollo socioeconómico de un país, por ende, es el reflejo de la calidad de atención de los servicios de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, reporta que aproximadamente cada día mueren 830 mujeres por causas prevenibles en relación al embarazo y el parto. Las cifras son alarmantes, el 99% de muertes maternas corresponde a los países en desarrollo, las muertes maternas son mayormente en zonas rurales y en las comunidades más pobres.

Sin embargo, la OMS hace referencia que la mortalidad materna se ha reducido en 44% entre 1990 y 2015. Representa una de las metas de salud y bienestar de los objetivos de Desarrollo Sostenible reducir la razón de mortalidad materna (RMM) a nivel mundial menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030.

Es preciso señalar que la primera causa de muerte materna es: las hemorragias ocurridas en el periodo posparto inmediato, periodo en el cual el cuidado es más continuo y minucioso además de poner énfasis en aquellas mujeres con factores de riesgo relevantes unas más que otras. El tratamiento oportuno frente a la gravedad de la situación reducirá los casos de morbimortalidad materna.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Ministerio de Salud², durante el año 2017 notificó 377 casos de muerte materna (directa o indirecta), se notó incremento de 14,9% de casos comparando con el año 2016. Se observan los casos que se incrementaron considerablemente en los departamentos: Loreto, Cajamarca, San Martín y Huancavelica. El 66,2% ocurrieron por causas obstétricas directas y el 33,8% por causas indirectas. Las causas más frecuentes fueron los trastornos hipertensivos (24,0%) y las hemorragias (23,7%). Según la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo (USAID) señala que, en todo el mundo casi un cuarto de las muertes maternas está asociado a la hemorragia posparto y sobre todo en la mayoría de los países de bajos ingresos, por ello la hemorragia posparto es considerado como causa principal de mortalidad materna. Por su parte Hernández M y García J⁴, hacen referencia que existen múltiples factores de riesgo de hemorragia posparto como: la edad materna,

peso materno, paridad, ruptura prematura de membranas, trabajo de parto prolongado, cirugías uterinas previas entre otros. Pero la que tuvo mayor significancia fue la conducción de trabajo de parto, de igual manera el sobrepeso o la obesidad materna que incrementa la morbimortalidad materna fetal. También señalan que las causas de mayor relevancia de la hemorragia posparto son: la retención de placenta, tejido placentario, traumatismos y las deficiencias de la coagulación.

Al ser considerado la hemorragia posparto como una de las primeras causas de muerte materna prevenible y predecible, preocupa si no se detecta oportunamente los factores de riesgo que conlleva a este evento, por la magnitud del problema. Es importante reconocer que la hemorragia posparto también se puede presentar en mujeres que no presentan el factor de riesgo. Por ello el interés de identificar los factores asociados a la hemorragia posparto. En el Hospital Pichanaki también se presentó casos de muertes maternas por causa directa como la hemorragia posparto; en ello recae la importancia del estudio sobre los factores de riesgo asociados a la hemorragia posparto.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la Hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017?

1.2.2. Problemas específicos:

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo antes del parto asociados a la Hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo intraparto asociados a la Hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017?
3. ¿Cuáles son los factores de riesgo después del parto asociados a la Hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General:

Determinar los factores de riesgo asociados a la Hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017.

1.3.2. Objetivos Específicos:

1. Determinar los factores de riesgo antes del parto asociados a la Hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017.
2. Determinar los factores de riesgo intraparto asociados a la Hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017.
3. Determinar los factores de riesgo después del parto asociados a la Hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017.

1.4. JUSTIFICACIÓN

1.4.1. Justificación teórica o científica

Respecto a la hemorragia posparto existe información en otros contextos sobre los factores de riesgo asociados a la hemorragia posparto. Es de vital importancia reconocer los factores de riesgo de esta complicación en nuestra realidad para profundizar el tema de investigación. Los resultados de la investigación aportan conocimientos sobre los factores que más incrementan la hemorragia posparto. De igual manera los resultados servirán como referentes para otras investigaciones.

1.4.2. Justificación Social o práctica:

Siendo la hemorragia posparto una de las causas de la mortalidad materna. Considerado de gran magnitud, capaz de producir impacto negativo en las familias, en la sociedad, conllevando a costos sociales, económicos entre otros. Es muy importante tener en cuenta que puede ser prevenible si se actúa en forma oportuna. Aunque existe un consenso en todos los países reducir la mortalidad materna por esta causa; es por ello que está considerado como uno de los objetivos del milenio. Aunque estos últimos años las cifras de muerte materna por estas causas han ido disminuyendo, aún sigue siendo un flagelo social. Los resultados de la investigación proponen al sector salud plantear estrategias de prevención para detectar oportunamente los factores de riesgo a que están expuestas las mujeres. De esta manera contribuir en la reducción de la morbimortalidad materna y mejorar la calidad de vida.

1.4.3. Justificación metodológica:

Para abordar la temática se aplicó el método científico. Para evaluar el problema se utilizó un instrumento que tenga validez y confiabilidad. Los instrumentos generados servirán como referencia para otras investigaciones.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

A nivel Internacional:

Ordeñana C⁵, su estudio tuvo el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a hemorragia posparto inmediato en pacientes con labor y parto, en el Hospital Escuela César Amador Molina (HECAM), en Matagalpa, Nicaragua, en el segundo semestre 2015. Su estudio fue analítico, de corte transversal de casos y controles. El universo estuvo conformado por 1622 pacientes con partos vaginales, el tipo de muestreo fue sistemático obteniendo una muestra de 80 pacientes. Los resultados obtenidos fueron: Factor procedencia $p=0.36$, factor estado civil $p=0.44$, factor edad $p=0.044$, factor escolaridad $p=0.82$, factor paridad $p=0.25$, factor antecedente de aborto $p=0.41$, factor PIC $p=0.33$, factor antecedente HPP $p=0.49$, 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 $p=0$ y factor restos placentarios $p=0$. Concluyó que no encontró relación entre las características sociodemográficas y la hemorragia posparto.

Suarez J et al⁶, caracterizaron a las gestantes que presentaban hemorragia obstétrica. Fue el estudio de corte transversal, observacional en el Hospital Ginecoobstétrico Docente Mariana Grajales de Villa Clara, durante enero 2012 a diciembre 2014. Consideraron en su estudio a 46 mujeres que presentaron hemorragia obstétrica. Realizaron revisión documental, historias clínicas para el análisis estadístico y para identificar la relación entre variables utilizaron la prueba no paramétrica de chi cuadrada. Entre sus resultados predominaron las que habían tenido más de un parto (78,3%), la atonía uterina (45,7%) y hemorragia después del parto (71,7%). Concluye que las hemorragias de tipo obstétrico se presentan en su mayoría en las edades entre 20 y 35 años.

Iglesias J y Urbina D⁷, tuvieron el objetivo de describir los factores más importantes de la hemorragia posparto. Para su estudio consideraron 138 mujeres que fueron atendidas de parto vaginal y cesárea. Su estudio fue descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Utilizaron como fuente secundaria para obtener la información el expediente clínico, siendo procesado con SPSS. Sus resultados encontrados entre los factores antes del parto más importantes fueron: tener anemia, ser multigesta, ser primigesta y entre los factores durante el parto los que sobresalieron fueron: parto precipitado, parto

no hospitalario y trabajo de parto prolongado. Indicaron que al final del parto con mayor frecuencia presentaron desgarros obstétricos retención de placenta y restos placentarios y la hipotonía uterina. El estudio concluye que en el posparto suceden los siguientes eventos: la hipotonía uterina, en menor cantidad los desgarros obstétricos, luego la retención de placenta y de restos placentarios.

Chica K⁸, sus objetivos fueron determinar la frecuencia de la hemorragia posparto y pos cesárea y determinar los factores de riesgo que predisponen a una hemorragia posparto y pos cesárea, también de determinar la causa más frecuente y la vía del parto a la que están expuestas a sufrir hemorragia posparto y pos cesárea. Su estudio fue observacional, descriptivo. El universo estuvo conformado por 1149 pacientes, de las cuales la muestra lo conformaron 30 pacientes (caso), seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión. Las pacientes que participaron fueron del Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta desde septiembre 2012 a febrero 2013. Conclusiones: Las pacientes tuvieron las edades entre 15 a 40 años, con mayor frecuencia las pacientes de 15 a 20 años (37%). El mayor porcentaje que predominó fue las nulíparas (60%), siendo la atonía el mayor porcentaje que presentó hemorragia posparto y pos cesárea alcanzando a 13 pacientes (43%).

Arcia R et al¹³, el objetivo de su investigación fue caracterizar el comportamiento de la hemorragia posparto en la maternidad del Hospital General Docente Dr. Agostinho Neto, Guantánamo, durante enero 2012 a

enero 2013. Analizaron las siguientes variables como: procedencia, patologías asociadas, grupo etáreo (menores de 20 años y mayores de 35 años) tiempo total del parto. Concluyó que la hipertensión arterial fue la patología fundamental asociada a la hemorragia posparto. Consideraron al trabajo de parto prolongado y parto precipitado como las patologías de mayor predisposición a la hemorragia posparto. Además, refirieron que cuanto más precoz es el diagnóstico de la HPP, es menor la cantidad de la reposición volumétrica a la paciente.

A nivel nacional

Flores D¹⁰, tuvo el objetivo de identificar los Factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato, Hospital PNP Luis N Sáenz, julio 2016-julio 2017. Su estudio fue analítico de casos controles, retrospectivo. Consideró el total de las pacientes que fueron 716, para lo cual seleccionó 20 pacientes que fueron los casos que presentaron hemorragia del puerperio inmediato y 40 pacientes que fueron los controles que no presentaron hemorragia del puerperio inmediato. Para lo cual aplicó el muestreo probabilístico, por aleatoriedad. Realizó la revisión de historias clínicas, el instrumento utilizado fue una ficha. Para el análisis e interpretación, utilizó el software de Microsoft Excel 2012 y el SPSS versión 24. Para establecer la asociación de variables utilizó la prueba de Chi cuadrado, calculó el OR y los intervalos de confianza, con un nivel de confianza de 0.05 a menos. Entre los factores de riesgo de significancia fueron: edad de 35 años a más ($p=0.000$; $OR=7,9$, $IC\ 95\%=2.31-26.9$), los antecedentes obstétricos ($p=0,000$; $OR=11$; $IC\ 95\%=2,83-42,76$),

multiparidad ($p=0,001$; $OR=7,42$ con $IC\ 95\%=2.07-26.55$), cesárea ($p=0.001$; $OR=8.3$, $IC\ 95\%=2,31-29.87$). Entre los antecedentes obstétricos que predominaron fueron ser pacientes multigestas (60%) y el antecedente de cesárea previa no es factor de riesgo significativo ($p=0,065$ y $OR = 2,78$; $IC\ 95\% 0.92-841$). Concluyó que los factores de riesgo de significancia para la hemorragia del puerperio inmediato fueron: la edad de 35 años a más y los antecedentes obstétricos.

Zuzunaga E¹¹, el objetivo de su investigación fue demostrar, si el acretismo placentario está asociado como factor de riesgo a la hemorragia severa posparto en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. Fue un estudio analítico, observacional de casos controles, retrospectivo. La población estuvo constituida por dos grupos, el grupo de estudio con hemorragia severa (38) y el grupo control con hemorragia leve (190). Entre los resultados: La frecuencia de acretismo placentario en las pacientes con hemorragia severa fue de 13% y las que presentaron hemorragia leve fue de 2%. Respecto a la estancia hospitalaria encontró que el promedio resultó ser significativo superior en el caso de hemorragia posparto severa comparado con la hemorragia posparto leve con una ($p<0.05$). Por tanto, concluye que el factor de riesgo asociado a la hemorragia posparto es el acretismo placentario.

Rosadio A¹², buscó determinar los factores de riesgo asociados a la hemorragia posparto en pacientes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernal Comas en el período 2012-2014. Fue de tipo analítico de casi control, retrospectivo. La población estuvo conformada por pacientes tanto de parto

vaginal y cesárea. El grupo caso y el grupo control estuvo conformado por 78 pacientes respectivamente, los que fueron apareados por grupo de edad y tipo de parto, quienes cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados fueron; la incidencia de HPP, alcanzó a 0,41. Entre los factores demográficos destacó adultas (69,2%) y amas de casa (70,5%). Y entre los factores obstétricos: multíparas (53,8%), control prenatal adecuado (≥ 4) 64,1%, parto precipitado (33,3%), parto vía vaginal (94,9), duración del trabajo de parto adecuado (43,6%), macrosomía fetal (53,8%), maniobra de Kristeller (5,1%), lesiones del canal del parto (79,5%) y retención de restos placentarios (66,7%). Concluyó que los factores de riesgo asociados significativamente a la hemorragia posparto fueron: retención de restos placentarios, parto precipitado, lesiones del canal del parto y macrosomía fetal.

Lucana H y Mayta D¹³. Tuvieron el objetivo de identificar la incidencia, características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron hemorragia posparto inmediata en el Hospital María Auxiliadora- San Juan de Miraflores, 2014. Su estudio fue observacional cuantitativo, retrospectivo, transversal y univariado, diseño epidemiológico. La población estuvo constituida por el total de pacientes atendidas que presentaron HPP, durante el año 2014. La técnica fue revisión documental de historias clínicas, utilizaron como instrumento una ficha para recolectar los datos. Los resultados fueron: 90% de pacientes tenían estado civil conviviente, 75.5% tenían instrucción secundaria, la edad promedio fue de 27,32 (± 7.59), el 68% provenían de los distritos de Villa María del Triunfo, San Juan de Miraflores

y Villa salvador, el 62.2% fueron de ocupación su casa. La causa que predominó mayormente con un 62.2% fue desgarro perineal de I o II grado, seguido con 13.3% atonía uterina y con 11.2% desgarro de cuello uterino. Respecto a la paridad 65.3% fueron primíparas, 76.5% presentaron parto a término y el 36.7% tuvieron fetos con macrosomía fetal. Concluyeron que la incidencia fue 1 caso de HPP por cada 100 puérperas.

Candiotti E¹⁴, su trabajo de investigación tuvo el objetivo de determinar la incidencia de la hemorragia inmediata posparto vaginal en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el año 2015. Su estudio fue descriptivo, retrospectivo, transversal. La población de estudio estuvo conformada por toda la población haciendo un total de 80 pacientes que presentaron hemorragia posparto inmediato de parto vaginal, en el periodo de enero a diciembre 2015. Los resultados fueron: la incidencia de 5.3%; y entre las principales causas se encuentran: la atonía uterina con un 63.75%, seguido por desgarros perineales con un 27.5% y la atonía más la retención de restos placentarios fueron 3.75%. La anemia ante parto tuvo una frecuencia de 17.5%, la que se incrementó en el posparto alcanzando 76.25%. Entre los factores de riesgo durante el embarazo de la hemorragia posparto fue el no control prenatal alcanzando 26.25%, el hecho de ser adolescente alcanzó a 20% y la anemia alcanzó al 17.5%. El 28.75% de las que presentaron hemorragia posparto no tuvieron factores de riesgo. Concluye que identificando los factores de riesgo en el embarazo e intraparto se pueden evitar complicaciones.

2.2. BASE TEÓRICA

Hemorragia Posparto

La hemorragia posparto es considerada como la pérdida sanguínea de mayor de 500cc, después de la expulsión de la placenta, durante las primeras 24 horas, también es considerado cuando el hematocrito disminuye en 10%. Sin embargo, señalan también que puede darse antes, durante y después del alumbramiento. También refieren que la pérdida real de sangre en un parto por vía vaginal sin complicaciones puede llegar a 700ml y que este dato es subestimado muchas veces, pero el criterio de considerar la pérdida de 500ml es aceptado a nivel histórico. Dentro de su etiología de la hemorragia posparto están considerados: la atonía uterina, retención de restos o alumbramiento incompleto, lesión del canal del parto (laceraciones, hematoma), inversión uterina, coagulopatías intravascular diseminado, y factores de gran significancia, que incrementa la morbilidad materna grave, conllevando a una discapacidad a largo plazo y una serie de enfermedades asociadas por la pérdida sanguínea^{15,16,17}.

Por su parte **Cunningham et al**¹⁸. Hacen referencia que las causas más frecuentes de la hemorragia puerperal, vienen a ser la atonía uterina y los traumatismos producidos por el parto vaginal o fórceps. Las causas de la hemorragia dependen del volumen de sangre de la mujer que no se encuentra embarazada y del grado de la hipervolemia inducida por el embarazo. Consideran que en algunos casos la embarazada se encuentra susceptible a la hemorragia porque su expansión volumétrica de sangre es menor que la esperada. Esto se evidencia en las mujeres de pequeña talla, teniendo como

resultado la hipervolemia normal inducida por el embarazo. Las mujeres que presentan preeclampsia y eclampsia, son más vulnerables a presentar hemorragia por no contar con una expansión normal de volumen sanguíneo.

Clasificación de la hemorragia posparto:

- **Hemorragia temprana o inmediata:** Ocurre durante las primeras 24 horas del posparto, y de ello las 2 primeras horas son las más graves y frecuentes. Las causas más frecuentes son: atonía uterina, retención de restos placentarios, anormalidades de la implantación de la placenta y laceraciones del canal del parto^{18,7}.
- **Hemorragia posparto tardío:** Ocurre desde las 24 horas hasta las 6 semanas del posparto. Las causas más comunes son: retención de restos placentarios, infecciones, enfermedad trofoblástica y las laceraciones de partes blandas^{18,7}.

La Organización Mundial de la Salud¹⁹ recomienda la aplicación de la conducta activa en el alumbramiento. Que durante el alumbramiento se debe administrar uterotónicos para la prevención de la HPP, para ello recomiendan administrar oxitocina IM/IV (10UI) como el uterotónico preferido. Además, recomiendan otros uterotónicos inyectables como: ergometrina/metilergometrina o la combinación farmacológica fija de oxitocina, ergometrina y misoprostol (600 µg) como alternativas para la prevención en lugares que no disponen de oxitocina ni se cuente con parteras capacitadas; y si no se dispone sólo de oxitocina recomiendan administrar misoprostol (600 µg VO) por personal de salud.

Factor de riesgo

El factor de riesgo es todo rasgo, característica o la exposición de un individuo que aumenta la probabilidad de sufrir un daño o enfermedad²⁰

Según Iglesias y Urbina D⁷ Indican que existen factores de riesgo de la hemorragia posparto entre ellos considera:

- **Factores antes del parto:** Entre los más importantes: la anemia, edad, etnia, escolaridad, ser gran múltipara, estado civil, ocupación, primigesta, sobredistención uterina, síndrome hipertensivo, miomatosis uterina, anemia y coagulopatías.
- **Factores durante el parto:** Consideraron la placenta previa, desprendimiento de placenta normo inserta, parto domiciliario, el parto precipitado, el trabajo de parto prolongado, óbito fetal, preeclampsia, eclampsia, maniobras obstétricas no recomendadas, deshidratación y agotamiento materno, anestésicos hipotónicos, mala atención del parto por parte del personal de salud.
- **Factor después del parto:** Consideraron a la hipotonía uterina, desgarros obstétricos, retención de la placenta y retención de restos placentarios, inversión uterina, placenta acreta y atonía uterina.

Por su parte **Schwartz R et al²¹**, refieren que la hemorragia posparto puede presentarse:

Antes de la expulsión de la placenta:

- Distocias dinámicas: inercia, anillos de contracción.

- Distocias anatómicas: adherencia anormal de la placenta, lesiones de partes blandas.

Después de la expulsión de la placenta

- Retención de restos placentarios, inercia pos alumbramiento, defectos de coagulación.

Factores de riesgo de la hemorragia posparto

Los autores^{22, 23} señalan que además de considerar las hemorragias posparto como la pérdida sanguínea de 500ml por vía vaginal y la pérdida sanguínea por vía cesárea hasta 1000ml. Los dos tercios de hemorragia posparto, ocurren en pacientes que no se evidencian los factores de riesgo. Para su diagnóstico de las causas es utilizada las “4T”

1. Tono (70%): Incluye la atonía o inercia uterina.
2. Trauma (19%): Incluye trauma uterino (rotura e inversión uterina), laceraciones de cuello y vagina.
3. Tejidos (10%): Incluye retención de placenta, restos placentarios y coágulos.
4. Trombina (1%): Incluye coagulopatías congénitas o adquiridas.

A) Atonía uterina

Producida por la incapacidad de la musculatura del útero de contraerse adecuadamente después del alumbramiento, es la causa de hemorragia posparto (50% de los casos). A la clínica se observa que el útero después de haberse desocupado por completo continúa con el tamaño mayor a lo normal. El útero se encuentra de consistencia blanda, por encima de la cicatriz umbilical, aún no se ha formado el globo de

seguridad de Pinar. Al masaje externo rápidamente se contrae, aumenta su consistencia incluso disminuye de tamaño, pero de inmediato vuelve al estado anterior. El masaje externo favorece al útero para que se contraiga en forma prolongada y se retraiga. En el caso de no lograr la contracción del útero, administrar oxitócicos (oxitócica y derivados del cornezuelo de centeno), el fallo del tratamiento conduciría a una intervención quirúrgica como la histerectomía. El manejo activo del alumbramiento puede reducir la HPP. La atonía uterina es una de las principales causas de la hemorragia posparto a causa del fracaso del mecanismo fisiológico de contracción y retracción de la musculatura uterina, después de la expulsión de la placenta. Su diagnóstico se realiza cuando presenta sangrado continuo, no doloroso con útero distendido, blando, con sub involución uterina. El manejo activo del tercer periodo del parto prevendría la HPP^{15, 20, 21,24}.

B) Retención de placenta

Cuando la placenta está adherida por más de 30 minutos en el alumbramiento espontáneo y más de 15 minutos en el alumbramiento dirigido. La retención total de la placenta y membranas, pueden deberse a la insuficiente contracción uterina (inercia) para desprender y expulsar la placenta. Entre sus causas son considerados de causa general y local. Las causas generales pueden deberse al uso exagerado de drogas sedantes. Las causas locales puedan deberse a malformaciones congénitas, sobredistención de la musculatura lisa (macrosomía, polihidramnios,

obesidad, multiparidad), agotamiento de la musculatura uterina por el trabajo de parto prolongado^{16, 21}.

C) Retención de restos placentarios

Es una de las causas después de la atonía uterina, la placenta es expulsada, pero quedaron retenidos uno o varios cotiledones o membranas en forma total o parte de ellos^{26, 25}. Estos restos placentarios altera la función contráctil del útero, ocasionando un cuadro parecido a la atonía uterina. Este cuadro clínico se produce en pacientes con antecedentes de cuadros hipertensivos²⁵. La causa en muchos de los casos es debido a maniobras intempestivas realizadas durante el alumbramiento, como los tironamientos exagerados del cordón umbilical acompañado de expresiones manuales en el abdomen a fin de desprender la placenta. El diagnóstico se realiza con la revisión minuciosa de la placenta después del alumbramiento. El sangrado es inconstante no guardando relación con el tamaño de los cotiledones o membranas, la hemorragia puede hacerse grave. La evolución clínica de los cotiledones es que pueden desprenderse y ser expulsados espontáneamente durante los primeros días del puerperio. En otro caso pueden los cotiledones desintegrarse e infectarse por invasión de gérmenes por vía ascendente. Y en otro caso los cotiledones suelen organizarse y convertirse en pólipos. En el caso de la retención de las membranas, habitualmente pueden ser expulsadas juntamente con los loquios durante los primeros días del puerperio. Si se retiene puede producir infección del endometrio por el ascenso de gérmenes. El tratamiento para la extracción de los cotiledones y en el caso

de retención total de las membranas, es a través del legrado instrumental. Adicionalmente a este procedimiento con la administración de oxitócicos y antibióticos^{21, 25}.

D) Desgarro de partes blandas (desgarros, laceraciones cervicales, vaginal, vulvoperineal)

La lesión de partes blandas generalmente es ocasionada por maniobras incorrectas o iatrogenias durante el periodo expulsivo, también en los casos de partos precipitados u otras operaciones obstétricas como el uso de fórceps o las versiones internas. Las lesiones pueden presentarse en la vulva, vagina, cuello uterino incluso en el cuerpo del útero. Al realizar el diagnóstico se evidencia sangrado vaginal, útero contraído o retraído después de la expulsión de la placenta. El tratamiento generalmente es la reparación, en el caso de lesión en el cuerpo uterino el tratamiento es por vía abdominal para la reparación con sutura y si es muy extenso o grave se procede con la histerectomía²⁵.

- **El desgarro de cuello uterino**, es producido por el paso de la cabeza del feto cuando el cuello uterino aún no está completamente dilatado o los pujos prematuros en partos espontáneos. Si el desgarro es menor de 1.5 cm, muchas veces el sangrado no es excesivo y que no requiere tratamiento. En casos que el desgarro supera los 2cm de profundidad y bilaterales, el sangrado es excesivo, aún con útero contraído. Para diagnosticar se hace la revisión del cuello con valvas. Las

complicaciones son graves por la hemorragia severa e infección en el puerperio^{21, 26}.

- **El desgarro vaginal**, es una lesión de la vagina, que puede darse en forma transversal o longitudinal. Puede abarcar la mucosa o todas las capas de la vagina incluso complicando órganos vecinos. Esta lesión es causada por: partos con fetos voluminosos, distocias de presentación cefálica, partos forzados, rotaciones intravaginales con fórceps y dilataciones violentas de vaginas fibrosas o con cicatrices de partos anteriores. El diagnóstico se realiza con tacto vaginal notándose hendiduras, si es más profunda con valvas, completando el examen con sonda vesical y tacto rectal. Entre las complicaciones más frecuentes pueden ser las inflamaciones agudas o crónicas del tejido conjuntivo pelviano y fístulas perineales, rectales o vesicales. El tratamiento es la sutura dependiendo de la profundidad de realizará por planos. Si presenta compromiso de otros órganos el tratamiento será con técnicas correspondientes con uso de sonda permanente^{21, 26}.

- **Los desgarros vulvoperineales**, pueden ser de diferentes grados:

El primer grado: afecta únicamente la piel.

El segundo grado: afecta la musculatura.

El tercer grado: afecta además de las anteriores el esfínter externo del ano.

El cuarto grado: es el más complicado afecta además de los anteriores la pared del recto. El primero y segundo grado es denominado como incompleto y el tercer y cuarto grado es denominado completo.

También puede presentar desgarro central del periné en los casos de periné alto y resistente y en pelvis retrovertidas. El accidente es causado generalmente por la sobredistensión mecánica del periné, por la presión de la cabeza, hombros fetales, por maniobras ejercidas sobre el periné, perinés rígidos fibrosos, edad avanzada, posiciones de variedad occipitosacro. El pronóstico es bueno entre el primer y segundo grado. Y el pronóstico reservado en el tercer y cuarto grado, por las complicaciones sépticas que puede producir. El tratamiento dependerá de los grados de lesiones²⁷.

La rotura uterina.

Puede ocurrir durante el embarazo, pero con más frecuencia durante el parto. Durante el parto es frecuente que se desgarre el segmento uterino; y el cuerpo durante el embarazo. La rotura uterina tanto del segmento y el cuerpo uterino pueden ser incompleta cuando conserva las capas del útero; y si es completa el feto y la placenta pasa al abdomen. La causa puede ser el parto obstruido (desproporción céfalo pélvica o estrechez pélvica), traumatismos sobre el útero (caídas, contusiones sobre el abdomen, iatrogenias con el uso de fórceps, alumbramiento artificial en placentas acretas o expresiones de kristeller), iatrogenias por el mal uso de oxitocina, para inducción o estimulación del parto. El diagnóstico es fácil cuando la rotura es completa que cuando es incompleta. La hemorragia externa puede producir confusión con placenta previa o desprendimiento prematuro de membranas. La hemorragia interna produce confusión con la rotura de una víscera o vaso del abdomen. El pronóstico es reservado en rotura por cesárea previa, muy grave

en rotura de parto obstruido o por causas obstétricas inapropiadas. Para el feto siempre el pronóstico es muy grave. El tratamiento ante una eminencia de rotura es la cesárea. Si es rotura consumada es la laparotomía, extracción del feto y placenta luego la sutura de la brecha o histerectomía^{27,24}.

E) El Trabajo de parto prolongado

Viene a ser la alteración del trabajo de parto, caracterizado por la falta de progresión del feto por causas dinámicas o mecánicas, prolongándose por más de 12 horas. Las causas más frecuentes para el trabajo de parto prolongado son:

Desproporción céfalo pélvica, mala presentación o situación fetal, uso de sedantes uterinos, ayuno prolongado, distocias cervicales y de contracción²⁷.

Entre los factores de riesgo asociados son considerados los siguientes: Parto domiciliario, gestantes obesas o desnutridas, gestantes adolescentes < de 15 años, gestantes añosas > de 35 años, talla corta < de 1.40cm, abdomen péndulo, intervalo intergenésico prolongado, cesáreas anteriores²⁷.

El diagnóstico se realiza a través de los signos como son: la curva de dilatación del trabajo de parto se desplaza hacia la derecha haciéndose más plana; disminución de la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones uterinas; detención de la dilatación o el descenso, formación del anillo de contracción doloroso en el útero; duración del parto mayor de 12 horas (trabajo de parto prolongado), fase latente

prolongada, fase activa prolongada (cuando dura más de 17 horas en la nulípara y más de 15 horas en la multípara), fase activa retardada (la dilatación es menor de 0,8cm por hora en la nulípara y 1cm por hora en la multípara), fase activa estacionaria (la dilatación no progresa por más de 2 horas en nulíparas y multíparas), expulsivo prolongado (cuando dura 2 horas en la nulípara y 1 hora en la multípara)^{28,29}.

El parto prolongado pueda producir sufrimiento fetal, no por la alteración de la intensidad, ni la frecuencia o el intervalo, sino porque ha subido el tono, haciendo que el útero ya no pueda contraerse entrando en tetania. Por ello indican que el parto prolongado se traduce a una hipodinamia. En estas circunstancias el útero hace que se produzca una acidosis fetal y materna. Esto se agudiza si la madre ya está agotada por haber estado varias horas en sala de parto y haber recibido drogas para ayudarla²⁷.

La evolución del trabajo de parto es larga, a pesar que su progreso es lento puede terminar en forma espontánea. Si la duración del parto es excesiva puede producir fatiga y ansiedad materna. Si se produce la rotura de membranas más de 6 horas puede sobrevenir la infección amniótica. Si sobrepasa más de 12 horas, sumándose a ello los tactos repetidos el pronóstico es reservado. En el alumbramiento pueden presentarse hemorragias por la anormalidad de las contracciones uterinas, no permitirá la retracción normal del útero. En otros casos también puede producirse complicaciones para la madre como las hemorragias por

desgarros de partes blandas (cuello uterino-útero) y para el feto puede producir: sufrimiento fetal, asfixia, traumas obstétricos, lesiones neurológicas y anatómicas. El tratamiento será de acuerdo a la etiología que produce el trabajo de parto prolongado^{21,30}.

F) Edad

Es considerado como factor de riesgo ambos extremos de la vida reproductiva, sobre todo si es primigrávida. Las primigrávidas < de 15 años, aún no están preparadas física ni psicológicamente³¹. El embarazo en adolescentes (10 a 19 años) incrementa los riesgos tanto para la madre como para el niño, muchas de ellas recurren al aborto en condiciones inseguras. En los países de ingresos medios y bajos, las complicaciones a consecuencia del embarazo y parto constituye un problema serio por ser causante de muerte en este grupo³³: Primigrávidas > de 35 años, este grupo de gestantes, si bien están preparadas psicológicamente, pero presentan riesgo fisiológicamente²⁸.

G) Paridad

Respecto a la paridad, los factores de riesgo se incrementan mayormente en las grandes multíparas (mujeres con más de 6 hijos), esto por presentar distensión uterina, siendo considerado como un factor para la hemorragia posparto²⁹.

H) Macrosomía fetal

Es denominado como macrosomía fetal cuando el feto tiene un tamaño anormal con un peso mayor a 4000 gr. Es considerado cuando el

peso del feto respecto a la edad gestacional es mayor al percentil 90 o cuando el peso respecto a la talla (índice ponderal) es mayor que el percentil 90. Es importante tomar en cuenta a la madre después del parto por el alto riesgo de hemorragia posparto, debido a una atonía uterina, retención de la placenta, membranas fetales o lesiones de partes blandas³⁰.

I) Embarazo múltiple

El embarazo múltiple es denominado como el desarrollo simultáneo de varios fetos. La especie humana es considerada como unípara, si son varios fetos resulta ser riesgoso para el embarazo y parto. Además de ser riesgoso para la madre, también representa un riesgo para el feto ya que la mortalidad perinatal es cuatro veces mayor que un embarazo único. La mortalidad materna con embarazos gemelares es alta (2 veces) a comparación de gestación con feto único, por la ocurrencia de hemorragia posparto y preeclampsia²⁴. Las gestantes con embarazo múltiple requieren de cuidados especiales durante el embarazo por la incomodidad que presentan, mucho más al final del embarazo. Por lo que requieren hospitalización por las complicaciones graves que pueden presentar como rotura prematura de membranas, desnutrición durante el embarazo, preeclampsia, síndrome de Hellp y las hemorragias durante el embarazo, parto y puerperio²⁹.

J) Síndromes hipertensivos

Durante el embarazo, la hipertensión arterial se ha convertido una de las causas de la morbimortalidad materna y a nivel perinatal causa

restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad. La hipertensión puede presentarse sola o asociada a edema y proteinuria. La causa de la hipertensión es multisistémica. Explican con diferentes teorías y dentro de ello indican que la reducción de la perfusión trofoblástica y la isquemia tisular desencadenan la hipertensión. Consideran la hipertensión gestacional cuando aparece después de las 20 semanas de gestación. La Hipertensión arterial (HTA) es definida como tensión arterial sistólica (TAS) ≥ 140 mm Hg y la diastólica ≥ 90 mm Hg, controladas en dos ocasiones, mínimamente de 4-6 horas, pero no debe superar 7 días. En los casos graves (TAS) ≥ 160 mmHg y la diastólica ≥ 110 mmHg, en dos tomas los intervalos de toma serán menores en minutos.

La HTA crónica, es considerada cuando es detectada antes del embarazo, o antes de las 20 semanas y la que persiste 12 semanas posparto. La preeclampsia, es considerada cuando presenta hipertensión añadida de proteinuria, después de las 20 semanas de gestación. Es considerada como preeclampsia grave cuando presenta por lo menos uno de los criterios:

- (TAS) ≥ 160 mm Hg y la diastólica ≥ 110 mm Hg.
- Proteinuria ≥ 2 g/24 horas, otros autores consideran 5 g/24 horas. Estos valores se presentan durante el embarazo o en el posparto.
- Creatinina sérica $> 1,2$ mg/dl.
- Alteraciones hematológicas: trombocitopenia (< 100.000 plaquetas/ml).
- Enzimas hepáticas elevadas.

- Dolor epigástrico o en el hipocondrio derecho.
- Alteraciones neurológicas o visuales (cefaleas, escotomas, visión borrosa).
- Hemorragia retiniana.
- Edema pulmonar.
- Oliguria ≤ 500 mL en 24 horas.
- Restricción del crecimiento intrauterino.

La eclampsia, es la complicación de una paciente con preeclampsia, más convulsiones.

La HTA crónica con preeclampsia sobreañadida, es cuando aparece la proteinuria en forma súbita, aumento súbito de HTA o desarrollo de Síndrome de Hellp en gestantes con HTA crónica.

HTA gestacional, es considerada cuando presenta HTA por primera vez después de la semana 20 de gestación, no presenta proteinuria y retorna a la normalidad antes de la semana 12 del posparto³¹.

La atención prenatal precoz, periódica y completa ayuda a prevenir las complicaciones y detectar los factores de riesgo. Los factores de riesgo de la hipertensión son: la edad materna con mayor predisposición mujeres de la tercera década de la vida, la multiparidad, generalmente en la gran multípara debido a un cuadro toxémico sobre agregado a una hipertensión crónica, la obesidad otro factor de riesgo, la cuarta parte de mujeres que presentan este cuadro hipertensivo al inicio del embarazo pesan 80 kg o más, entonces ya tienen hipertensión arterial. Otro factor

son antecedentes familiares que presentan hipertensión, incluso mencionan que puedan ser factor genético. Las complicaciones tanto maternas como perinatales son graves, como desprendimiento prematuro de placenta, accidente cerebro vascular^{27, 21}.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Riesgo:** Probabilidad de un suceso, considerado como nocivo en diferentes formas²⁷.
- **Partos:** Es la expulsión de feto desde su madre, sin tener en cuenta la edad gestacional, sin tener en cuenta si el cordón ha sido cortado o no, incluso si la placenta está o no adherida ²⁷.
- **Perinatal:** Es el periodo comprendido desde las 28 semanas de gestación hasta los primeros 7 días después del parto²⁷.
- **Grávida:** Mujer que está embarazada²⁸.
- **Primigrávida:** Mujer embarazada por primera vez²⁸.
- **Primípara:** Mujer que dio a luz por primera vez²⁸
- **Múltipara:** Mujer que ha tenido más de 2 partos²⁸.
- **Gran múltipara:** Mujer que ha tenido más de 6 partos²⁸
- **Puerperio:** Es el periodo comprendido desde la terminación del parto (expulsión de la placenta), hasta los 42 días posparto, cuando el útero involucionó totalmente²⁷.
- **Útero:** Es un órgano muscular hueco, donde se implanta el óvulo, desarrollándose en embrión y feto²⁷.
- **Vagina:** Órgano genital femenino, que se extiende desde el útero hasta la vulva²⁷.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis General:

Los factores de riesgo están asociados en forma directa con la hemorragia posparto en puérperas del Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017.

2.4.2. Hipótesis Específicas:

1. Los factores de riesgo antes del parto están asociados en forma directa con la hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017.
2. Los factores de riesgo intraparto están asociados en forma directa con la hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017.
3. Los factores de riesgo después del parto están asociados en forma directa con la hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017.

2.5. SISTEMA DE VARIABLES

V1. Factores de riesgo

Factor antes del parto

Factor intraparto

Factor después del parto

V2. Hemorragia posparto

Con hemorragia posparto

Sin hemorragia posparto

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

- **Investigación científica básica:**

Porque se preocupó por el desarrollo del conocimiento científico, pero no tuvo exigencia de que explique las implicancias prácticas del estudio³³.

- **Retrospectiva:**

Porque se utilizó datos de registros preexistentes. El investigador no participó en la medición de los datos³⁴.

- **Observacional:**

En el presente trabajo no hubo intervención del investigador, los datos observados y la información obtenida del fenómeno reflejó la evolución natural del evento³⁴.

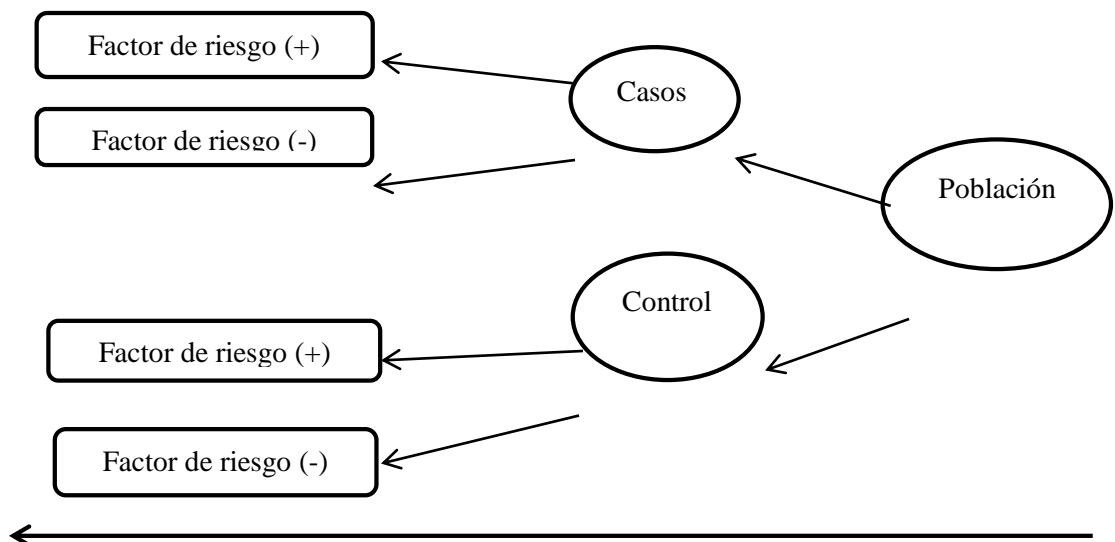
- **Analítico:**

Se tuvo dos variables y entre ellas existe relación, asociación o causalidad³⁴.

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño fue observacional, analítico. Se seleccionó a sujetos que presentaron la enfermedad (casos) y otro grupo que no presentaron la enfermedad (control). Luego se comparó la exposición de cada uno de los grupos a uno a varios factores de riesgo³².

El esquema es el siguiente:



← **Recolección retrospectiva. Selección de grupos**

Dónde:

Población = Grupo de estudio

Casos = Presentaron la enfermedad.

Control= No presentaron la enfermedad.

3.3. LUGAR Y PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN

En términos de delimitación espacial, la investigación se realizó en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Pichanaki, durante el periodo 2015 a 2017.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA:

Conformado por 50 historias clínicas de las puérperas inmediatas de presentaron hemorragia posparto (grupo caso), durante los años 2015 a 2017. El otro grupo conformado por 100 historias clínicas de las puérperas que no presentaron hemorragia.

Criterios de Inclusión y Exclusión:

a. Criterios de Inclusión

- Todas las puérperas que presentaron hemorragia posparto dentro de las 24 horas posparto.
- Puérperas de parto vaginal.

b. Criterios de Exclusión

- Puérperas de parto por cesárea.
- Puérperas sin HPP inmediato.
- Puérperas con hemorragia después de 24 horas posparto.

3.5. MÉTODO

El método fue científico ya que está considerado como un procedimiento aplicado a todo el ciclo de la investigación para buscar soluciones a los problemas del conocimiento; también considerado como un

proceso que exige la sistematización del conocimiento en forma ordenada para desarrollar el pensamiento reflexivo y la investigación³².

- **Método descriptivo:**

Se realizó descripción de características, cualidades de los hechos o fenómenos de estudio³³.

3.6. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de investigación utilizado fue relacional, porque determinó la relación o grado de asociación de dos variables. Este nivel de investigación tiene la utilidad de conocer el comportamiento de las variables^{35, 36}.

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica: Revisión documentaria (Historias Clínicas).

Instrumento: Ficha de recolección de datos.

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS EMPLEADOS

Validez: El instrumento del plan de tesis se validó a través de Juicio de Expertos.

Para estimar la confiabilidad de la consistencia interna del instrumento, se realizó con el coeficiente de Kuder y Richardson, que mide pruebas de ítem dicotómico, como es el caso de nuestra investigación. Resultando: KR=0.625, equivalente a “**Confiable**”.

3.9. PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos registrados en el libro de registros de datos del Servicio de Ginecoobstetricia y de las historias clínicas correspondientes a la Unidad de Estadísticas e Informática se tabularon de manera automatizada, para lo cual se contó con el soporte informático mediante la aplicación del programa Microsoft Excel, se construyó la base de datos; de acuerdo a los objetivos establecidos. Asimismo, haciendo uso del Programa Estadístico SPSS V22.

3.10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO E INFERENCIAL

Se realizó el análisis estadístico descriptivo: presentando tablas con frecuencia y porcentaje. Para la prueba de las hipótesis se hizo a través de la estadística inferencial (prueba de regresión logística- Binomial).

3.11. ASPECTOS ÉTICOS:

Se tuvo en cuenta los principios de la actividad investigativa, para lo cual se cumplió con sus principios, como son: la confidencialidad, protección a la persona, beneficencia y no maleficencia, la responsabilidad y la veracidad.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 RESULTADOS DESCRIPTIVOS

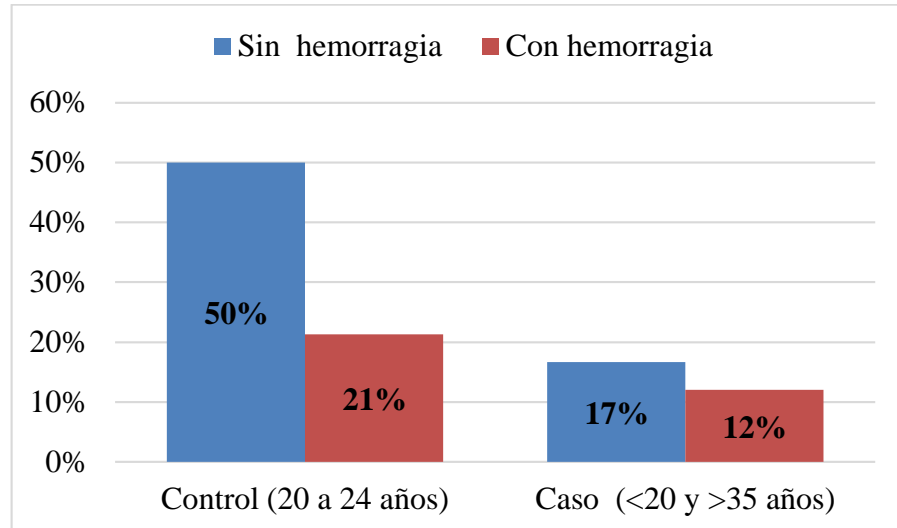
4.1.1 Resultados de los factores de riesgo antes del parto asociado a la hemorragia posparto.

Tabla N° 1. Factor edad antes del parto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.

		Edad		Total
		20 a 34 años (control)	<20 y >35 años (caso)	
Hemorragia	Sin hemorragia	75 50,0%	25 16,7%	100 66,7%
	Con hemorragia	32 21,3%	18 12,0%	50 33,3%
	Total	107 71,3%	43 28,7%	150 100,0%

Fuente: Lista de Cotejo para medir la frecuencia de los factores asociados a la hemorragia posparto, 2018.

Gráfico N° 1. Factor edad antes del parto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.



Fuente: Lista de Cotejo para medir la frecuencia de los factores asociados a la hemorragia posparto, 2018.

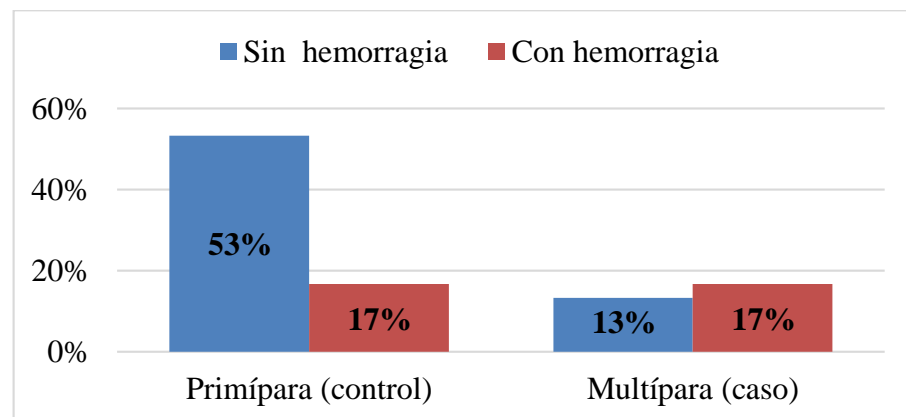
Interpretación: En la tabla y gráfico N° 1. En el factor edad antes del parto, se evidencia en el grupo control, sin factor de riesgo (edades 20 a 34 años), el 50% no presentó hemorragia, y el 21,3% presentó hemorragia. El grupo caso, con factor de riesgo (< de 19 años y > de 35 años), el 16,7% no presentó hemorragia y el 12% presentó hemorragia.

Tabla N° 2. Factor Paridad antes del parto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.

		Paridad		Total
		Primípara (control)	Múltipara (caso)	
Hemorragia	Sin hemorragia	80 53,3%	20 13,3%	100 66,7%
	Con hemorragia	25 16,7%	25 16,7%	50 33,3%
	Total	105 70,0%	45 30,0%	150 100,0%

Fuente: Lista de Cotejo para medir la frecuencia de los factores asociados a la hemorragia posparto, 2018.

Gráfico N° 2. Factor paridad antes del parto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.



Fuente: Lista de Cotejo para medir la frecuencia de los factores asociados a la hemorragia posparto, 2018.

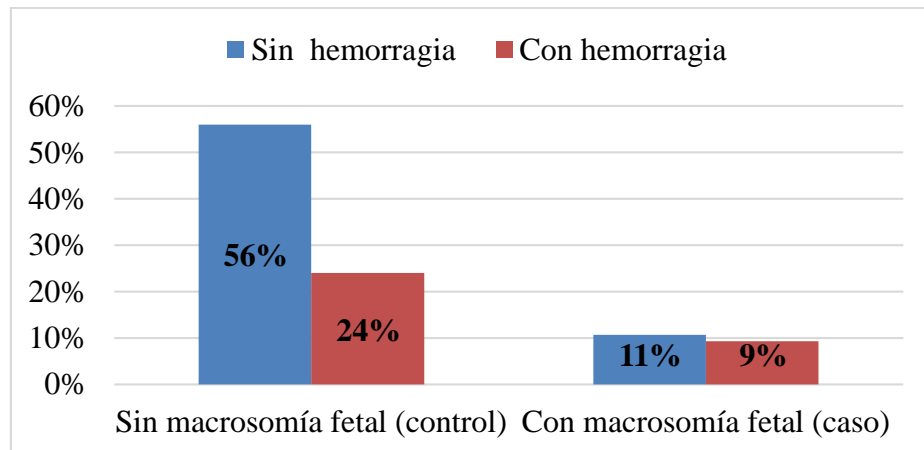
Interpretación: En la tabla y gráfico N° 2, se observa en el grupo control sin factor de riesgo (primíparas), el 53,3% no presentó hemorragia y el 16,7% presentó hemorragia. En el grupo caso, con factor de riesgo (múltiparas), el 13,3% no presentó hemorragia y el 16,7% presentó hemorragia posparto.

Tabla N° 3. Factor Macrosomía fetal antes del parto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.

		Peso Fetal		Total
		2500 – 4000 g (control)	Mayor a 4000 g (caso)	
Hemorragia	Sin	84	16	100
	hemorragia	56,0%	10,7%	66,7%
	Con	36	14	50
	hemorragia	24,0%	9,3%	33,3%
Total		120	30	150
		80,0%	20,0%	100,0 %

Fuente: Lista de Cotejo para medir la frecuencia de los factores asociados a la hemorragia posparto, 2018.

Gráfico N° 3. Factor Macrosomía fetal antes del parto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.



Fuente: Lista de Cotejo para medir la frecuencia de los factores asociados a la hemorragia posparto, 2018.

Interpretación: En la tabla y gráfico N° 3, se aprecia en el grupo control, sin factor de riesgo (2500 – 4000 g) el 56,0% no presentó hemorragia y el 24,0% presentó hemorragia. En el grupo caso, que

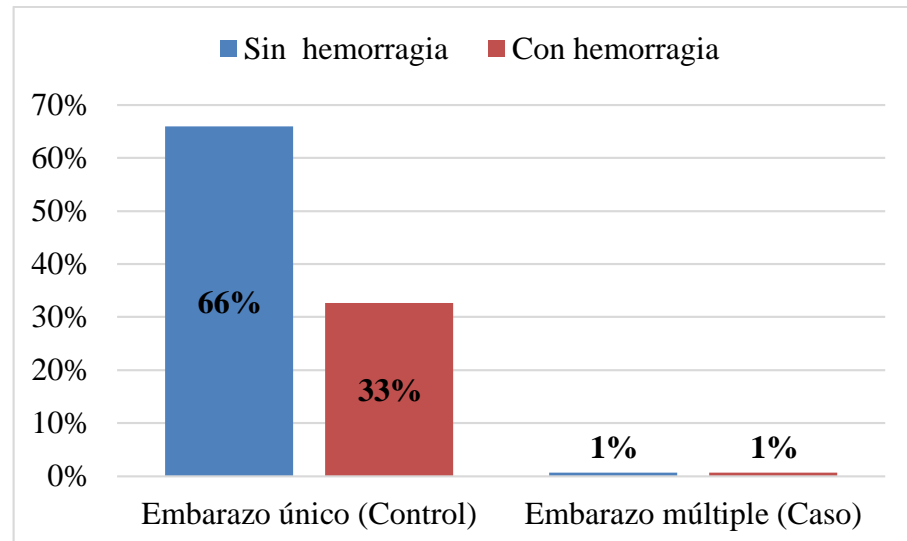
presentan el factor de riesgo (Mayor a 4000 g) el 10,7% presentó hemorragia y el 9,3% tuvo hemorragia posparto.

Tabla N° 4. Factor Embarazo múltiple antes del parto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.

		Tipo de Embarazo		Total
		Embarazo único (control)	Embarazo múltiple (caso)	
Hemorragia	Sin hemorragia	99 66,0%	1 0,7%	100 66,7%
	Con hemorragia	49 32,7%	1 0,7%	50 33,3%
	Total	148 98,7%	2 1,3%	150 100,0%

Fuente: Lista de Cotejo para medir la frecuencia de los factores asociados a la hemorragia posparto, 2018.

Gráfico N° 4. Factor Embarazo múltiple antes del parto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.



Fuente: Lista de Cotejo para medir la frecuencia de los factores asociados a la hemorragia posparto, 2018.

Interpretación: En la tabla y gráfico N°4, se observa en el grupo control sin riesgo (embarazo único) el 66,0% no presentó hemorragia y el 32,7%

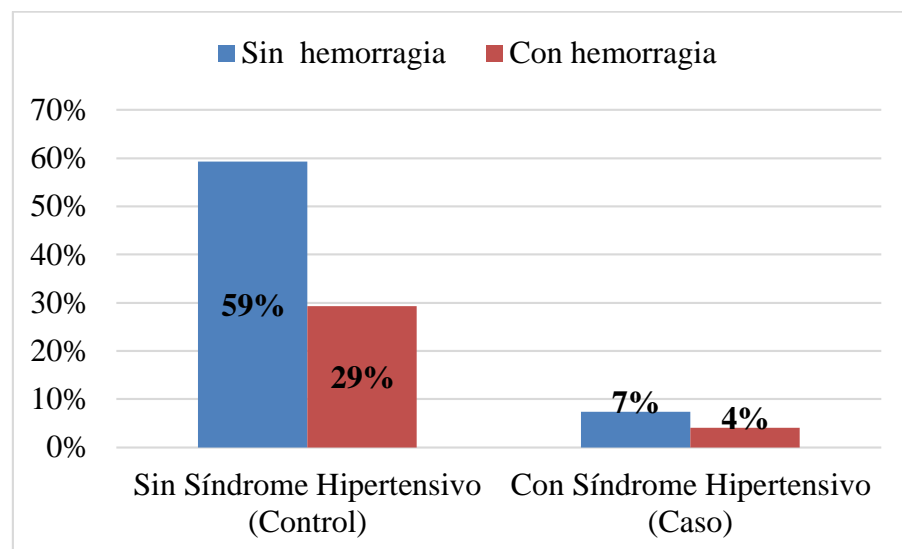
presentó hemorragia. En el grupo caso con factor de riesgo (embarazo múltiple), se evidencia que el 0,7% no presentó hemorragia de igual forma ocurrió en las que presentaron hemorragia posparto.

Tabla N° 5. Factor Síndrome hipertensivo antes del parto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.

		Síndrome Hipertensivo		Total
		Sin síndrome (control)	Con síndrome (caso)	
Hemorragia	Sin hemorragia	89 59,3%	11 7,3%	100 66,7%
	Con hemorragia	44 29,3%	6 4,0%	50 33,3%
Total		133 88,7%	17 11,3%	150 100,0%

Fuente: Lista de Cotejo para medir la frecuencia de los factores asociados a la hemorragia posparto, 2018

Gráfico N° 5. Factor Síndrome hipertensivo antes del parto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.



Fuente: Lista de Cotejo para medir la frecuencia de los factores asociados a la hemorragia posparto, 2018.

Interpretación: En la tabla y gráfico N° 5, podemos observar en el grupo control, sin factor de riesgo (sin síndrome hipertensivo), el 59,3% no presentó hemorragia y el 29,3% presentó hemorragia. El grupo caso, con factor de riesgo (con síndrome hipertensivo) el 66,7% no presentó hemorragia y el 33,35 presentó hemorragia.

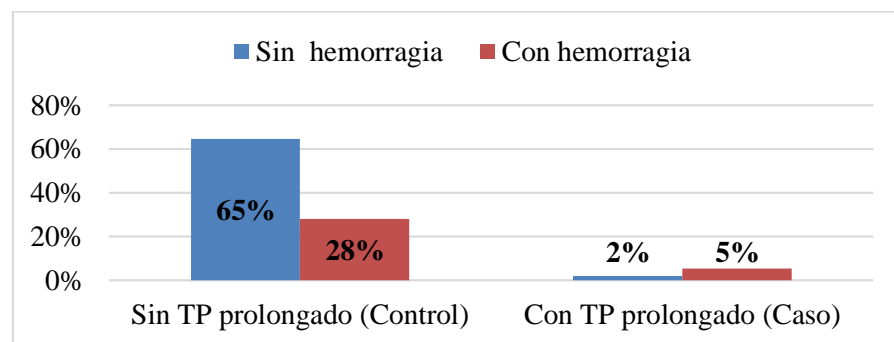
4.1.2 Resultados de los factores intraparto asociado a la hemorragia posparto.

Tabla N° 6. Factor Trabajo de parto prolongado durante el intraparto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.

		Duración del Trabajo de Parto Prolongado		Total
		Sin TP prolongado (control)	Con TP prolongado (casos)	
Hemorragia	Sin hemorragia	97 64,7%	3 2,0%	100 66,7%
	Con hemorragia	42 28,0%	8 5,3%	50 33,3%
	Total	139 92,7%	11 7,3%	150 100,0%

Fuente: Lista de Cotejo para medir la frecuencia de los factores asociados a la hemorragia posparto, 2018.

Gráfico N° 6. Factor Trabajo de parto prolongado durante el intraparto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.



Fuente: Lista de Cotejo para medir la frecuencia de los factores asociados a la hemorragia posparto, 2018.

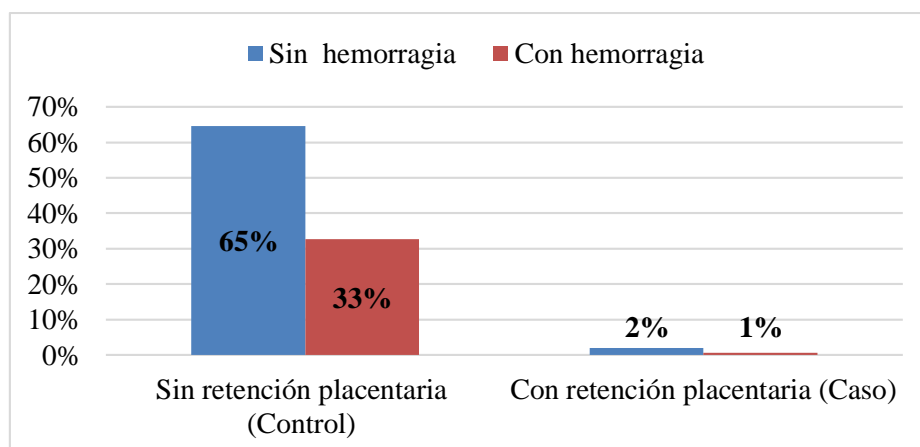
Interpretación: En la tabla y gráfico N° 6, se aprecia en el grupo control, sin factor de riesgo (sin trabajo de parto prolongado), el 64,7% no presentó hemorragia, el 28,0% presentó hemorragia. El grupo caso, con factor de riesgo (con trabajo de parto prolongado) el 2,0% no presentó hemorragia y el 5,3% presentó hemorragia posparto.

Tabla N° 7. Factor Retención Placentaria durante el intraparto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.

		Retención Placentaria		Total
		Sin retención (control)	Con retención (caso)	
Hemorragia	Sin hemorragia	97 65,0%	3 2,0%	100 66,7%
	Con hemorragia	49 33,0%	1 0,7%	50 33,3%
	Total	146 97,3%	4 2,7%	150 100,0%

Fuente: Lista de Cotejo para medir la frecuencia de los factores asociados a la hemorragia posparto, 2018.

Gráfico N° 7. Factor retención de placenta durante el intraparto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.



Fuente: Lista de Cotejo para medir la frecuencia de los factores asociados a la hemorragia posparto, 2018.

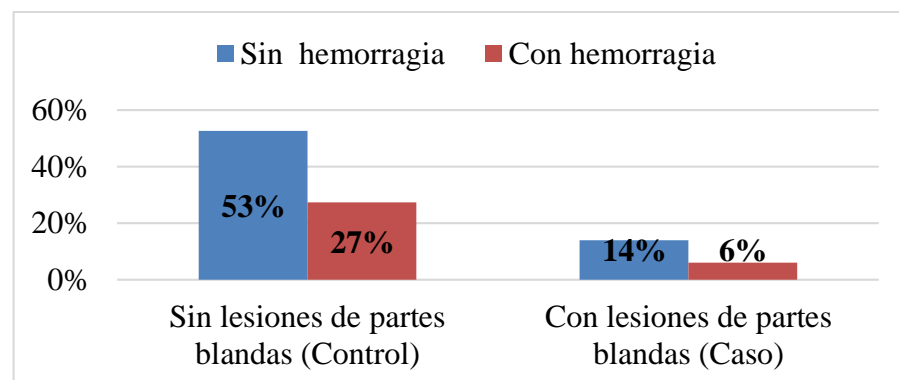
Interpretación: En la tabla y gráfico N° 7, se observa en el grupo control, sin factor de riesgo (sin retención placentaria), el 65,0% no presentó hemorragia, el 33,0% presentó hemorragia. El grupo caso, con factor de riesgo (con retención de placenta), el 2,0% no presentó hemorragia y el 0,7% presentó hemorragia posparto.

Tabla N° 8. Factor Lesiones de partes blandas durante el intraparto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.

		Lesiones de partes blandas		Total
		Sin lesiones de partes blandas (control)	Con lesiones de partes blandas (caso)	
Hemorragia	Sin hemorragia	79 52,7%	21 14,0%	100 66,7%
	Con hemorragia	41 27,3%	9 6,0%	50 33,3%
	Total	120 80,0%	30 20,0%	150 100,0%
				%

Fuente: Lista de Cotejo para medir la frecuencia de los factores asociados a la hemorragia posparto, 2018.

Gráfico N° 8. Factor Lesiones de partes blandas durante el intraparto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.



Fuente: Lista de Cotejo para medir la frecuencia de los factores asociados a la hemorragia posparto, 2018.

Interpretación: En la tabla y gráfico N° 8, se aprecia el factor lesiones de partes blandas. En el grupo control sin factor de riesgo (sin lesiones), el 52,7% no tienen hemorragia posparto y el 27,3% si tienen hemorragia. En el grupo caso, con factor de riesgo, el 14% no tiene hemorragia y el 6% si presenta.

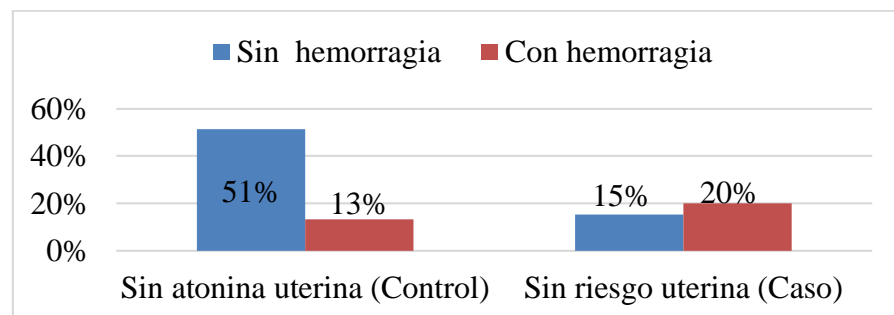
4.1.3 Resultados de los factores después del parto asociado a hemorragia posparto.

Tabla N° 9. Factor Atonía uterina después del parto asociado a la hemorragia posparto en púérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.

		Atonía Uterina		Total
		Sin atonía uterina (control)	Con atonía uterina (caso)	
Hemorragia	Sin hemorragia	77 51,3%	23 15,3%	100 66,7%
	Con hemorragia	20 13,3%	30 20,0%	50 33,3%
Total		97 64,7%	53 35,3%	150 100,0%

Fuente: Lista de Cotejo para medir la frecuencia de los factores asociados a la hemorragia posparto, 2018.

Gráfico N° 9. Factor Atonía uterina después del parto asociado a la hemorragia posparto en púérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.



Fuente: Lista de Cotejo para medir la frecuencia de los factores asociados a la hemorragia posparto, 2018.

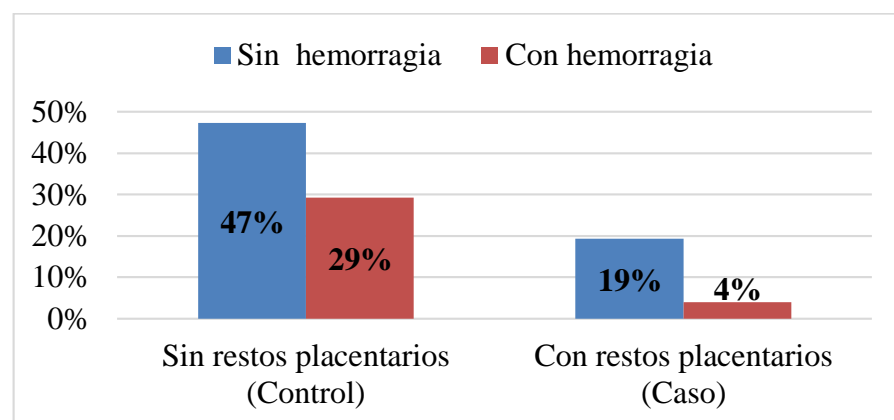
Interpretación: En la tabla y gráfico N° 9, se aprecia en el grupo control, sin factor de riesgo (sin atonía uterina), el 51,3% no presentó hemorragia, el 13,3% presentó hemorragia. El grupo control con factor de riesgo (con atonía uterina) el 15,3% no presentó hemorragia y el 20,0% presentó hemorragia posparto.

Tabla N° 10. Factor Retención de restos placentarios después del parto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.

		Retención de Restos Placentarios		Total
		Sin retención de restos placentarios (control)	Con retención de restos placentarios (caso)	
Hemorragia	Sin hemorragia	71 47,3%	29 19,3%	100 66,7%
	Con hemorragia	44 29,3%	6 4,0%	50 33,3%
	Total	115 76,7%	35 23,3%	150 100,0%

Fuente: Lista de Cotejo para medir la frecuencia de los factores asociados a la hemorragia posparto, 2018.

Gráfico N° 10. Factor retención de restos placentarios después del parto asociado a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki.



Fuente: Lista de Cotejo para medir la frecuencia de los factores asociados a la hemorragia posparto, 2018.

Interpretación: En la tabla y gráfico N° 10, se aprecia en el grupo control, sin factor de riesgo (sin retención de restos placentarios), el 47,3% no presentó hemorragia, el 29,3% presentó hemorragia. El grupo caso, con factor de riesgo (con retención de restos placentarios), el 19,3% no presentó hemorragia y el 4,0% si presentó hemorragia.

4.2 RESULTADOS INFERENCIALES:

Hipótesis General:

H₁ Existe asociación directa y significativa de los factores de riesgo antes del parto, intraparto y después del parto y la hemorragia posparto en puérperas del Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017.

H₀ No existe asociación directa y significativa de los factores de riesgo antes del parto, intraparto y después del parto y la hemorragia posparto en puérperas del Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017.

- **Pruebas de Regresión Logística – Binaria**

Se utilizó la regresión logística binaria para comprobar la hipótesis. Es una variable binaria (dicotómica), es decir; tiene solo dos categorías.

- **Prueba Específica de Wald**

La prueba de Wald se utilizó para poner a prueba el verdadero valor del parámetro basado en la estimación de la muestra. Es decir, determinar el valor de relación de los datos estadísticos.

Criterio para determinar la Hipótesis

P-valor $\leq \alpha$ = Relación es significativo.

P-valor $> \alpha$ = Relación no es significativo.

Tabla N° 11a. Asociación de los factores de riesgo y la hemorragia posparto.

Wald	P – Valor	Val.	Nivel Alfa α
16,015	0,000	<	0,05

Decisión:

Se rechazó la hipótesis nula, ya que existe asociación significativa entre los factores de riesgo de antes del parto, intraparto y después del parto y la hemorragia posparto en puérperas del Hospital Pichanaki durante los años de 2015 a 2017. El p-valor (0,000) es menor al nivel alfa (0,05). Por lo tanto, la asociación es significativa.

Odds Ratio (OR) – Índice de Confianza

Es la probabilidad de ocurrencia de un evento y es mediante el cociente entre la probabilidad de que ocurra el evento y la probabilidad de que no ocurra.

Val - OR < 1 = Protección

Val - OR \geq 1 = Riesgo

Tabla N° 11b. Relación e índice de riesgo de los factores de riesgo asociados a la hemorragia posparto.

Factores	Wald	p-valor	Val-OR	95% C.I	
				Inferior	Superior
Edad(<19 años y >35 años	0.000	0.995	1.003	0.374	2.693
Multiparidad	8.171	0.004	0.240	0.090	0.639
Macrosomía fetal	0.068	0.794	0.868	0.301	2.507
Embarazo múltiple	0.282	0.595	0.239	0.001	47.109
Síndrome hipertensivo	0.458	0.499	1.537	0.443	5.338
Trabajo de parto prolongado	6.430	0.011	0.048	0.005	0.501
Retención placentaria	6.028	0.014	139.414	2.707	7180.515
Lesiones de partes blandas	0.945	0.331	0.571	0.185	1.766
Atonía uterina	8.646	0.003	0.247	0.097	.627
Restos placentarios	0.000	0.983	1.014	0.289	3.557

Nota: El índice de confianza (C.I) es el intervalo de protección y riesgo que el OR posee.

Hipótesis Específica 1:

H₁ Existe asociación directa y significativa de los factores de riesgo antes del parto (edades extremas, gran multiparidad, macrosomía fetal, embarazo múltiple, síndrome hipertensivo) y la hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017.

H₀ No existe asociación directa y significativa de los factores de riesgo antes del parto (edades extremas, gran multiparidad, macrosomía fetal, embarazo múltiple, síndrome hipertensivo) y la hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017.

- **Pruebas de Regresión Logística – Binaria**

Se utilizó la regresión logística binaria para comprobar hipótesis.

Es una variable binaria (dicotómica), es decir; tiene solo dos categorías.

- **Prueba Específica de Wald**

La prueba de Wald se utilizó para poner a prueba el verdadero valor del parámetro basado en la estimación de la muestra. Es decir, determinar el valor de relación de los datos estadísticos.

Criterio para determinar la Hipótesis

P-valor $\leq \alpha$ = Relación es significativo.

P-valor $> \alpha$ = Relación no es significativo.

Tabla N° 12a. Asociación entre los factores de riesgo antes del parto y la hemorragia posparto.

Wald	P – Valor	Val.	Nivel Alfa α	OR	C.I. %
6,913	0,009	<	0,05	0,380	0,185 – 0,782

Entonces:

El p-valor (0,009) es menor al nivel alfa (0,05).

Por lo tanto, es significativa.

Decisión:

Se rechazó la hipótesis nula, ya que existe asociación significativa entre los factores de riesgo del antes del parto (edades extremas, gran multiparidad, macrosomía fetal, embarazo múltiple, síndrome hipertensivo) y la hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017.

Odds Ratio (OR) – Índice de Confianza

Es la probabilidad de ocurrencia de un evento y es mediante el cociente entre la probabilidad de que ocurra el evento y la probabilidad de que no ocurra.

Val - OR < 1 = Protección

Val - OR \geq 1 = Riesgo

Tabla N° 12b. Relación e índice de riesgo de los factores de riesgo antes del parto asociados a la hemorragia posparto.

Factores	Wald	p – valor	Val- OR	95% C.I.	
				Inferior	Superior
Edad	0.454	0.921	1.046	0.429	2.549
Multiparidad	0.453	0.002	0.251	0.103	0.610
Macrosomía Fetal	0.457	0.384	0.672	0.275	1.645
Embarazo Múltiple	1.486	0.887	1.235	0.067	22.726
Síndrome Hipertensivo	0.603	0.552	1.432	0.439	4.670

Nota: El índice de confianza (C.I) es el intervalo de protección y riesgo que el OR posee.

Entre los factores antes del parto. Se evidencia en la tabla N° 12b. En cuanto a edad, no existe asociación significativa ($p=0.921$), encontrando factor de riesgo ($OR=1.046$).

En la multiparidad, se encontró asociación significativa ($p=0.002$), no existiendo factor de riesgo ($OR=0.251$). Respecto a macrosomía fetal, no se encontró asociación significativa ($p=0.384$), no existiendo factor de riesgo ($OR=0.672$). Referente al embarazo múltiple, no se encontró asociación significativa ($p=0.887$), se encontró como factor de riesgo ($OR=1.235$). Respecto al síndrome hipertensivo, no se encontró asociación significativa ($p=0.552$), se encontró como factor de riesgo ($OR=1.4329$).

Hipótesis Específica 2:

H₁ Existe asociación directa y significativa de los factores del intraparto (trabajo de parto prolongado, retención de placenta, lesiones de partes blandas) y la hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017.

H₀ No existe asociación directa y significativa de los factores del intraparto (trabajo de parto prolongado, retención de placenta, lesiones de partes blandas) y la hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017.

- **Pruebas de Regresión Logística – Binaria**

Se utilizó la regresión logística binaria para comprobar hipótesis.

Es una variable binaria (dicotómica), es decir, tiene solo dos categorías.

- **Prueba Específica de Wald**

La prueba de Wald se utilizó para poner a prueba el verdadero valor del parámetro basado en la estimación de la muestra. Es decir, determinar el valor de relación de los datos estadísticos.

Criterio para determinar la Hipótesis

P-valor $\leq \alpha$ = Relación es significativo.

P-valor $> \alpha$ = Relación no es significativo.

Tabla N° 13 a. Asociación entre los factores de riesgo intraparto y la hemorragia posparto.

Wald	P – Valor	Val.	Nivel Alfa α	OR	C.I. %
1,745	0,187	>	0,05	0,599	0,280 – 1,281

Entonces: El p-valor (0,187) es mayor al nivel alfa (0,05). Por lo tanto, no es significativa la asociación.

Decisión: Se aprueba la hipótesis nula, ya que no existe asociación significativa entre los factores de intraparto (trabajo de parto prolongado, retención de placenta, lesiones de partes blandas) y la hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017.

Odds Ratio (OR) – Índice de Confianza

Es la probabilidad de ocurrencia de un evento y es mediante el cociente entre la probabilidad de que ocurra el evento y la probabilidad de que no ocurra.

Val - OR < 1 = Protección

Val - OR ≥ 1 = Riesgo

Tabla N° 13b. Relación e índice de riesgo de los factores de riesgo intraparto asociados a la hemorragia posparto.

Factores	Wald	p – valor	Val- OR	95% C.I.	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Trabajo prolongado	6.714	.010	.060	.007	.504
Retención placentaria	2.743	.098	15.402	.606	391.720
Lesiones en partes blandas	.002	.965	.980	.388	2.471

Nota: El índice de confianza (C.I) es el intervalo de protección y riesgo que el OR posee.

En la tabla N° 13b. El factor trabajo de parto prolongado presentó asociación significativa ($p=0.010$) y el valor de ($OR=0.60$), no existiendo factor de riesgo. Retención placentaria, no presenta asociación significativa ($p=0.098$), existiendo factor de riesgo ($OR=15.402$). Respecto a lesiones de partes blandas, no presentó asociación significativa ($p=0.965$), no existiendo factor de riesgo ($OR=0.965$)

Hipótesis Específica 3:

H₁ Existe asociación directa y significativa de los factores después del parto (retención de restos placentarios y atonía uterina) y la hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017.

H₀ No existe asociación directa y significativa de los factores después del parto (retención de restos placentarios y atonía uterina) y la hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017.

- **Pruebas de Regresión Logística – Binaria**

Se utilizó la regresión logística binaria para comprobar hipótesis.

Es una variable binaria (dicotómica), es decir, tiene solo dos categorías.

- **Prueba Específica de Wald**

La prueba de Wald se utilizó para poner a prueba el verdadero valor del parámetro basado en la estimación de la muestra. Es decir, determinar el valor de relación de los datos estadísticos.

Criterio para determinar la Hipótesis

P-valor $\leq \alpha$ = Relación es significativo.

P-valor $> \alpha$ = Relación no es significativo.

Tabla N° 14a. Asociación entre los factores de riesgo después del parto y la hemorragia posparto.

Wald	P – Valor	Val.	Nivel Alfa α	OR	C.I. %
6,961	0,008	<	0,05	0,374	0,180 – 0,776

Entonces: El p-valor (0,008) es menor al nivel alfa (0,05). Por lo tanto, es significativa.

Decisión: Se rechaza la hipótesis nula, ya que existe asociación significativa entre los factores de después del parto (retención de restos placentarios y atonía uterina) y la hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017.

Odds Ratio (OR) – Índice de Confianza

Es la probabilidad de ocurrencia de un evento y es mediante el cociente entre la probabilidad de que ocurra el evento y la probabilidad de que no ocurra.

Val - OR < 1 = Protección

Val - OR ≥ 1 = Riesgo

Tabla N° 14b. Relación e índice de riesgo de los factores de riesgo después del parto asociados a la hemorragia posparto.

Factores	Wald	p – valor	Val- OR	95% C.I.	
				Inferior	Superior
Atonía Uterina	0.389	0.000	0.228	0.106	0.489
Restos en la placenta	0.521	0.267	1.783	0.642	4.952

Nota: El índice de confianza (C.I) es el intervalo de protección y riesgo que el OR posee.

En la tabla N° 14b, se evidencia que atonía uterina tiene asociación significativa ($p=0.000$) con un ($OR=0.228$), sin factor de riesgo. El factor restos placentarios, no logró una asociación significativa ($p=0.267$) y un ($OR=1.783$), con factor de riesgo.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1 DISCUSIÓN

En esta sección se discuten los resultados expuestos anteriormente. Respecto a los factores antes del parto: el **factor edad**, se puede apreciar que en la edad con riesgo (caso) que correspondió a menores de 19 años y mayores de 35 años (Tabla N° 1), el 12% si tuvo hemorragia posparto y el 17% no hizo hemorragia posparto. Respecto a las que no presentaron el factor de riesgo (control), el 50% no tuvo hemorragia y el 21,3% si tuvo hemorragia Al respecto, los estudios realizados por la maternidad Suizo Argentina (1991 al 2008) y el trabajo de Altamirano en Lima el año 2009; (ambos trabajos referidos por Ordeñana) reportan que las madres añosas presentan mayor frecuencia de hemorragia posparto, siendo considerado la edad factor de riesgo con ($p=0.044$). Al comparar el presente estudio es diferente al trabajo de Flores¹⁰, y Arcía R et al⁰⁹, donde ellos encuentran que las edades extremas como factor de riesgo está asociado significativamente a la hemorragia

posparto. Como se puede apreciar en el presente trabajo, la edad no resulta asociación significativa ($p=0.921$), aunque es factor de riesgo ($OR=1.046$). Es importante tener en cuenta lo que indica la literatura que las edades extremas (<de 19 años y > de 35 años) resultan ser considerados como factor de riesgo debido que las menores de 19 años aún no están preparadas física ni fisiológicamente y las mayores de 35 años están preparadas psicológicamente pero ya presentan riesgos fisiológicos³¹.

El **factor paridad** presentó el siguiente panorama: del grupo de madres sin riesgo (primíparas); el 53% no presenta hemorragia, mientras que el 17% si presentó la hemorragia posparto. Dentro del grupo con riesgo (multíparas), el 13% no presentó la hemorragia y el 17% si la presentó, diferente a lo encontrado por Chica K⁸, que indica que en su estudio predominó las nulíparas (60%) y en su estudio de Rosadio A¹², encontró que el (53,8%) presentaron hemorragia posparto. De igual manera Ordeñana, demuestra que el factor paridad no encontró asociación entre multiparidad y hemorragia posparto, por lo que Altamirano, referido por Ordeñana⁵, indica que la condición multiparidad y el hecho de ser primigesta también pueden conducir a la hemorragia posparto. Sin embargo, también hay estudios que demuestran que la multiparidad está asociado a la hemorragia posparto, como indica Flores D¹⁰ ($p=0,001$; $OR: 7,42$ con $IC\ 95\%=2.07-26.55$) parecido al presente estudio que se encontró ($p=0.002$, $OR: 0.251$; $IC\ 95\%0.103- 0.610$). Esto debido que en la multiparidad las fibras musculares se han estirado al punto que no son capaces de retraerse con rapidez y contraerse con la firmeza suficiente para ocluir los vasos abiertos rápidamente después del parto²⁹. Sin embargo, al parecer otras

variables pueden estar influyendo en la presencia del problema de la hemorragia posparto.

El factor **peso fetal** incrementado: macrosomía fetal, en el grupo sin riesgo, se presentó la hemorragia posparto en un 24%; lo cual indica que otros factores, no identificados estuvieron influyendo directamente en la hemorragia posparto del grupo de madres de Pichanaki. También se encontró que del grupo con riesgo el 9% hizo hemorragia y un 11% no la hizo. Lo cual podría comprenderse que en el factor macrosomía fetal se puede evitar la hemorragia. Sería importante estudiar en dichas madres los factores protectores, ello ayudaría a controlar la hemorragia posparto, puesto que la frecuencia de fetos macrosómicos no es baja, pues así lo demuestran los trabajos de Ordeñana⁵ quien identificó a la macrosomía fetal como un factor de riesgo de HPP en una muestra de 80 mujeres de Matagalpa y el trabajo de Lucana y Mayta¹³, quienes encontraron el 36.7% de madres con fetos macrosómicos en púerperas que presentaron hemorragia posparto en el hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores - Lima, en el año 2014. Aunque en el presente estudio la asociación con la hemorragia posparto no fue significativo ($p=0.384$); con un $OR=0.672$; $IC\ 95\%= 0.275-1.645$, no resulta ser riesgoso.

El **embarazo múltiple**, que consiste en el desarrollo simultáneo de varios fetos es un riesgo antes y durante del parto, la mortalidad perinatal es cuatro veces mayor que un embarazo único y también se asocia a hemorragia posparto²⁴. En la muestra de púerperas de parto vaginal del Hospital Pichanaki, se encontró en el grupo sin riesgo, que el 32% presentó hemorragia posparto,

posiblemente otros factores estuvieron influyendo en la presencia de dicha hemorragia. En el grupo con riesgo, se encuentra que el 1% si hizo hemorragia posparto. Si bien es cierto, la ocurrencia de embarazos múltiples es baja, es importante considerar cuando se presente, brindar los cuidados posibles a dichas madres puesto que los embarazos gemelares pueden producir hemorragia antes y después del parto, además preeclampsia y hasta la muerte²⁴. El resultado del presente estudio no encontró asociación significativa ($p=0.887$) parecido a lo reportado por Ordeñana C⁵ ($p=0,31$).

Otro factor importante en la hemorragia posparto es el **síndrome hipertensivo**. En nuestro estudio, se encontró en el grupo con riesgo, el 4% presentó hemorragia, sin embargo, el 29% que no tenían factor de riesgo, presentaron hemorragia posparto. Esta patología durante el embarazo y el parto son considerados como factor de riesgo que incrementa la morbimortalidad materna y perinatal. Las pacientes con síndrome hipertensivo con presencia de proteinuria son consideradas con preeclampsia, sobre todo, cuando la presión arterial es ≥ 160 mmHg y la diastólica ≥ 110 mmHg, existe presencia de proteinuria ≥ 2 g/24 y creatinina sérica $>1,2$ mg/dl. Las pacientes con preeclampsia son muy vulnerables a la hemorragia posparto. En el estudio, se encontró que no existe asociación significativa entre estas dos variables ($p=0.552$); sin embargo, sí es factor de riesgo (OR=1.432; IC 95%=0.439-4.670).

Al contrastar la hipótesis, encontramos un p-valor de $0,009 < 0,05$ es decir existe asociación significativa entre los factores de riesgo antes del parto

(edades extremas, gran multiparidad, macrosomía fetal, embarazo múltiple, síndrome hipertensivo) y la hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017. El índice de riesgo (OR) se halla en los siguientes factores: edad (OR 1,046), embarazo múltiple (OR 1,235) y síndrome hipertensivo (OR 1,432); no ocurriendo esto en los factores de riesgo multiparidad (OR=0.251) y macrosomía fetal (OR=0.672), lo que indica que los factores de riesgo que presentan asociación significativa con un OR > de 1, tiene mayor probabilidad de presentar hemorragia de las que no presentan el factor de riesgo, no ocurriendo esta situación en los últimos que no presentan asociación significativa, más por lo contrario parecerían como factor protector.

Respecto a los factores intraparto: Se puede observar, que las que presentaron el factor de riesgo (**TP prolongado**) no tuvieron hemorragia (5,3%) y tuvieron 5,3% y de las que no presentaron el factor de riesgo, no tuvieron hemorragia (64,7%), tuvieron hemorragia el (28,0%). De acuerdo a la significancia el factor de riesgo la asociación fue significativa ($p=0.01$). El trabajo de parto prolongado, que es también un factor intraparto, puede dar lugar a la ruptura de membrana y la aparición de hemorragia posparto inmediata por el agotamiento de la musculatura uterina⁵. Cuando se compara estos resultados con Ordeñana C⁵, su resultado fue parecido, porque también presentó asociación de este factor ($p=0.000$). Esta alteración del trabajo de parto caracterizado por la falta de progresión del feto ya sean por causas dinámicas o mecánicas, prolonga el trabajo de parto por más de 12 horas; puede producir complicaciones como hemorragias por desgarros de partes blandas y al feto conllevarle a un sufrimiento fetal^{27,28,29}.

Respecto a la **retención de la placenta** puede deberse a la deficiente contracción uterina, la misma que no facilita el desprendimiento de la placenta y puede deberse al abuso de consumo de drogas (madres que se automedican), también se produce por: malformaciones congénitas (macrosomía, obesidad, multiparidad), agotamiento de la musculatura uterina por el trabajo de parto prolongado^{16, 21}. Es importante señalar que las pacientes con factor de riesgo (con retención de placenta), no presentó hemorragia (2%) y presentaron (0.7%) y las que no presentaron retención placentaria el (65%) no presentó hemorragia y el (33,0%) si presentaron. Este factor es considerado cuando la placenta continúa adherida por más de 30 minutos en un alumbramiento espontáneo y más de 15 minutos en un alumbramiento activo²¹, por la insuficiente contracción uterina, no logra desprender ni expulsar la placenta. Cuando se compara la asociación de este factor, en nuestro estudio no resulta la asociación significativa ($p=0.098$) a diferencia de lo encontrado por Ordeñana C⁵.

Con referencia al factor **lesiones de partes blandas**, que puede ser producido, por maniobras iatrogénicas durante el periodo expulsivo, por parto precipitado que puede ocasionar desgarro a nivel de la vulva, periné, vagina, cérvix, incluso lesiones a nivel uterino. Las pacientes con presencia de factor de riesgo (lesiones de partes blandas), el (6%) presentó hemorragia y las que no presentaron el factor de riesgo el (27,3) presentó hemorragia posparto. No existe diferencia cuando se compara nuestro estudio que no tiene asociación significativa ($p=0.965$), con lo encontrado por Ordeñana C⁵, que tampoco encontró en su estudio la asociación significativa ($p=0.80$), a diferencia de lo

encontrado Rosadio A¹² Iglesias J⁷, que refieren que las lesiones del canal del parto están asociados a la hemorragia posparto.

Sin embargo, en la prueba de hipótesis, que evidencia que no existe asociación entre estos factores intraparto y la hemorragia posparto, resulta un p-valor $0,187 > 0,05$, lo cual indica que no se rechaza la hipótesis nula planteada. Sin embargo, cuando se analiza a cada uno de los factores, el factor de riesgo trabajo de parto prolongado resulta ser significativo, aunque el OR no resulta ser factor de riesgo. En el caso del factor retención de placenta no se evidencia la asociación significativa, lo que indica decir, que para que se produzca la hemorragia posparto originada por factores intraparto, no es necesario que se presenten los tres factores, bastaría con uno o dos de ellos para que se produzca la hemorragia posparto. Ello nos indica que los factores intrapartos pueden actuar independientemente y dar lugar a la hemorragia posparto. De acuerdo al índice de riesgo (OR) el factor de mayor riesgo, para la presencia de hemorragia posparto en las madres atendidas en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 al 2017 es la retención placentaria (OR 15,402). Es decir, la presencia de éste sólo factor, puede producir hemorragia posparto. Esta situación se agravaría si se presentara el acretismo placentario como lo indica Zuzunaga E¹¹, en su estudio encontró que dicho acretismo presentó hemorragia severa en 13%.

Respecto a los factores después del parto en relación a la hemorragia posparto se halló que la **atonía uterina** es más frecuente en los casos estudiados que presentan hemorragia posparto, este factor se produce

básicamente cuando el útero no tiene la capacidad de contraerse adecuadamente después del parto, esto se convierte en un riesgo para lesiones de partes blandas, ya que el útero se expone a infecciones o rupturas²⁵. Este factor podría generarse por la retención de los restos placentarios que quedan dentro del útero impidiendo así que éste tenga la facultad de retraerse y continuar con el proceso de recuperación adecuada del conducto uterino y vaginal^{15, 20, 21,24}. Como puede apreciarse estos factores se relacionan entre sí a la hora de producir una consecuencia como la hemorragia posparto, si no son atendidos adecuadamente; el personal de salud asistente tiene un papel fundamental para evitar estas complicaciones en la intervención. Las pacientes que presentaron atonía uterina el 20% presentó hemorragia y las que no tenían atonía el (13,3%) presentaron hemorragia posparto. Cuando se compara con otros estudios la asociación significativa encontrado entre la atonía y hemorragia posparto en el presente estudio ($p=0.000$), resulta ser muy parecido a lo reportado por Ordeñana C⁵ ($p=0.000$), igualmente a lo encontrado por Suarez Y et al⁶, Chica K⁸ y Candiotti E¹⁴ que el (45,7%), (43%) y (63.75%) respectivamente presentaron atonía uterina e Iglesias J⁷, que encontró que al final del parto el factor con mayor frecuencia de presentar hemorragia posparto es la atonía uterina.

Respecto al factor **restos placentarios**, que puede deberse a la insuficiencia de contracciones uterinas después del parto, quedándose retenidos cotiledones, membranas en forma parcial o total^{25,26}, pudiendo deberse este cuadro por antecedentes de las pacientes de presentar síndromes hipertensivos²⁶. Las pacientes que tuvieron retención de restos placentarios el

(4,0 %) presentaron hemorragia posparto. Las pacientes que no tuvieron factor de riesgos (sin retención), el (29,3%) presentaron sangrado vaginal. Cuando se compara con otros estudios los resultados de asociación resulta diferente, ya que en nuestro estudio ($p=0.267$) y el estudio de Ordeñana C⁵ ($p=0.00$) e Iglesias J y Urbina D⁷, que señalan que el factor importante al final del parto para la hemorragia posparto es la retención de restos placentarios, de igual manera Rosadio A¹², encontró, que la retención de restos placentarios es uno de los factores asociados a hemorragia posparto. Cuando se compara la hipótesis se halla un p-valor $0,008 < 0,05$ es decir, se encuentra una asociación significativa de los factores después del parto y la hemorragia posparto de las mujeres atendidas en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017. En la evaluación del índice de riesgo (OR), encontramos que la retención de restos placentarios (OR 1,783) es considerada como riesgo mayor sobre la atonía uterina, este resultado encuentra su explicación en lo descrito líneas arriba, donde se expone que la retención de los restos placentarios puede generar la atonía uterina y en consecuencia producir la hemorragia posparto. La atonía uterina que tiene una asociación significativa, un (OR=0.228), no considerado como factor de riesgo.

La hipótesis general plantea que existe asociación significativa de los factores de riesgo del antes del parto, intraparto y después del parto y la hemorragia posparto en puérperas del Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017. Y los resultados así lo confirman puesto que el p-valor es de 0,000 siendo este menor al nivel alfa (0,05). Ello indica que pueden producirse los tres factores para dar lugar a la hemorragia posparto. Sin embargo, también es

importante tomar en cuenta que existen factores que independientemente de la asociación con otros, pueden producir la hemorragia posparto.

Es importante tomar en cuenta lo señalado por Solari et al²², quienes refieren que dos tercios de las hemorragias posparto se producen en pacientes que no tienen factores de riesgo evidentes, lo cual indica que aún falta por investigar qué otros factores están implicados en la hemorragia posparto, sobre todo en aquellas madres que no evidencian factores de riesgo. La magnitud de la hemorragia posparto sin factores de riesgo claros, ha llevado a los investigadores a plantear las 4T. Es decir, el diagnóstico se llevará a cabo considerando la presencia del tono, el trauma, el tejido y la trombina. Es importante tomar en cuenta lo señalado por Hernández M y García J⁴, que existe múltiples factores de la hemorragia posparto, entre ellas mencionó a la edad materna, peso materno, ruptura prematura de membranas, trabajo de parto prolongado, entre otras. Pero enfatiza que las causas de mayor relevancia son: la retención de placenta, tejido placentario, traumatismos. De igual manera la Organización Mundial de la Salud¹, señala que la hemorragia posparto es una de las causas de muerte materna especialmente en países de ingresos bajos y una causa primaria de casi de un cuarto de todas las muertes a nivel mundial. Por ello todos los gobiernos a nivel mundial trazaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio para reducir la mortalidad materna (1990-2015), reduciendo la mortalidad materna en 44%, para seguir avanzando y cumplir las metas se trazaron metas con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2016 y 2030), de reducir la mortalidad materna a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos.

CONCLUSIONES

1. Se encontró asociación directa y significativa entre los factores de riesgo antes del parto y la hemorragia posparto cuyo p-valor es de $0,009 < 0,05$ lo cual indica que los factores de edad, gran multiparidad, macrosomía fetal, embarazo múltiple y síndrome hipertensivo, asociados, producen la hemorragia posparto. Por otro lado, la OR para los factores de edad (OR 1,046), embarazo múltiple (OR 1,235) y síndrome hipertensivo (OR 1,432) indica que por sí mismos, son factores de riesgo para producir la hemorragia posparto. Lo que indica como las OR es mayor que 1 en los factores indicados, la probabilidad de las que tienen el factor de riesgo tienen la probabilidad más de una vez de presentar hemorragia posparto de las que no presentan el factor de riesgo.
2. Los factores intraparto están asociados directa y significativamente tales como: el trabajo prolongado, retención placentaria y lesiones en partes blandas, no presentan asociación significativa para dar lugar a la hemorragia posparto, ya que el p-valor fue $0,187 > 0,05$, ello significa que no requieren estar asociados para dar lugar a la hemorragia posparto y que cada uno individualmente podría provocar dicha hemorragia, sobre todo el factor retención placentaria, que tiene un OR de 15,402, lo que significa que las que tienen el factor de riesgo tienen 15 veces más de presentar hemorragia posparto de las que no tienen el factor de riesgo.
3. Se encuentra asociación directa y significativa de los factores de riesgo después del parto y la hemorragia posparto, puesto que el p-valor fue $0,008 < 0,05$ este

resultado indica que la asociación de la atonía uterina y la retención de los restos placentarios pueden generar la hemorragia posparto. Sin embargo, éste último también podría producir, individualmente, la hemorragia posparto, puesto que la retención de placenta tuvo el índice de riesgo $OR= 1,783$.

4. Se halla asociación directa y significativa entre los factores de riesgo, preparto, intraparto y después del parto con la hemorragia posparto, debido a que el p-valor es de $0,000 < 0,05$ es decir, la asociación de los tres factores puede generar la hemorragia posparto. Pero debería tomarse en cuenta que algunos factores actúan independientemente para generar dicha hemorragia.

RECOMENDACIONES

1. Los resultados de la investigación serán entregados a las autoridades del establecimiento de salud donde se realizó la investigación, a fin de que implementen estrategias de intervención para la detección oportuna de los factores de riesgo.
2. Implementar el servicio con personal capacitado y especializado en el manejo de pacientes con factores de riesgo detectados, de igual manera implementar con equipamiento de equipos, materiales, medicamentos y una guía clínica de manejo del servicio de Ginecoobstetricia.
3. A la Jefa de Obstetras gestionar mayor número de Obstetras, a fin de que la atención prenatal en consultorio lo puedan realizar en forma integral y puedan realizar el seguimiento, vigilancia a las pacientes que detectaron los factores de riesgo.
4. Capacitación y/o pasantía permanente al personal (Médico, Obstetras e internas) en manejo de las pacientes que presentan los factores de riesgo, para el cumplimiento estricto de los protocolos de atención.
5. Realizar investigaciones relacionados al tema de investigación, ampliando con otras variables a fin de profundizar el estudio.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. Ginebra, 2018.
[Consultado 23-06-18] Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
2. Ministerio de Salud. Situación de muerte materna Se 01-2018.Lima-Perú
[Consultado 23-06-18] Disponible en:
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2018/SE022018/04.pdf>
3. Ministerio de Salud. Dirección de salud sexual y Reproductiva. Situación actual de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima Perú 2017.
4. Hernández M y García J. Factores de riesgo de hemorragia obstétrica. Revista Gynecolog Obstétrica México.2016 dic; 84(12):757-764
5. Ordeñana C. Factores de riesgos asociados a Hemorragia Posparto inmediato, en pacientes del servicio de labor y parto, Hospital Escuela César Amador Molina, Matagalpa Nicaragua, segundo semestre 2015 [tesis] [tesis de Maestría]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Managua. Escuela Pública. Centro de Investigaciones y estudios de la salud. 2016.
6. Suarez Y, Gutiérrez M y Pérez Impacto de la hemorragia obstétrica Mayor en la morbilidad materna extremadamente grave. Revista Cubana Obstetricia y Ginecología.2016; 42 (4).
7. Iglesias J y Urbina D. Factores de riesgo asociados a hemorragia posparto, en las mujeres que fueron atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia, del

- HECAM, Matagalpa en el periodo 2010-2013 [tesis] [tesis licenciatura].
Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Facultad de
Ciencias Médicas; 2016
8. Chica K. Frecuencia De La Hemorragia Posparto Y Pos Cesárea En Pacientes
Del Hospital "Dr. Rafael Rodríguez Zambrano" De La Ciudad de Manta durante
el periodo de septiembre 2012 a febrero 2013[tesis] [tesis licenciatura].
Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de
Obstetricia; 2013
 9. Arcia R,Lorie L y Ferrer O. caracterización de hemorragia post parto en la
maternidad del Hospital General Docente Dr. Agostinho Neto, Guantánamo.
Rev.Inf Cient.2017; 96(4):605-614
 10. Flores D. Factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato,
Hospital PNP Luis N Sáenz, julio 2016-julio 2017. [Tesis] [Tesis licenciatura].
Lima. Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana, Manuel
Huamán Guerrero; 2018
 11. Zuzunaga E. Acretismo placentario como factor de riesgo asociado a
hemorragia severa posparto en el Hospital Regional de Cajamarca [tesis] [tesis
licenciatura]. Cajamarca. Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de
Medicina Humana. Escuela Profesional de Medicina Humana; 2016.
 12. Rosadio A. Factores de riesgo asociados a la hemorragia posparto en pacientes
atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales Comas en el período 2012-2014
[tesis] [tesis licenciatura]. Lima. Universidad de San Martín de Porres. Facultad
de Obstetricia y Enfermería. 2016.

13. Lucana H y Mayta D. Incidencia, características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron hemorragia posparto inmediata en el Hospital María Auxiliadora- San Juan de Miraflores, 2014. [Tesis] [Tesis licenciatura] Lima. Universidad Privada Arzobispo Loayza. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Obstetricia; 2016.
14. Candiotti E. Incidencia de la hemorragia posparto vaginal en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el año 2015 [Trabajo para segunda especialidad] Universidad San Martín de Porras. Facultad de Obstetricia y Enfermería- Sección de Posgrado; 2015.
15. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto. Ginebra-Suiza 2014.
16. Ministerio de Salud. Guía técnica: Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Lima. 2007.
17. World Health Organization. World Health Organization multicountry survey on maternal and newborn health. Geneva: WHO; 2012.
18. Cunningham, Leveno, Bloom, Soong Dashe, Hoffman, Casey, Sheffield. Williams Obstetricia. Editorial Mcgraw Hill Education. 24 edición, México; 2015.
19. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto. Ginebra-Suiza 2014.
20. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo [Internet]. [consultado 01-08-2018] disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/.
21. Schwarcz R, Fescina R y Duverges C. accidentes del parto. 6ta ed. Obstetricia. La Plata Argentina: Edit. El Ateneo.; 2008. pag.622-625.

22. Solari A, Solari C, Wash A, Guerrero M y Enríquez O. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev. clin. condes-2014,25(6) 953-1003.
23. Fescina R, De M Díaz J, Martínez G y Serruya S. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Organización Panamericana de la Salud. Centro latinoamericano de Perinatología. Salud de la Mujer y reproductiva- CLAM/SRM Publicación científica N° 1573-2010.
24. Cifuentes R. Ginecología y obstetricia Basada en Evidencia. Distribuidora Ltda. Bogotá-Colombia, 2002.
25. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Mc Graw-Hill. Interamericana editores S.A. 2003.
26. Instituto Nacional materno Perinatal. Obstetricia y Perinatología. Lima – Perú 2010
27. Pacheco J y Maradiegue E, 2da.edición. Ginecología, Obstetricia y Reproducción. Lima-Perú: Edit. REP SAC; 2007:pag.1303.
28. Figueroa D, Ponce C y Marín V.Obstetricia.3era ed. Lima-Perú: Editora Nueva Facultad; 2006.
29. Pacora P, 2da.edición. Ginecología, Obstetricia y Reproducción. Lima-Perú: Edit. REP SAC; 2007: pag. 1399.
30. Organización Mundial de la Salud. Salud de la mujer. Ginebra-Suiza: Centro de prensa; 2013.
31. Hurtado F, Sánchez D, Valverde M, A.HTA durante el embarazo: clasificación, definiciones y diagnóstico.[Internet] .publicado el año 2015 [accesado 05-08-2018] Disponible en

http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/curso_de_actualizacion_en_obstetricia_y_ginecologia/curso_2015/obstetricia/1_hta_durante_embarazo.pdf.

32. Canales F, Alvarado E, Pineda E. Metodología de la investigación. México: Limusa; 2008.
33. Valderrama S. Pasos para elaborar proyectos de investigación científica. 2da.edición. Lima-Perú. Editorial San Marcos E.I.R.L, editor; 2013.
34. Supo A. Seminario de investigación científica. 2da edición. Arequipa-Perú. Bioestadístico E.I.R.L; 2014.
35. Hernández R, Fernández C, baptista Metodología de la investigación. 6ta edición. México. Mc Graw Hill Education; 2014.
36. García J, Jiménez F, Arnaud M, Ramírez y Lino L. Introducción a la Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud. México. Mc Graw Hill Education; 2011.

ANEXOS

ANEXO N° 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Factores de riesgo asociado a hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal.

N° de Historia Clínica: Fecha...../...../.....

Hemorragia Posparto en puérperas (SI)(NO)

I. Factores Antes del parto:

Datos	Si	No
Edad materna menor de 19 años y mayor de 35 años		
Paridad		
Macrosomía fetal		
Embarazo múltiple		
Síndrome hipertensivo gestacional		

II. Factores Intraparto:

Datos	Si	No
Trabajo de parto prolongado		
Retención de placenta		
Lesiones de partes blandas (Desgarros y laceraciones cervical, vaginal, vulvoperineal)		

III. Factores Posparto:

Datos	Si	No
Atonía uterina		
Retención de restos placentarios		

ANEXO N° 2

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FACTORES ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA POSPARTO EN EL HOSPITAL PICHANAKI 2015-2017.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES de V1	DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA
General: ¿Cómo los factores de riesgo están asociados a la Hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017?	General: Determinar los factores de riesgo asociados a la Hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017.	General: Los factores de riesgo están asociados en forma directa con la hemorragia posparto en puérperas del Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017.	Variable 1. Factores de riesgo	Factores antes del parto	✓ Edad extrema ✓ Gran multiparidad ✓ Macrosomía fetal ✓ Embarazo múltiple ✓ Síndrome hipertensivo	Método: Método científico	Población Historias clínicas: 50 con hemorragia posparto 100 sin hemorragia posparto
				Factores intraparto	✓ Trabajo de parto prolongado ✓ Retención de placenta ✓ Lesiones de partes blandas		
				Factores después del parto	✓ Retención de restos placentarios ✓ Atonía uterina		

P. ESPECÍFICO	O. ESPECÍFICO	ESPECÍFICA	VARIABLE 2		INDICADORES de V.2	Tipo	Técnicas- instrumentos
¿Cómo los factores de riesgo antes del parto están asociados a la Hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017?	Determinar los factores de riesgo antes del parto asociados a la Hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017.	Los factores de riesgo antes del parto están asociados en forma directa con la hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017	Hemorragia posparto	Inmediatas	Con riesgo	Observacional analítico, retrospectivo <u>NIVEL</u>	Técnicas: Revisión de Historia Clínica Instrumento: Ficha de cotejo
¿Cómo los factores intraparto están asociados a la Hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017?	Determinar los factores de riesgo intraparto asociados a la Hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017.	Los factores de riesgo intraparto están asociados en forma directa con la hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017.			Sin riesgo	relacional <u>DISEÑO</u> Caso -control	
¿Cómo los factores después del parto están asociados a la Hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017?	¿Determinar los factores de riesgo después del parto asociados a la Hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017?	Los factores de riesgo después del parto están asociados en forma directa con la hemorragia posparto en el Hospital Pichanaki durante los años 2015 a 2017?					

ANEXO N° 3
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	OPERACIONALIZACIÓN CONCEPTUAL	OPERACIONALIZACIÓN PROCEDIMENTAL			
		DIMENSIONES	INDICADORES	ÍNDICES	ESCALA DE MEDICIÓN
FACTORES DE RIESGO	Es cualquier característica o rasgo, expuesta a un individuo aumenta la probabilidad de producir daño, lesión o enfermedad ¹⁹	FACTORES ANTES DEL PARTO	<ul style="list-style-type: none"> - Edad materna < de 19 años y > de 35 años - Gran multiparidad - Macrosomía fetal - Embarazo múltiple - Síndrome hipertensivo gestacional 	SI-NO	NOMINAL
		FACTORES INTRAPARTO	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo de parto prolongado. - Retención de placenta - Lesiones de partes blandas(Desgarros cervical, vaginal, vulvoperineal) 	SI-NO	NOMINAL
		FACTORES DESPUÉS DEL PARTO	<ul style="list-style-type: none"> - Retención de restos placentarios - Atonía uterina 	Si-NO	NOMINAL
HEMORRAGIA POSPARTO	La hemorragia posparto es considerado como la pérdida sanguínea de mayor de 500cc, después de la expulsión de la placenta, durante las primeras 24, también es considerado cuando el hematocrito disminuye en 10% ^{20,21,22}	INMEDIATAS MEDIATAS	Frecuencia	SI-NO	NOMINAL

ANEXO N° 4

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Medidas de consistencia interna (Fórmula 20 de Kuder – Richardson)

N° DE ELEMENTOS	KUDER- RICHADSON	VALOR
11	0.625	Válida

ANEXO N° 5

INFORME DE JUICIO DE EXPERTOS

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Título de la Investigación: *Factores de Riesgo Asociados a la Hemorragia Postparto en Puérperas de Parto Vaginal Atendidas en el Hospital de Achanki*
- 1.2. Institución: *URCA*
- 1.3. Apellidos y Nombres del Informante: *Dra. Giovana Oliveira Surita*
- 1.4. Nombre de los instrumentos motivo de evaluación: *Ficha de Colejo*

CRITERIO DE EVALUACION	ESCALA DE VALORACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA		
1.- El instrumento tiene estructura lógica.	SI LOGRA (2) puntos. ✓	LOGRA MEDIANAMENTE (1) puntos	NO LOGRA (0) puntos.
2.- La secuencia de la presentación de los temas es óptima.	SI LOGRA (2) puntos. ✓	LOGRA MEDIANAMENTE (1) puntos	NO LOGRA (0) puntos.
3.- Las formas de presentación de los ítems son comprensibles.	SI LOGRA (2) puntos.	LOGRA MEDIANAMENTE (1) puntos ✓	NO LOGRA (0) puntos.
4.- El instrumento recoge información sobre el problema de investigación.	SI LOGRA (2) puntos. ✓	LOGRA MEDIANAMENTE (1) puntos	NO LOGRA (0) puntos.
5.- Los ítems del instrumento de orientación hacia los objetivos de la investigación.	SI LOGRA (2) puntos. ✓	LOGRA MEDIANAMENTE (1) puntos	NO LOGRA (0) puntos.
6.- El instrumento identifica las variables del estudio.	SI LOGRA (2) puntos. ✓	LOGRA MEDIANAMENTE (1) puntos	NO LOGRA (0) puntos.
7.- La organización de los ítems, está en función a la operacionalización de las variables dimensiones, subvariables, indicadores.	SI LOGRA (2) puntos ✓	LOGRA MEDIANAMENTE (1) puntos	NO LOGRA (0) puntos.
Puntaje parcial			

De 0 a 7 puntos: el instrumento debe ser reformulado sustancialmente.

De 8 a 11 puntos: el instrumento no logra validez será conveniente, se haga un análisis detallado de aquellos criterios de evaluación ponderados como logra medianamente, o no logra.

De 12 a 14 puntos: el instrumento alcanza la validez por lo que puede ser considerado como aprobado.

Nombre y firma del experto.

[Firma]
Dra. Giovana Oliveira Surita
Cp. 243362

Puntaje total 13

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Título de la investigación: *Factores de Riesgo asociados a la Hemorragia Posparto en Parturientas de Parto vaginal atendidas en el Hospital de Pichinachi*
- 1.2. Institución: *V.P.P.A*
- 1.3. Apellidos y Nombres del Informante: *Dr. Carlos Geng Montalván*
- 1.4. Nombre de los instrumentos motivo de evaluación: *Ficha de Colejo*

CRITERIO DE EVALUACIÓN	ESCALA DE VALORACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA		
1.- El instrumento tiene estructura lógica.	SI LOGRA ✓ (2) puntos.	LOGRA MEDIANAMENTE (1) puntos	NO LOGRA (0) puntos.
2.- La secuencia de la presentación de los temas es óptima.	SI LOGRA ✓ (2) puntos.	LOGRA MEDIANAMENTE ✓ (1) puntos	NO LOGRA (0) puntos.
3.- Las formas de presentación de los ítems son comprensibles.	SI LOGRA ✓ (2) puntos.	LOGRA MEDIANAMENTE (1) puntos	NO LOGRA (0) puntos.
4.- El instrumento recoge información sobre el problema de investigación.	SI LOGRA ✓ (2) puntos.	LOGRA MEDIANAMENTE (1) puntos	NO LOGRA (0) puntos.
5.- Los ítems del instrumento de orientación hacia los objetivos de la investigación.	SI LOGRA ✓ (2) puntos.	LOGRA MEDIANAMENTE (1) puntos	NO LOGRA (0) puntos.
6.- El instrumento identifica las variables del estudio.	SI LOGRA ✓ (2) puntos.	LOGRA MEDIANAMENTE (1) puntos	NO LOGRA (0) puntos.
7.- La organización de los ítems, está en función a la operacionalización de las variables dimensiones, subvariables, indicadores.	SI LOGRA ✓ (2) puntos	LOGRA MEDIANAMENTE (1) puntos	NO LOGRA (0) puntosts.
Puntaje parcial			

De 0 a 7 puntos: el instrumento debe ser reformulado sustancialmente.

De 8 a 11 puntos: el instrumento no logra validez será conveniente, se haga un análisis detallado de aquellos criterios de evaluación ponderados como logra medianamente, o no logra.

De 12 a 14 puntos: el instrumento alcanza la validez por lo que puede ser considerado como aprobado.

Nombre y firma del experto. _____

Dr. Carlos Geng Montalván
Cep. 241223

Puntaje total
13

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Título de la Investigación: *Factores de Riesgo Asociados a la Hemorragia Posparto en parturientas de Parto Vaginal Atendidas en el Hospital de Pichinachi*
- 1.2. Institución: *UPLA*
- 1.3. Apellidos y Nombres del Informante: *MS. Condor Privat, Mildred*
- 1.4. Nombre de los instrumentos motivo de evaluación: *Ficha de Cotejo*

CRITERIO DE EVALUACION	ESCALA DE VALORACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA		
	SI LOGRA (2) puntos. ✓	LOGRA MEDIANAMENTE (1) puntos	NO LOGRA (0) puntos.
1.- El instrumento tiene estructura lógica.	SI LOGRA (2) puntos. ✓	LOGRA MEDIANAMENTE (1) puntos	NO LOGRA (0) puntos.
2.- La secuencia de la presentación de los temas es óptima.	SI LOGRA (2) puntos. ✓	LOGRA MEDIANAMENTE (1) puntos	NO LOGRA (0) puntos.
3.- Las formas de presentación de los ítems son comprensibles.	SI LOGRA (2) puntos. ✓	LOGRA MEDIANAMENTE (1) puntos	NO LOGRA (0) puntos.
4.- El instrumento recoge información sobre el problema de investigación.	SI LOGRA (2) puntos. ✓	LOGRA MEDIANAMENTE (1) puntos	NO LOGRA (0) puntos.
5.- Los ítems del instrumento de orientación hacia los objetivos de la investigación.	SI LOGRA (2) puntos. ✓	LOGRA MEDIANAMENTE (1) puntos	NO LOGRA (0) puntos.
6.- El instrumento identifica las variables del estudio.	SI LOGRA (2) puntos. ✓	LOGRA MEDIANAMENTE (1) puntos	NO LOGRA (0) puntos.
7.- La organización de los ítems, está en función a la operacionalización de las variables dimensiones, subvariables, indicadores.	SI LOGRA (2) puntos. ✓	LOGRA MEDIANAMENTE (1) puntos	NO LOGRA (0) puntos.
Puntaje parcial			

De 0 a 7 puntos: el instrumento debe ser reformulado sustancialmente.

De 8 a 11 puntos: el instrumento no logra validez será conveniente, se haga un análisis detallado de aquellos criterios de evaluación ponderados como logra medianamente, o no logra.

De 12 a 14 puntos: el instrumento alcanza la validez por lo que puede ser considerado como aprobado.

Nombre y firma del experto. *MILDRED CONDOR PRIVAT* 

Puntaje total **14**

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Título de la Investigación: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA HERMANERÍA PEDIÁTRICA EN PRESENTACIÓN DE PUNTO UNIFORME ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PICHANAY
 1.2. Institución: UPLA
 1.3. Apellidos y Nombres del Informante: DRST. WIDE LINDO LEÓN LOGO
 1.4. Nombre de los instrumentos motivo de evaluación: FICHA DE COTEO

CRITERIO DE EVALUACIÓN	ESCALA DE VALORACIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA		
1.- El instrumento tiene estructura lógica.	✓ SI LOGRA (2) puntos.	LOGRA MEDIANAMENTE (1) puntos	NO LOGRA (0) puntos.
2.- La secuencia de la presentación de los temas es óptima.	✓ SI LOGRA (2) puntos.	LOGRA MEDIANAMENTE (1) puntos	NO LOGRA (0) puntos.
3.- Las formas de presentación de los ítems son comprensibles.	✓ SI LOGRA (2) puntos.	LOGRA MEDIANAMENTE (1) puntos	NO LOGRA (0) puntos.
4.- El instrumento recoge información sobre el problema de investigación.	✓ SI LOGRA (2) puntos.	LOGRA MEDIANAMENTE (1) puntos	NO LOGRA (0) puntos.
5.- Los ítems del instrumento de orientación hacia los objetivos de la investigación.	✓ SI LOGRA (2) puntos.	LOGRA MEDIANAMENTE (1) puntos	NO LOGRA (0) puntos.
6.- El instrumento identifica las variables del estudio.	✓ SI LOGRA (2) puntos.	LOGRA MEDIANAMENTE (1) puntos	NO LOGRA (0) puntos.
7.- La organización de los ítems, está en función a la operacionalización de las variables dimensiones, subvariables, indicadores.	✓ SI LOGRA (2) puntos	LOGRA MEDIANAMENTE (1) puntos	NO LOGRA (0) puntos.
Puntaje parcial	14		


De 0 a 7 puntos: el instrumento debe ser reformulado sustancialmente.

De 8 a 11 puntos: el instrumento no logra validez será conveniente, se haga un análisis detallado de aquellos criterios de evaluación ponderados como logra medianamente, o no logra.

De 12 a 14 puntos: el instrumento alcanza la validez por lo que puede ser considerado como aprobado.

Nombre y firma del experto. Mg. Obst. Wide Lindo León Logo

Puntaje total 14.


 Mg. Obst. Wide Lindo León Logo
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN Y
 GERENCIA EN SALUD
 ESPECIALISTA EN MONITORIO FISCAL
 QUANTIFIED FOR SKILLS EN ODET