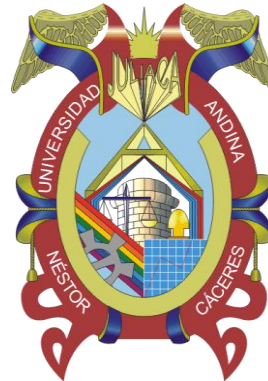




UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE RIESGO ANTEPARTO E INTRAPARTO RELACIONADOS
CON HEMORRAGIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III
ESSALUD DE JULIACA 2023**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. JAMILETH KATERYN PAREDES MAMANI

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO

JULIACA – PERÚ

2024



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA


**FACTORES DE RIESGO ANTEPARTO E INTRAPARTO RELACIONADOS
CON HEMORRAGIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III
ESSALUD DE JULIACA 2023**

TESIS PRESENTADA POR:


Bach. JAMILETH KATERYN PAREDES MAMANI


**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO**

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE : 
Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA

PRIMER MIEMBRO : 
M.Sc. MARÍA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ

SEGUNDO MIEMBRO : 
Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

ASESOR DE TESIS : 
Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN : MEDICINA HUMANA – P09



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N°1683 -2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 12 de diciembre del 2024

Vistos: El Expediente N° 2024-CU 18326 el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **FACTORES DE RIESGO ANTEPARTO E INTRAPARTO RELACIONADOS CON HEMORRAGIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD DE JULIACA 2023**

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad

SE RESUELVE

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** el (la) (bachiller) **PAREDES MAMANI JAMILETH KATERYN** que habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes:

- * **Presidente** : Dra. **MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATA CORA**
- * **1er. Miembro** : **M.Sc. MARÍA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ**
- 2do. Miembro** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**
- * **Asesor (a)** : **Mgr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI**

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA : **MARTES 17 DE DICIEMBRE DEL 2024**
HORA : **14:00 HORAS**
LOCAL : **Auditorio**

TERCERO: Realizada la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el Bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Enfermería, la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
[Firma]
Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
COP2034
DECANA

DISTRIBUCIÓN:
- Jurados (3)
- Interesado (1)
- Asesor de Tesis (1)
- Archivo FCS 2024(1)



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N°1495-2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 21 de noviembre del 2024

VISTOS:

El Informe N° 133-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de fecha 19 de noviembre del egresado (a) **PAREDES MAMANI JAMILETH KATERYN** quien solicita la aprobación del Informe Final Titulado: **FACTORES DE RIESGO ANTEPARTO E INTRAPARTO RELACIONADOS CON HEMORRAGIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD DE JULIACA 2023** conducente para optar el título Profesional de: **MÉDICO CIRUJANO**

CONSIDERANDO

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- * **Presidente** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACTORA**
- * **1er. Miembro** : **M.Sc. MARÍA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ**
- 2do. Miembro** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**

- * **Asesor (a)** : **Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI**

Estando la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento interno de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el **INFORME FINAL** de **INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **PAREDES MAMANI JAMILETH KATERYN** para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** Con la Tesis Titulado: **FACTORES DE RIESGO ANTEPARTO E INTRAPARTO RELACIONADOS CON HEMORRAGIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD DE JULIACA 2023**

ARTICULO SEGUNDO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la facultad de ciencias de la salud, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Distribución: Decanato, MEDICINA HUMANA secretaria Académica, Archivo.

**UNIVERSIDAD ANDINA**
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**RESOLUCIÓN DECANAL N° 1086-2024-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 27 de agosto del 2024

VISTOS:

El Informe N° 074-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de la Propuesta de Investigación de fecha 23 de agosto de la E.P. de Medicina Humana, folio 0000036;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **PAREDES MAMANI JAMILETH KATERYN** presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **FACTORES DE RIESGO ANTEPARTO E INTRAPARTO RELACIONADOS CON HEMORRAGIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD DE JULIACA 2023** correspondiente a la línea de investigación: **MEDICINA HUMANA**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- * **Presidente** : **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**
- * **1er. Miembro** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**
- * **2do. Miembro** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 327 2024-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-NAR. D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

APROBAR, la PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN, presentado por el (la) egresado (a) **PAREDES MAMANI JAMILETH KATERYN** para optar el título profesional de: **MÉDICO CIRUJANO** titulado: **FACTORES DE RIESGO ANTEPARTO E INTRAPARTO RELACIONADOS CON HEMORRAGIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD DE JULIACA 2023**

La propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud **Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI**

ARTICULO TERCERO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela profesional de Medicina Humana, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

Distribución: Decanato, EP: OBSTETRICIA Archivo.

Universidad Andina 'Néstor Cáceres vel.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



FACTORES DE RIESGO ANTEPARTO E INTRAPARTO RELACIONADOS CON HEMORRAGIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD DE JULIACA 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

25%

INDICE DE SIMILITUD

23%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

16%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

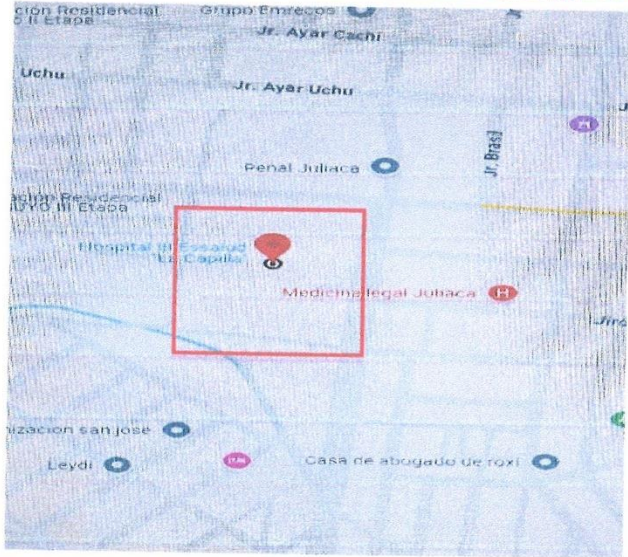
1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	6%
2	dspace.utb.edu.ec Fuente de Internet	3%
3	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	1%
4	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unsaac.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	1library.co Fuente de Internet	<1%

repositorio.uancv.edu.pe



Título de la tesis	
<p align="center">FACTORES DE RIESGO ANTEPARTO E INTRAPARTO RELACIONADOS CON HEMORRAGIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD DE JULIACA 2023</p>	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	JAMILETH KATERYN PAREDES MAMANI
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	71897093
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0005-1030-4889
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	02379055
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-7050-4608
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02405808
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	MARÍA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02064784
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	INGRID LIZ QUISPE TICONA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02449475



Datos de investigación	
Línea de investigación	MEDICINA HUMANA – P09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Ubicación País: Perú Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca Hospital III ESSALUD de Juliaca coordenadas Latitud: 15°29'35." Longitud: 70°09'49.4"</p> <p>URL maps</p> <p>https://maps.app.goo.gl/K33UVyjktdApizw9</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Enero 2023 – diciembre 2023
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	<p>Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00</p> <p>Medicina clínica https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00</p> <p>Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</p>



UNIVERSIDAD ANDRINA NESTOR CACERES VELASQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[Handwritten signature]



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo Jamileth Kateryn Paredes Mamani, identificado con DNI Nro. 71897093 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
- Programa de Segunda Especialidad,
- Programa de Maestría o Doctorado

Medicina Humana

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada:

Factores de riesgo anteparto e intraparto relacionados con hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III Es Salud de Juliaca 2023

Asesorado por: Mgtr. Santiago Cristobal Quispe Pari

Es un tema original.

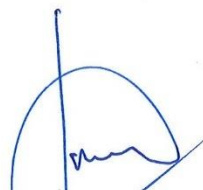
Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 23 de diciembre del 2024


Firma del Asesor
(obligatoria)


Firma del Estudiante
(obligatoria)


Huella



DEDICATORIA

Primero a Dios por otorgarme fortaleza para poder llegar hasta este punto y brindarme las fuerzas para no desmayar en el camino, enseñándome a encarar las adversidades y poder así seguir adelante durante el largo de mi carrera.

A mis padres su comprensión, paciencia, enseñanza y sacrificio para motivarme a seguir siempre adelante en cada día de mi vida.



AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi asesor Dr. Santiago Quispe, a mis juradas Dra. Maria Amparo del Pilar Chambi, Dra. Ingrid Liz Quispe y M.Sc. María Antonieta Loayza López por brindarme apoyo en mi investigación para obtener el título de médico cirujano.

A la dirección del Hospital III EsSalud Juliaca, y especial agradecimiento al jefe de departamento de ginecología y obstetricia Dr. Juan Pablo Condori por brindarme acceso a la información que me ha permitido concluir esta investigación.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA iii

AGRADECIMIENTO iv

ÍNDICE GENERAL v

ÍNDICE DE TABLAS viii

ÍNDICE DE FIGURAS x

RESUMEN xi

ABSTRACT xii

INTRODUCCIÓN xiii

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 1

- Problema General 4

- Problemas Específicos 5

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO 5

- Justificación teórica 5

- Justificación práctica 6

- Justificación metodológica 6

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 7

- Objetivo general 7

- Objetivos específicos 7

1.4. HIPÓTESIS 7

- Hipótesis general 7

- Hipótesis específicas 8

1.5. VARIABLES 8

1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 9



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN..... 11

 - A nivel internacional..... 11

 - A nivel nacional..... 15

 - A nivel regional 18

2.2 MARCO TEÓRICO 19

2.3 MARCO CONCEPTUAL 28

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN..... 29

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN 29

3.3 MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN 29

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA..... 30

 - Población 30

 - Muestra 30

3.5 TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN ... 31

 - Técnicas..... 31

 - Instrumentos 31

3.6 VALIDACIÓN DE LA CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS..... 32

3.7 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO..... 32

3.8 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS 33

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS Y DISCUSIÓN 34



CONCLUSIONES.....	67
RECOMENDACIONES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
ANEXOS	77
ANEXO 01: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS	78
ANEXO 02: MATRIZ DE CONSISTENCIA	81
ANEXO 03: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	83
ANEXO 04: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	84
ANEXO 05: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN .	87



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Relación entre edad y la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III Essalud De Juliaca, 2023.....	36
Tabla 2.	Relación entre cesárea previa y hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III Essalud De Juliaca, 2023.....	39
Tabla 3.	Relación entre el antecedente de hemorragia postparto y la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III Essalud De Juliaca, 2023.....	42
Tabla 4.	Relación entre la concepción mediante fertilización in vitro y la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III Essalud De Juliaca, 2023.....	45
Tabla 5.	Relación entre anemia preparto y la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III Essalud De Juliaca, 2023.....	48
Tabla 6.	Relación entre placenta previa y la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III Essalud De Juliaca, 2023.....	51



Tabla 7.	Relación entre el desprendimiento de placenta y la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III Essalud De Juliaca, 2023...	54
Tabla 8.	Relación entre el parto prolongado y la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III Essalud De Juliaca, 2023.....	57
Tabla 9.	Relación entre atonía uterina y la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III Essalud De Juliaca, 2023.....	60
Tabla 10.	Relación entre la macrosomía fetal y la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III Essalud De Juliaca, 2023.....	63
Tabla 11.	Relación entre las lesiones del canal genital y la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III Essalud De Juliaca, 2023...	66



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Edad y la hemorragia en el puerperio inmediato.....	37
Figura 2.	Cesárea previa y hemorragia en el puerperio inmediato.	40
Figura 3.	Las lesiones del canal genital y hemorragia en el puerperio inmediato.....	43
Figura 4.	Concepción mediante fertilización in vitro y hemorragia en el puerperio inmediato.....	46
Figura 5.	Anemia preparto y hemorragia en el puerperio inmediato.....	49
Figura 6.	Placenta previa y hemorragia en el puerperio inmediato	52
Figura 7.	Desprendimiento de placenta y hemorragia en el puerperio inmediato.....	55
Figura 8.	Parto prolongado y hemorragia en el puerperio inmediato.....	58
Figura 9.	Atonía uterina y hemorragia en el puerperio inmediato	61
Figura 10.	Macrosomía fetal y la hemorragia en el puerperio inmediato.....	64
Figura 11.	Lesiones del canal genital y la hemorragia en el puerperio inmediato.....	67



RESUMEN

Introducción: La hemorragia durante el puerperio inmediato es considerada una de las principales responsables de la mortalidad materna, por ello la identificación de los factores desencadenes es relevante. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo anteparto e intraparto asociados con la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud de Juliaca en 2023. **Materiales y métodos:** Estudio no experimental, con enfoque cuantitativo, de tipo básico, nivel correlacional, diseño de corte transversal y retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 52 gestantes. La técnica fue el análisis documental y el instrumento la ficha de recolección. **Resultados:** la cesárea previa ($p=0.026$), la concepción mediante fertilización in vitro ($p=0.05$), el desprendimiento de placenta ($p=0.047$), el parto prolongado ($p=0.018$), la atonía uterina ($p=0.02$) y las lesiones del canal genital ($p=0.000$), estos factores llegaron a tener una relación estadísticamente significativa con la hemorragia en el puerperio inmediato en las gestantes atendidas. **Conclusión:** Se determinaron como factores de riesgo anteparto e intraparto asociados con la hemorragia en el puerperio inmediato: la cesárea previa, el parto prolongado y la atonía uterina.

Palabras clave: Factores de riesgo; Hemorragia; Periodo Postparto (DeCS)



ABSTRACT

Introduction: Hemorrhage during the immediate postpartum period is considered one of the main causes of maternal mortality, therefore the identification of the triggering factors is relevant.

Objective: To determine the antepartum and intrapartum risk factors associated with hemorrhage in the immediate postpartum period in pregnant women treated at the EsSalud Hospital III in Juliaca in 2023. **Materials and methods:** Non-experimental study, with a quantitative approach, basic type, correlational level, cross-sectional and retrospective design. The sample was made up of 52 pregnant women. The technique was documentary analysis and the instrument was the collection sheet. **Results:** previous cesarean section ($p=0.026$), conception through in vitro fertilization ($p=0.05$), placental abruption ($p=0.047$), prolonged labor ($p=0.018$), uterine atony ($p=0.02$) and genital canal injuries ($p=0.000$), these factors had a statistically significant relationship with hemorrhage in the immediate postpartum period in pregnant women. attended. **Conclusion:** The antepartum and intrapartum risk factors associated with hemorrhage in the immediate postpartum period were determined: previous cesarean section, prolonged labor and uterine atony.

Keywords: Risk factors; Hemorrhage; Postpartum period (MeSH).



INTRODUCCIÓN

La hemorragia en el transcurso del puerperio inmediato es considerada una de las principales causas de mortalidad materna en las primeras horas que preceden al parto. Esta se describe como la pérdida de sangre mayor o igual a 500 ml después de un parto eutócico, más de 1000 ml en partos por cesárea o la pérdida sanguínea a lo largo de las primeras 24 horas después del parto que se encuentra acompañada por cambios hemodinámicos.

La mortalidad materna vinculada con este evento es más asiduo en países en desarrollo o en aquellos que enfrentan crisis económicas, donde la accesibilidad a servicios de salud adecuados y a atención médica oportuna puede verse gravemente limitado. En estos contextos, las condiciones socioeconómicas y la infraestructura sanitaria deficientes contribuyen significativamente a un aumento en la HPP.

La comunidad científica ha mostrado su preocupación en torno a esta problemática, por lo que se han centrado en buscar que factores estarían relacionados a su desenlace. Y así poder proporcionarles a las pacientes un diagnóstico temprano y manejo oportuno, basado en el desarrollo de estrategias y protocolos pertinentes. Este trabajo de investigación consta de la subsecuente estructura: Capítulo I: Aspectos generales: planteamiento del problema (Descripción del problema y formulación del problema), justificación, objetivos de la investigación, hipótesis y variables. Capítulo II: Marco teórico: antecedentes y marco conceptual. Capítulo III: Procedimiento metodológico. Capítulo IV: Resultados y discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A NIVEL INTERNACIONAL

La hemorragia postparto se describe como una pérdida de sangre superior o igual a 500ml después de un parto eutócico o mayor o igual 1000ml después de una cesárea o cualquiera sea la cantidad de pérdida de sangre en las iniciales 24 horas posterior de dar a luz que genere cambios hemodinámicos (1)

La mayoría de las muertes maternas debido a HPP ocurren dentro de las primeras 24 horas después del parto, es por ello que se asume que estas muertes son prevenibles mediante la prevención y el tratamiento apropiado, dado que la transición de la hemorragia compensatoria a la descompensatoria puede ocurrir rápidamente y pasar inadvertida, por lo cual el reconocimiento temprano y la intervención son determinantes para reducir las complicaciones de HPP y mejorar los resultados clínicos (2).



Actualmente, se estima que la prevalencia de HPP es del 5%, no obstante, a lo largo de los años su incidencia ha ido en incremento a causa de la excesiva intervención médica en el proceso de parto, el aumento de las cesáreas sin justificación médica, la dificultad para identificar factores de riesgo correctamente y el aumento de casos de atonía uterina (3).

Es la fundamental causa de mortalidad materna y representa cerca del 19.7% de todas las muertes vinculadas con la gestación en todo el mundo. Estas tasas de mortalidad materna asociadas con la HPP son más superiores en vías de desarrollo y medios representando cerca del 32% de mujeres materna en el norte de África y solo el 8% en países o zonas más desarrolladas (1).

Esta complicación también puede darse en pacientes sin factores de riesgo, sin embargo, se ha intentado identificar factores de riesgo de HPP en diferentes países, como la HPP previa, el embarazo múltiple, anemia durante la gestación, macrosomía, alteraciones placentarias, tener más de 35 años, La atonía uterina se ha identificado como un factor de riesgo primordial para el desarrollo de hemorragias posparto, siendo responsable de una proporción significativa de estos casos, según diversos autores que estiman que representa entre el 50% y el 70% de las hemorragias y hasta el 4% de las muertes maternas asociadas.(4).

Por ello, a nivel global se ha instaurado la "Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres, el Niño y el Adolescente 2016-2030", en la cual se expone la ecuanimidad para garantizar una atención médica de calidad para eliminar las muertes prevenibles y mejorar la salud de las madres,

pretender que las mujeres embarazadas gocen del proceso y también del parto (5).

A NIVEL NACIONAL

Pese a ello, en la actualidad, tanto en países económicamente desarrollados y en vías de desarrollo la HPP, es una de las causas primordiales de mortalidad y morbilidad materna severa, los reportes indican que cerca de 14 millones de mujeres sufren HPP cada año, a nivel mundial suceden 529 000 muertes cada año vinculadas con el embarazo en países en desarrollo y de estas cerca del 25%-30% son causadas por HPP en estos países. Por lo cual, la HPP es la etiología primordial de mortalidad materna global (4).

En el Perú en el último año se ha reducido en 10% los casos de muerte materno en el transcurso del 2023 de acuerdo con el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC), sin embargo, dentro de las etiologías directas de mortalidad materna, la hemorragia obstétrica lidera el primer puesto con un 26.1% durante el año 2022, seguido los trastornos hipertensivos con un 21.7% (6).

A NIVEL LOCAL

En la región de Puno en el transcurso del año 2021 se registraron cerca de 14 muertes maternas, así mismo durante 2015-2019 esta región fue la 5ta región Con una tasa de mortalidad materna acumulada aún más alta, superior a 70 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, siendo la causa principal la hemorragia obstétrica (7).

Hasta la semana epidemiológica 13 del año 2024, se ha observado una reducción en la cantidad de muertes maternas, registrándose un total de 59 casos, de forma similar a los 69 casos del año pasado en el mismo periodo. La primordial causa directa de mortalidad materna en los últimos años ha sido la hemorragia obstétrica, que representó el 21.8% de los casos en 2024. De este porcentaje, el 55.9% corresponde a muertes ocurridas durante la etapa del puerperio. Esta información subraya la importancia de abordar las complicaciones relacionadas con el postparto para seguir reduciendo la mortalidad materna (8).

En consecuencia, la detección temprana y la intervención inmediata, basadas en guías de reanimación y medidas de control hemorrágico, son fundamentales, por medio del desarrollo de estrategias y protocolos permite que se reduzcan disminuir los efectos negativos de la hemorragia posparto y reducir la mortalidad materna. De no realizarse esto, puede causar daño a múltiples órganos y obligar a realizar procedimientos médicos complejos afectando la calidad de vida de las gestantes.

Formulación del problema

Problema General

PG: ¿Cuáles son los factores de riesgo anteparto e intraparto relacionados a hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud de Juliaca 2023?



Problemas Específicos

PE1: ¿Cuáles son los factores de riesgo anteparto relacionado a hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud?

PE2: ¿Cuáles son los factores de riesgo intraparto relacionado a hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud?

PE3: ¿Cuál es la frecuencia de hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud?

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Justificación teórica

Desde un enfoque teórico, la relevancia de este estudio radica en la búsqueda exhaustiva y selección de información científica actualizada y de calidad, la cual es de utilidad para los profesionales sanitarios, ya que contribuye a reducir las brechas de conocimiento, con la finalidad que puedan posteriormente aplicarlo en su práctica clínica diaria.

Adicionalmente, se pueden comparar resultados con otras realidades y el entorno peruano y a su vez absolver las discrepancias expresadas sobre el tema de investigación, lo que permite que pueda ser considerado como base para el planteamiento, desarrollo y elaboración o actualización de guías o normativas de la entidad hospitalaria de estudio, unificando de esta manera los conocimientos de todo el personal médico.



Justificación práctica

Desde un punto de vista práctico, identificar las condiciones que hacen más probable una pérdida excesiva de sangre después del parto en mujeres atendidas en el Hospital III de EsSalud "La Capilla" durante el año 2022-2023, permite a los profesionales de la salud implicados con la salud materna y perinatal a estratificar e identificar a las pacientes que presenten mayor riesgo de presentar esta complicación y de esta manera, se promoverá la generación y puesta en marcha de políticas públicas orientadas a disminuir la alta prevalencia de hemorragia posparto, el cual se encuentra asociado a altas tasas de morbilidad.

Justificación metodológica

Desde un enfoque metodológico, el tipo de diseño de estudio de la presente investigación permite que próximos investigadores puedan tomar como base el presente documento para el desarrollo de nuevas investigaciones enlazadas con la salud materna y perinatal, resaltando la necesidad de más investigaciones de este tipo en el Perú, considerando que el planteamiento del proceso metodológico como la utilización del instrumento pueden ser guías para dichas pesquisas.



1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

OG: Determinar los factores de riesgo anteparto e intraparto relacionados a hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud de Juliaca 2023.

Objetivos específicos

OE1: Identificar los factores de riesgo anteparto relacionados a la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud.

OE2: Analizar los factores de riesgo intraparto relacionados a la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud.

OE3: Evaluar la frecuencia de hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud.

1.4. HIPÓTESIS

Hipótesis general

HG: Los factores de riesgo anteparto e intraparto están relacionados significativamente a la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud de Juliaca 2023.



Hipótesis específicas

HE1: Los factores anteparto como la edad materna < 18 años, cesárea previa, antecedentes de hemorragia posparto, concepción mediante fertilización invitro, anemia preparto, la placenta previa y desprendimiento de placenta se encuentran relacionados significativamente a la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud.

HE2: Los factores intraparto como el parto prolongado, atonía uterina, macrosomía fetal y lesiones del canal genital están relacionados significativamente con la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud.

HE3: Será frecuente la hemorragia en el puerperio inmediato si una de ellas se encuentra en mayor porcentaje en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud.

1.5. VARIABLES

Variable 1: Factores de riesgo anteparto e intraparto

Variable 2: Hemorragia en el puerperio inmediato

1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES	TIPO DE VARIABLE
Variable 1: Factores de riesgo	1.1 Factores anteparto	1.1.1 Edad	a. <18 años b. 19-35 años c. >35 años	Cuantitativa
		1.1.2 Cesárea previa	a. Presente b. Ausente	Cualitativa
		1.1.3 Antecedente de hemorragia postparto	a. Presente b. Ausente	Cualitativa
		1.1.4 Concepción mediante fertilización in vitro	a. Presente b. Ausente	Cualitativa
		1.1.5 Anemia preparto	a. Normal b. Leve c. Moderada d. Severa	Cualitativa
		1.1.6 Placenta previa	a. Total b. Parcial c. Marginal d. Ausente	Cualitativa
		1.1.7 Desprendimiento de placenta	a. Total b. Parcial c. Ausente	Cualitativa
	1.2 Factores intrapartos	1.2.1 Parto prolongado	a. Presente b. Ausente	Cualitativa
		1.2.2 Atonía uterina	a. Presente b. Ausente	Cualitativa
		1.2.3 Macrosomía fetal	a. Presente	Cualitativa



			b. Ausente	
		1.2.4 Lesiones del canal genital	a. 1er grado b. 2do grado c. 3er grado d. 4to grado e. Ausente	Cualitativa
Variable 2:	2.1 Pérdida sanguínea	2.1.1 Pérdida sanguínea >500 ml posterior del parto en las primeras 24 horas	a. Presente b. Ausente	Cualitativa
Hemorragia en el puerperio inmediato		2.1.2 Pérdida sanguínea >1000 ml posterior a cesárea en las primeras 24 horas	a. Presente b. Ausente	Cualitativa



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A NIVEL INTERNACIONAL

Muluye, et al. (8), publicaron una investigación titulada "Risk factors of primary postpartum hemorrhage among postnatal mothers in the public hospital of southern Tigray, Ethiopia, 2019: A case-control study" A través de un análisis de casos y controles, se identificaron los factores que aumentan el riesgo de sangrado excesivo después del parto en 318 mujeres etíopes: Los resultados mostraron una asociación estadísticamente significativa entre la hemorragia posparto y factores como: una tercera etapa del parto prolongada ($ORa=5.86$), la realización de cesárea ($ORa=5.61$), la ausencia de manejo activo del alumbramiento ($ORa=3.88$), la falta de seguimiento del parto mediante partograma ($ORa=3.82$), la inexistencia de control prenatal ($ORa=2.76$) y la presencia de complicaciones durante el embarazo ($ORa=2.79$). El estudio concluyó que las complicaciones obstétricas y la falta de atención prenatal aumentan el riesgo de hemorragia posparto.

Bazirete, et al. (9), publicaron un estudio titulado "Risk factors for postpartum haemorrhage in the Northern Province of Rwanda: A case control study" que buscó investigar y modelar los factores de riesgo en una HPP en Ruando en el año 2022. Se realizó un estudio observacional de casos y controles que incluyó 430 mujeres embarazadas con una gestación superior a 32 semanas. Los resultados indicaron que la prevalencia global de HPP primaria fue del 25.2%, Los factores de riesgo identificados fueron: hemorragia anteparto (RR=3.36, $p<0.001$); embarazo múltiple (RR=1.83, $p=0.02$) y una hemoglobina menor a 11gr/dL (RR=1.51, $p=0.05$). En el transcurso del intraparto y posparto inmediato, las causas principales de HPP primario fueron: atonía uterina (RR=6.70, $p<0.001$), tejidos retenidos (RR=4.32, $p<0.001$), laceraciones de órganos genitales (RR=2.14, $p<0.001$). Concluyeron que la atonía uterina continúa aun siendo la causa principal de HPP primaria.

Taylor, et al. (10), publicaron un estudio titulado "Risk factors for postpartum hemorrhage in a tertiary hospital in South-Central Louisiana" que determinó la prevalencia, los factores de riesgo y las causas de HPP en Estados Unidos en el 2021. Fue una revisión de cohorte retrospectivo que incluyó a 30 674 partos. Los resultados indicaron que el 12,3% tuvo HPP, los pacientes que presentaron esta complicación tenían más probabilidades de ser de raza negra, dar a luz por cesárea, tener menores niveles de hemoglobina y hematocrito al momento del parto ($p<0.001$ en todos los casos). Así mismo, la anemia al momento del parto (ORa=1.28),



el parto por cesárea ($ORa=8.796$), el IMC >40 kg/m² ($ORa = 1.363$), ser de raza negra ($ORa=1.233$) fueron los predictores más relevantes para HPP. Entre las pacientes que desarrollaron HPP, la anemia se asoció con mayor probabilidad de morbilidad materna grave ($ORa=2.587$). Concluyeron que la raza negra, el IMC elevado, el parto por cesárea y la anemia están más asociados con la HPP.

Thepampan, et al. (2), desarrollaron un estudio titulado "Risk Factors for Postpartum Hemorrhage in a Thai-Myanmar Border Community Hospital: A Nested Case-Control Study" que buscó explorar los factores de riesgo sobresalientes para HPP entre mujeres que se sometieron a parto vaginal en Tailandia en el año 2021. Fue un estudio de casos y controles que englobaron a 4774 mujeres. Los resultados nos indicaron que hubo un 5.55% de casos de HPP. Se identificaron 8 predictores independientes para HPP y HPP grave: embarazo añoso, grupos minoritarios, nulíparas ($p<0.001$), antecedentes de HPP ($p<0.001$), IMC ≥ 35 kg/m², extracción manual de placenta ($p <0.001$), conducción del parto y peso fetal $> 4000g$ ($p<0.001$). Concluyeron que se identificaron diversos factores clínicos independientes para HPP y HPP grave.

Liu, et al. (11), publicaron un estudio titulado "Prevalence and risk factors of severe postpartum hemorrhage: a retrospective cohort study" que buscó determinar la prevalencia y factores de riesgo para HPP grave en China en el año 2021. Fue un estudio de cohorte que incluyó 34 178 mujeres. Los resultados indicaron que se observó HPP en el 1.56% de la población de ellas el 55.83% presentó problemas asociados a la placenta, mientras que



la atonía uterina sin retención de tejidos placentarios representó 38.91%. Los factores que se relacionaron a HPP fue la edad menor de 18 años materna (ORa=11.52), cesárea previa (ORa=2.57), antecedente de hemorragia posparto (ORa=4.94), concepción por fertilización in vitro (ORa=1.78), anemia preparto (ORa=2.37), muerte fetal (ORa=2.61), parto prolongado (ORa=5.24), placenta previa (ORa=1.91) y macrosomía (ORa=2.30). Concluyeron que se identificaron diversos factores para la HPP por lo cual se necesita un exhaustivo control prenatal.

Davey, et al. (12), publicaron una investigación titulada "Risk factors for severe postpartum haemorrhage: A population-based retrospective cohort study" que buscó identificar los factores de riesgo de HPP grave en Gran Bretaña en el año 2020. Fue una revisión de cohorte retrospectivo que incluyó 364 706 mujeres que dieron parto. Los resultados indicaron que el 1.4% experimentó HPP severa, los factores incluyeron: embarazo múltiple (ORa=2.83), edad materna avanzada (ORa=1.11), sobrepeso/obesidad (ORa=1.14, ORa=1.34), primer parto. Otros factores de riesgo incluyeron complicaciones placentarias, parto vaginal instrumental, macrosomía, laceraciones perineales de tercer y cuarto grado, parto menor a 37 semanas, trabajo de parto mayor a 12 horas ($p < 0.001$ todos). La HPP grave se identificó en un 0.7% de pacientes que no presentaron los factores identificados. Concluyeron que se han identificado diversos factores que en algunos casos no son modificables ni predecibles.

Kebede, et al. (1), publicó un estudio titulado "Prevalence and predictors of primary postpartum hemorrhage: An implication for designing effective



intervention at selected hospitals, Southern Ethiopia” que buscó evaluar la prevalencia y los predictores de HPP en Etiopía en el año 2019. Fue un estudio transversal que englobó a 422 integrantes. Los resultados indicaron que la prevalencia global de HPP fue de 16.6%, las madres mayores de 35 años ($ORa=6.8$), anemia preparto ($ORa=5.3$), complicaciones durante el parto ($ORa=1.8$), antecedentes de hemorragia posparto previa ($ORa=2.7$) y parto instrumental ($ORa=5.3$) fueron predictores significativos de hemorragia posparto primaria.

A NIVEL NACIONAL

Aquino. (13), publicó un estudio titulado “Factores de riesgo asociados a hemorragia post parto inmediato en gestantes de parto vaginal. Hospital Tingo María. julio – diciembre 2018” que buscó conocer los factores de riesgo enlazados a HPP en gestantes de parto eutócico en Tingo María en el año 2023. Fue un estudio transversal, analítico que incluyó 40 mujeres embarazadas. Los resultados indicaron que el 36% fueron madres primerizas, así mismo, 32% dio a luz a un recién nacido macrosómico, el 48% tuvieron parto precipitado, el 84% experimentó coágulos durante el alumbramiento, el 24% tuvo una fase expulsiva precipitada y el 28% manifestaron factores de riesgo asociados con alteración de la coagulación catalogado como preeclampsia. Concluyeron que los factores de riesgo asociados a HPP fueron las alteraciones de la coagulación, el parto precipitado, macrosomía fetal y ser primigesta.

Merino. (14), realizó una investigación titulada “Factores de riesgo asociados a hemorragia posparto primaria en pacientes del Hospital

Santiago Apóstol de Utcubamba - Amazonas, 2020-2022” que buscó establecer los factores de riesgo enlazados con la HPP en Amazonas en el año 2023. Fue una revisión correlacional, observacional, analítico, de casos y controles que incluyó 186 puérperas. Los resultados mostraron que la anemia gestacional (OR=3.229; IC=95%;1.656-6.297; $p<0.001$), la cesárea previa (OR=2.748; IC=95%; 1.081-6.984; $p=0.029$), controles prenatales inadecuados (OR=2.350; IC=95%; 1.220-4.528; $p=0.01$) y la inducción del trabajo de parto (OR=2.572; IC=95%; 1.142-5.792; $p=0.02$). Concluyeron que existen al menos un factor obstétrico en el período anteparto y uno en el intraparto que están relacionados con la hemorragia posparto primaria.

Sánchez. (15), publicó un estudio titulado “Factores asociados a la hemorragia postparto en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen” que buscó determinar factores que estén involucrados a la hemorragia postparto en las puérperas en Lima en el año 2022. Fue una revisión retrospectiva de casos y controles que incluyó a 406 puérperas. Los resultados reportaron que los factores obstétricos que se relacionados con HPP fueron: ausencia de control prenatal ($p=0.000$, OR=4.1), multigestas ($p=0.016$, OR=3.5), presencia de una anemia durante el embarazo ($p=0.012$, OR=2.2), el parto por una cesárea ($p=0.001$, OR=5.2), retención de los restos placentarios ($p=0.022$, OR=4.2), atonía uterina ($p=0.014$, OR=5.4), el desgarro perineal ($p=0.000$, OR=2.3) y la inversión uterina ($p=0.004$, OR=4.8). Concluyeron que los factores obstétricos se ven más asociados a la HPP en puérperas.



Cervera. (16), redactaron una investigación titulada “Factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital General de Jaén en el periodo 2018-2021” que identifican las peculiaridades vinculadas a la hemorragia inmediata del puerperio en Cajamarca en el año 2022. Fue un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal que incluyó 34 puérperas. Los resultados reportaron que 74% fueron < 35 años y 26% > 35 años; el 53% tuvo un control prenatal inadecuado; la cesárea reportó un 76% de casos de hemorragia mientras que la vía vaginal un 24%; el 68% tuvieron atonía uterina, 21% trauma, 6% retención de restos placentarios y el 6% trastornos de la coagulación. Concluyeron que las causas principales de hemorragia fueron primero la atonía uterina, segundo el trauma, tercero la retención de restos placentarios y cuarto los trastornos de coagulación.

Pérez, Alcántara. (17), publicaron una investigación titulada “Embarazo múltiple como factor de riesgo para hemorragia postparto por atonía uterina en el Hospital Belén de Trujillo” que buscó establecer si el embarazo múltiple es un factor de riesgo para hemorragia postparto en Trujillo en el año 2019. Fue un estudio de cohortes, retrospectivo que incluyó 112 puérperas. Los resultados reportaron que no se evidenciaron diferencias respecto a la edad materna, edad gestacional, la multiparidad, procedencia, obesidad y la anemia materna. El 19% experimentó HPP por atonía uterina, así mismo, la frecuencia de HPP en estas pacientes con embarazo único fue del 7%. Así mismo, el embarazo gemelar es un factor de riesgo para HOO por atonía uterina en puérperas con $RR=2.75$ y $p<0.005$. Concluyeron



que el embarazo múltiple si es un factor de riesgo para una hemorragia postparto.

A NIVEL REGIONAL

Arizaca, et al. (18), publicaron un estudio titulado "Factores individuales y obstétricos asociados a hemorragia posparto en mujeres atendidas en un hospital de Juliaca 2023" que busco identificar los factores personales y obstétricos relacionados con la hemorragia posparto en Juliaca en el año 2023. Fue un estudio experimental y correlacional, que incluye 520 gestantes. Los resultados reportaron que el tipo de trabajo de parto ($p=0.024$), la retención de los restos placentarios ($p=0.00$), la atonía uterina ($p=0.00$), el desgarro en genitales ($p=0.00$), anemia en el embarazo ($p=0.028$), controles prenatales inadecuados ($p=0.001$) y gestantes multíparas ($p=0.001$). Concluyeron que son factores obstétricos significativos con la hemorragia postparto.

Cruz, Meléndez. (19), redactaron una investigación titulada "Factores asociados a hemorragias obstétricas en el posparto en el Centro de Salud Santa Adriana", Juliaca en el periodo de septiembre a diciembre del 2022", que buscó determinar los factores para hemorragias obstétricas posparto en Juliaca en el año 2023. Fue un estudio de tipo observacional y correlacional, analizando 132 historias clínicas. Los resultados demostraron que la paridad, edad materna y el antecedente de cirugías previas fueron factores personales ($p=0.000$, respectivamente) y que el tipo de parto, el IMC y las lesiones del canal genital fueron factores obstétricos

($p < 0.05$, respectivamente). Concluyeron que existieron factores que se asocian a hemorragias obstétricas.

Gonzales. (20), realizaron una investigación titulada "Factores de Riesgo para Hemorragia posparto temprana en puérpera de parto vaginal en el Hospital Manuel Núñez Butron en Puno en el año 2020" que buscó identificar los factores de riesgo para la hemorragia temprana posparto en mujeres que han tenido un parto vaginal en Juliaca en el 2021. Fue una revisión observacional, analítico de casos y controles, transversal y retrospectivo que incluyó 182 gestantes. Los resultados reportaron que la edad < 20 años (OR=2.3; IC=95%; 1.01-5.9; $p=0.04$), edad mayor a 35 años (OR=4.2; IC=95%; 1.7-10.4; $p=0.0002$), atonía uterina (OR=22.08; IC=95%; 3.0-453.9; $p=0.0001$), desgarro perineal (OR=16.3; IC=95%; 2.1-340.29; $p=0.0002$), parto precipitado (OR=12.3; IC=95%; 1.5-261.2; $p=0.002$), retención de restos (OR=6.4; IC=95%; 1.01-144.3; $p=0.04$) y macrosomía (OR=2.2; IC=95%; 1.01-5.1; $p=0.03$). Concluyeron que son factores asociados a la hemorragia postparto temprana.

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 Factores de riesgo anteparto

Se describe como condiciones o circunstancias que aumentan el riesgo de las complicaciones que puedan darse durante el transcurso de la gestación y antes del comienzo del trabajo de parto (11).

2.2.1.1 Edad materna. Se ha identificado que tanto las pacientes adolescentes como añosas (mayores de 25 años), presentan

mayor predisposición a desarrollar procesos que conduzcan a una hemorragia (21). En general se ha identificado que las madres de 35 años o más tienen casi siete veces más probabilidades de haber experimentado o experimentar HPP con respecto a las mujeres más jóvenes, así mismo, tienen casi cinco veces más chance de presentar complicaciones en el transcurso del embarazo (1).

2.2.1.2 Cesárea previa. La cantidad de mujeres con precedente de cesárea va en crecimiento. El hecho de una cesárea anterior predispone al riesgo de anomalías de placentación siendo el factor de riesgo principal la rotura uterina y por consiguiente hemorragia. Por lo cual, es importante que se realice una correcta historia clínica con el fin de conseguir la mayor cantidad de conocimiento respecto a sus embarazos anteriores (22). Diversos estudios mencionan que la cesárea previa y/o cesáreas reiterativas en las pacientes son factores de riesgo importantes para una hemorragia postparto (1,9). En estas mujeres, si se da un parto vaginal tienen mayor riesgo de rotura uterina y de lesiones perineales comprometiendo a las futuras gestaciones a complicaciones (22).

2.2.1.3 Multiparidad. Se define como se ha comprobado que el número de embarazos se relaciona con un riesgo incrementado de mayor sangrado a causa de la menor retracción uterina en un útero que ya se ha distendido con anterioridad, por ello se

observa una tendencia mayor en pacientes con mayor número de hijos (23,11,9).

2.2.1.4 Antecedentes de hemorragia posparto. Los autores aclaran que respecto uno de los antecedentes gineco obstétricos más frecuentemente vinculados con la hemorragia posparto es haber presentado hemorragia posparto en un embarazo anterior. EL precedente materno de una HPP se considera como el factor de riesgo independiente con más relevancia dado que aumenta la probabilidad de 9 a 18 veces de que puedan padecer otro incidente, según la causa subyacente. Si esta no es detectada a tiempo, puede conducir a insuficiencia multiorgánica y la necesidad de procedimientos médicos que son invasivos como transfusión sanguínea masiva, una histerectomía periparto, daño a órganos convecinos, infertilidad y trastornos psicológicos (3).

2.2.1.5 Concepción por fertilización in vitro. En la fertilización in vitro, se administran medicamentos para estimular los ovarios, y luego los óvulos son extraídos de los folículos ováricos para ser fecundados en un laboratorio, por lo tanto, los espermatozoides con los ovocitos recuperados se mezclan en un medio de cultivo para que con posterioridad sean trasferidos a la cavidad uterina. Los estudios mencionan que la hemorragia se pueda dar debido al desarrollo de placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta. Así mismo, este tipo de embarazos terminan en cesárea electiva, y esto eleva la morbimortalidad en semejanza



con el parto vaginal representando un riesgo puesto que se afilia con hemorragia, infecciones, las lesiones a órganos entre otras (24).

2.2.1.6 Anemia durante el embarazo. En el transcurso del embarazo se necesita un requerimiento de hierro mayor para la placenta y para el feto, se estima que a raíz de esto se debe cubrir un gramo agregado de hierro, en cierto modo, durante este periodo se evidencia una disminución en la concentración de hemoglobina que se evidencia a partir del segundo trimestre de la gestación (25). Diversos autores mencionan La anemia constituye un factor de riesgo para la hemorragia posterior al parto dado que la anemia prenatal afecta a cerca del 25% de mujeres embarazadas (11,2).

2.2.2 Factores de riesgo intraparto.

Hace referencia a las complicaciones en el periodo que transcurre desde que inicia el trabajo de parto hasta se presente la expulsión de la placenta (11).

2.2.2.1 Laceraciones perineales. La hemorragia transvaginal puede originarse por laceraciones en el cuello uterino o la vagina, y su gravedad dependerá de la extensión de las lesiones, que pueden variar desde una pequeña ruptura en la mucosa hasta un desgarro cervical que se extiende al parametrio. Por lo general, se presenta como una hemorragia continua, aunque en menor cantidad que en casos de atonía uterina o retención de

tejidos. Su restauración debe ser inmediata en cuanto se identifica, si se tratase de un desgarro cervical este se soluciona en sala de operaciones bajo anestesia general y aquellos que son desgarros del canal vaginal pueden solucionarse en sala de partos, prestando atención a la generación de hematomas (26).

2.2.2.2 Atonía uterina. Definida como una causa indirecta provocado por la infiltración de grasa en el miometrio, lo que resulta en una reducción de la capacidad de contracción uterina, por lo tanto, es un factor que aumenta la posibilidad de hemorragia severa. Es la etiología más frecuente y causante del 80%-90% de las HPP y puede originarse por multiparidad, gestación múltiple, polihidramnios, macrosomía, entre otras diversas causas (27).

2.2.2.3 Placenta previa. Se va describir como placenta previa a la condición en la cual la placenta cubre directamente el cuello uterino, se identifica mediante evaluación ecográfica vía transvaginal o transabdominal. Puede ser también clasificada como placenta previa total, cuando la placenta cubre el cérvix en su totalidad, placenta previa parcial cuando el cérvix se recubre parcialmente, la placenta previa marginal ocurre cuando la placenta está situada en el borde del orificio interno, con una implantación baja en el segmento inferior del útero, cerca del cérvix. Puede ocasionar sangrado durante la segunda mitad del embarazo con sangrado activo de sangre de color rojo y rutilante indoloro, comúnmente sin actividad uterina hacia el final del segundo trimestre. Así mismo, su complicación más importante

es la hemorragia intraparto y su defecto hemorragia postparto (28).

2.2.2.4 Desprendimiento de placenta. Se describe como la separación parcial o total de una placenta que está correctamente implantada antes del comienzo del trabajo de parto, y se asocia con un elevado riesgo de morbilidad tanto materna como fetal. Los factores de riesgo que se asocian son los trastornos hipertensivos, antecedentes de cesárea o de un desprendimiento placentario, multiparidad, diabetes, sobre distensión uterina, entre otros (26). Las complicaciones se asocian a hemorragia que puede ocasionar inestabilidad hemodinámica con la presencia de shock o sin él, también compromiso fetal o muerte. Debe considerarse como una posibilidad si la mujer presenta sangrado vaginal, dolor uterino espontáneo o a la palpación, muerte fetal, shock hemorrágico o coagulación intravascular diseminada. (29).

2.2.2.5 Trabajo de parto disfuncional. Esto puede ocurrir en diversas etapas del trabajo de parto (30):

- Durante la fase inicial, cuando la dilatación es menor a 4cm, se puede dar un fracaso en la inducción cuando después de 12 o más horas de inducción con oxitocina endovenosa, con dinámica adecuada, no se haya alcanzado condiciones favorables para el trabajo de parto.

- El parto estacionario, se considera cuando ya se inició la fase activa de trabajo de parto y con dinámica uterina adecuada no se evidencian cambios a niveles cervicales Que indiquen progreso en el trabajo de parto, después de 4 horas en mujeres nulíparas y de 3 horas en mujeres multíparas. (30).

2.2.2.6 Macrosomía fetal. Se considera macrosomía fetal cuando el peso fetal al nacer es igual o mayor a 4000 gr. Este factor se asocia a un riesgo mayor de sobre distensión uterina y por consiguiente mayor riesgo de desarrollar HPP (30).

2.2.3 Hemorragia postparto

La hemorragia postparto inmediata o primaria (HPP) se describe como cualquier pérdida de sangre superior a 500 ml tras un parto vaginal o 1000 ml después de una cesárea, o cualquier sangrado que provoque inestabilidad hemodinámica, independientemente del tipo de parto, suele ser grave y representa una de las tres principales etiologías de muerte materna a nivel mundial (21).

La hemorragia postparto se puede clasificar en primaria o precoz cuando ocurre en el transcurso de las primeras 24 horas post parto, cerca del 70% de HPP inmediatas al parto, en la hora inicial son ocasionadas por atonía uterina y secundaria o tardía la HPP, la cual se presenta después de las 24 horas dado el parto hasta la culminación del puerperio (seis semanas), generalmente se enlazan a la retención de restos de la concepción, infecciones o ambas (28).



Su fisiopatología se fundamenta en la sobredistensión de las fibras musculares provocada por una gestación múltiple, macrosomía fetal o polihidramnios, lo que podría llevarnos a una atonía debido a la disrupción de las fibras de actomiosina. Así mismo, el cansancio de la actividad muscular provocado por un parto prolongado o la relajación muscular inducida por efectos de anestésicos generales, como los agentes halogenados, la nitroglicerina, los fármacos tocolíticos y las alteraciones en los niveles de calcio. A su vez, la exposición alargada de los receptores de acción de la oxitocina, causada por inducción o conducción prolongada del parto, provoca una desensibilización al efecto de la oxitocina, lo que, a su vez, favorece a la aparición de atonía uterina (28).

Las causas de la HPP son multifactoriales, está vinculada a factores demográficos como la edad materna > 35 años o < 19 años, la multiparidad, comorbilidades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, gestación postérmino, preeclampsia, macrosomía fetal, polihidramnios, trabajo de parto disfuncional, inducción del parto con oxitocina, corioamnionitis, entre algunos otros. Asimismo, se pueden hallar fallos en la gestión por parte de los profesionales, como demoras en el diagnóstico, en la búsqueda de atención adecuada y en la administración del tratamiento correspondiente (21).

El diagnóstico es clínico, dado que se detecta una pérdida de sangre desmedido antes o después del alumbramiento de la placenta, además de medir la cantidad de hemorragia, es importante estimar su afectación

sobre el estado hemodinámico de la paciente. Cuando la hemorragia es leve se evidencia debilidad, sudor, taquicardia, cuando es moderada se suma palidez y oliguria en su presentación más grave se evidencia shock, fallo renal con anuria y disnea (31).

2.2.4 Puerperio inmediato

El puerperio es el período biológico que comienza al finalizar la expulsión de la placenta y se extiende hasta las seis semanas o 42 días después del parto. Durante este período, los cambios fisiológicos provocados por la gestación se revierten y el útero disminuye gradualmente su tamaño (32).

El puerperio inmediato abarca las primeras dos horas después del parto, periodo en el cual ocurre la mayor parte de las hemorragias. (32). Algunos autores también definen que el puerperio inmediato es el periodo comprendido desde las dos horas postparto hasta las 24 horas de evolución (33).

Dado que la mayor frecuencia de complicaciones se da durante las primeras 24 horas después del parto, es de suma importancia monitorizar la hemostasia uterina, tomando en cuenta los signos vitales, la contracción uterina y el sangrado vaginal cada 15 minutos durante las primeras dos horas, según las pautas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las normas técnicas. (32,33)



2.3 MARCO CONCEPTUAL

Anteparto: Periodo del tiempo desde la concepción hasta el momento del parto (34).

Factores de Riesgo: Un factor relacionado con el comportamiento o estilo de vida personal, la exposición ambiental, o una característica innata o hereditaria que, según la evidencia epidemiológica, está asociado con una condición de salud y que se considera fundamental para su prevención_(35).

Hemorragia posparto: Se define como cualquier pérdida de sangre superior a 500 ml en un parto vaginal o igual o superior a 1000 ml después de una cesárea, o cualquier pérdida hemática que genere cambios hemodinámicos (21).

Intraparto: El período que va desde el inicio del trabajo de parto hasta la expulsión de la placenta, durante el cual se produce el nacimiento del bebé (36).

Puerperio: El período que abarca desde el parto hasta 40 días después, o entre 6 y 8 semanas, durante el cual los cambios fisiológicos del embarazo se revierten y el útero vuelve a su tamaño habitual_(37)

Puerperio inmediato: Comprende las iniciales dos primeras horas por parto, en algunas literaturas lo consideras hasta las primeras 24 horas (32,33).



CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de esta investigación fue no experimental, por que únicamente se recolectó información de un fenómeno en el contexto en el que sucede, es decir no existió modificación de las variables.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue de tipo básico, ya que permitió obtener un mayor entendimiento sobre el tema; de nivel correlacional; de corte transversal, ya que las variables fueron medidas en un solo momento, y de temporalidad retrospectiva, porque la información estuvo disponible antes del desarrollo del estudio.

3.3 MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN

Se empleó el método hipotético-deductivo, con enfoque cuantitativo, ya que se formularon hipótesis para posteriormente responderlas en base a una realidad, porque el análisis se realizó de manera numérica, de manera estructurada.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La población seleccionada para el estudio estuvo compuesta por 52 mujeres gestantes cuyo parto fue asistido en el Hospital III EsSalud de Juliaca, durante el año 2023 y presentan hemorragia en el postparto inmediato.

Muestra

Se trabajó con las 52 gestantes que presentaron hemorragia en el postparto inmediato.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Gestantes que atendieron su parto en el Hospital III EsSalud de Juliaca durante el periodo del 2023.
- Gestantes **con diagnóstico de hemorragia en el puerperio inmediato.**

Criterios de exclusión

- Gestantes que no contaron con historia clínica completa, legible y ubicable.
- Gestantes que presentaron hemorragia pasadas las primeras 24 horas postparto.

Ámbito de estudio y temporalidad



Ámbito de estudio: Hospital III EsSalud ubicada en la ciudad de Juliaca,

Temporalidad: Desde enero a diciembre 2023.

3.5 TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnicas

Variable 1: Factores de riesgo anteparto e intraparto

Técnica: Análisis documental

Variable 2: Hemorragia en el puerperio inmediato

Técnica: Análisis documental

Instrumentos

Variable 1: Factores de riesgo anteparto e intraparto

Instrumento: Ficha de recolección de datos, que contuvo:

La edad materna menor de 18 años, cesáreas previas, antecedentes de hemorragia posparto, concepción a través fertilización in vitro, anemia antes del parto, placenta previa, desprendimiento de placenta y espectro de acreción de placenta e intra parto como; el parto prolongado, macrosomía fetal, laceraciones perineales de grado tres y cuatro y cesárea durante el proceso de parto, que incrementan el riesgo de hemorragia en el puerperio inmediato, según la evidencia internacional disponible.

Variable 2: Hemorragia en el puerperio inmediato

Instrumento: Ficha de recolección de datos.

Se establece que esta variable se definió como, la pérdida de sangre superior a 500 ml en las primeras 24 horas después del parto vaginal y superior a 1000 ml luego de cesárea, tal como consideraron Thepampan et al., en su estudio (2).

3.6 VALIDACIÓN DE LA CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Se utilizó la prueba estadística chi cuadrado para organizar, interpretar y analizar los datos recopilados. El valor de X^2 se extrajo de la tabla de distribución acumulativa de independencia Chi-Cuadrada,

Se empleó la siguiente fórmula:

$$x^2_{calc.} = \frac{\sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k [(O_{ij} - e_{ij})^2]}{e_{ij}}$$

3.7 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Validez

La validación fue evaluada por un grupo de expertos, donde tres jueces expertos en el tema de estudio contrastaron los ítems que evalúan la validez del contenido del instrumento planteado y así poder determinar el nivel concordancia.

Confiabilidad

Se determinó a través de la aplicación del coeficiente Alfa de Cronbach, donde valores mayores de 70% demostraron que el instrumento fue confiable de aplicar.

La confianza ha sido del 95% según la prueba de Alfa de Cronbach:

Alfa de Cronbach	N de elementos
,800	15

3.8 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Se elaboró una base de datos mediante el software estadístico SPSS 26. Posteriormente, se verificó la base de datos para asegurar la consistencia de los registros. Luego, se realizó el análisis estadístico correspondiente:

De manera descriptiva se representó las frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas y se calcularon medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas. Para identificar los factores de riesgo anteparto e intraparto relacionados con la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes, se empleó la prueba de Chi cuadrado y se calculó el riesgo utilizando la razón de momios (Odds Ratio, OR), con un nivel de significancia del 5%.

CAPÍTULO IV:

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Relación entre edad y la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III Essalud De Juliaca, 2023

Edad	Hemorragia en el puerperio inmediato					
	Posterior al parto		Posterior a la cesárea		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
19-35 años	30	57.7%	13	25.0%	43	82.7%
>35 años	4	7.7%	5	9.6%	9	17.3%
Total	34	65.4%	18	34.6%	52	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

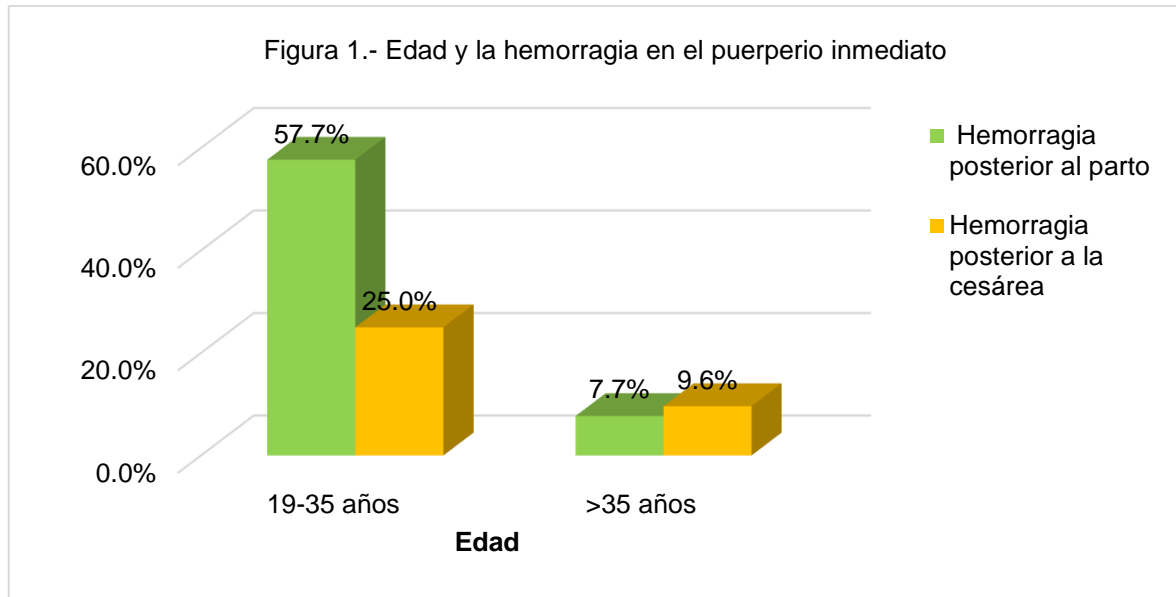
X^2 calculada= 2.109

$p= 0.146$

X^2 tabulada= 3.841

$Gl= 1$

NO SIGNIFICATIVO



Fuente: Tabla 01

En la tabla y figura 1 se examina la correlación entre la edad de las gestantes y la hemorragia en el puerperio inmediato. El 82.7% de las gestantes tenían entre 19 y 35 años de edad, de las cuales el 57.7% presentaron una hemorragia posterior al parto, y el 25.0% presentaron una hemorragia después de una cesárea. El 17.3% de las gestantes tenían más de 35 años, de las cuales el 7.7% presentaron una hemorragia posterior al parto, y el 9.6% presentaron una hemorragia después de una cesárea.

Estadísticamente, el valor de chi-cuadrado calculado $X^2 = 2.109$ es inferior al valor tabulado $X^2 = 3.841$, con 1 grado de libertad y un valor $p = 0.146$, lo que indica que no hay una asociación significativa entre la edad y la hemorragia en el puerperio inmediato.

Según el estudio de Muluye, et al. (8) el 74.5% de mujeres con edades entre los 20 a 34 años tuvieron hemorragia postparto, mientras que aquellas con edades ≥ 35 años tuvieron una incidencia de hemorragia de 17.9%. Hallazgos similares



fueron reportados por, Bazirete et al. (9), quienes encontraron que el 41.7% de mujeres entre 25 a 34 años tuvieron dicha complicación, mientras que solo el 36% de mujeres ≥ 35 tuvieron hemorragia postparto. Por otro lado, Thepampan et al. (2), indicaron que el 77.4% de gestantes entre 20 a 34 años y el 12.1% ≥ 35 años tuvieron hemorragia postparto. De igual manera, Liu et al. (11) demostraron una mayor prevalencia de hemorragia postparto en aquellas gestantes entre 18 a 34.9 años (62.85%), en comparación con aquellas mayores de 35 años (36.96%). Estudios nacionales como el de Sánchez (15) y Cervera (16) corroboran los hallazgos anteriormente mencionados. Si bien es cierto, en este estudio no se halló a la edad como un factor de riesgo anteparto para hemorragia en el puerperio inmediato, tal como si ha sido reportado en otros estudios, podría ser que este fenómeno esté relacionado con el hecho de que una mayor cantidad de participantes tuvo una edad entre los 19 a 35 años.

Tabla 2. Relación entre cesárea previa y hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III Essalud De Juliaca, 2023

Cesárea previa	Hemorragia en el puerperio inmediato					
	Posterior al parto		Posterior a la cesárea		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Presente	3	5.8%	6	11.5%	9	17.3%
Ausente	31	59.6%	12	23.1%	43	82.7%
Total	34	65.4%	18	34.6%	52	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

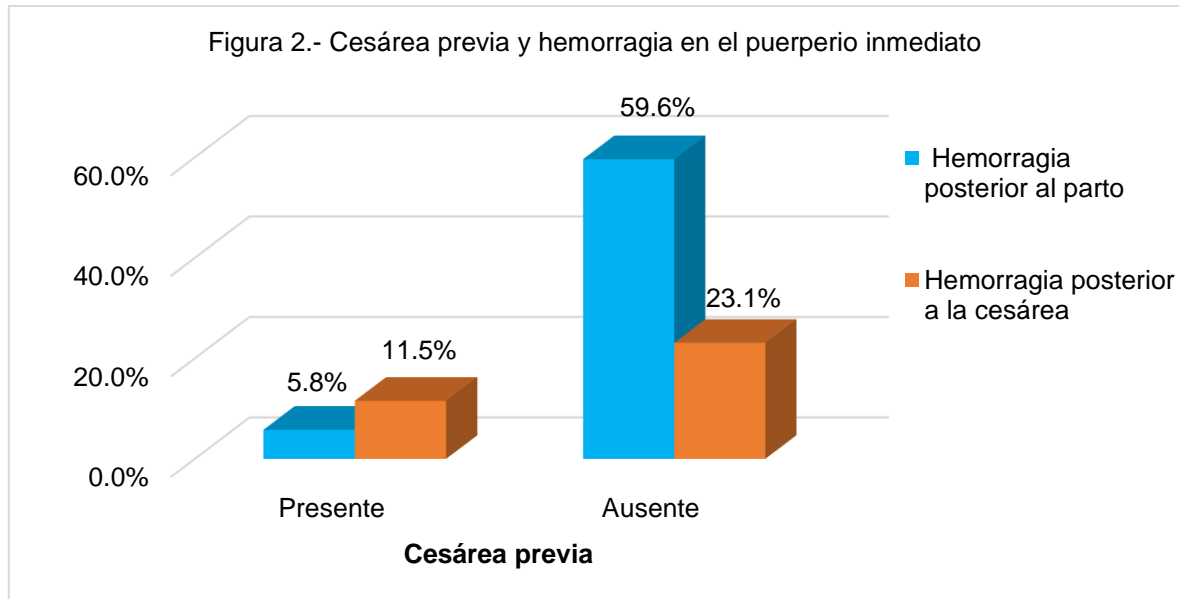
X^2 calculada= 4.940

$p= 0.026$

X^2 tabulada= 3.841

$Gl= 1$

SIGNIFICATIVO



Fuente: Tabla 02

En la tabla y figura 2 se examina la relación entre la presencia de una cesárea previa y la hemorragia en el puerperio inmediato. El 17.3% de las gestantes presentaron cesárea previa, de las cuales el 5.8% tuvieron hemorragia posterior al parto y el 11.5% presentaron hemorragia posterior a la cesárea. En las gestantes sin cesárea previa 82.7%, el 59.6% presentó hemorragia posterior al parto, y el 23,1% tuvo hemorragia posterior a la cesárea.

Estadísticamente, la X^2 calculada = 4.940 es mayor que la X^2 tabulada = 3.841 con un $gl = 1$ y un $p = 0.026$, lo que sugiere una relación relevante entre una cesárea previa y la hemorragia en el puerperio inmediato. El $OR = 5.166$ sugiere que los gestantes con cesárea previa tienen aproximadamente 5 veces más probable de sufrir hemorragia en comparación con aquellos sin cesárea previa, con un $IC = 1.110-24.047$.



Estudios como el de Taylor, et al. (10) se halló que el 31.9% de las mujeres experimentaron hemorragia postparto habían tenido una cesárea previa ($p < 0.001$). Los hallazgos de Liu et al. (11) concuerdan con lo mencionado anteriormente, pues encontraron que el 81.84% de gestantes con cesárea previa tuvieron hemorragia post parto ($p < 0.001$). Cervera (16) también puso en evidencia que el 62% de las mujeres que experimentaron hemorragia. post parto tuvieron como antecedente una cesárea previa. Posiblemente, este escenario se vea favorecido porque las mujeres con una cesárea previa tienen mayores probabilidades de presentar anomalías placentarias, a consecuencia de la cicatrización de la intervención previa, así mismo, el riesgo de rotura uterina en estas pacientes es mayor (22).

Tabla 3. Relación entre el antecedente de hemorragia postparto y la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III Essalud De Juliaca, 2023

Antecedente de hemorragia postparto	Hemorragia en el puerperio inmediato					
	Posterior al parto		Posterior a la cesárea		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Presente	1	1.9%	1	1.9%	2	3.8%
Ausente	33	63.5%	17	32.7%	50	96.2%
Total	34	65.4%	18	34.6%	52	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

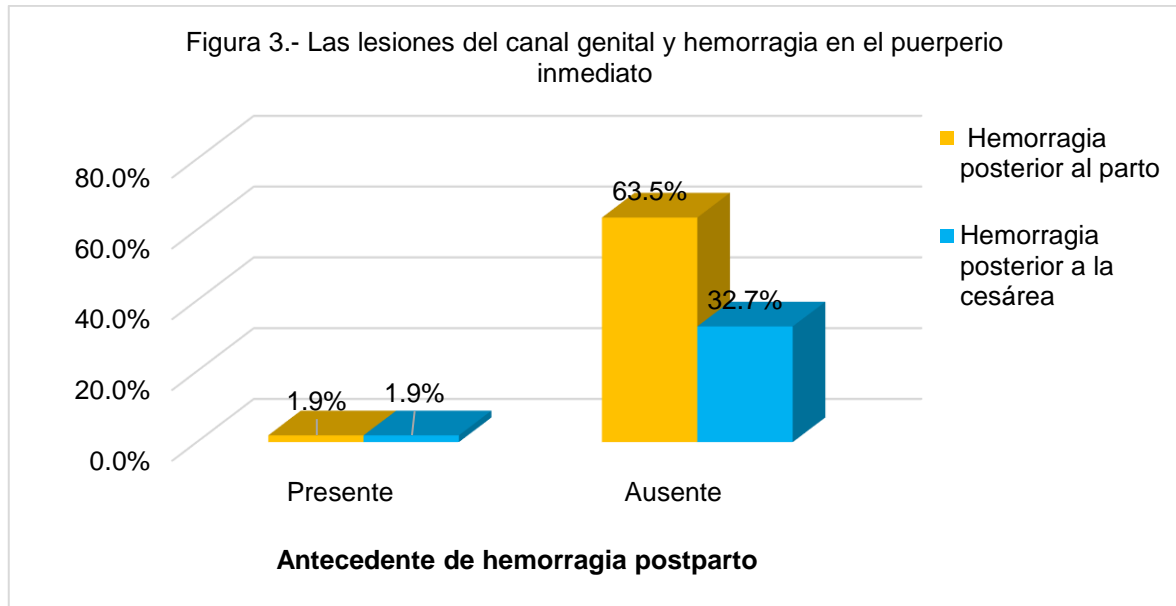
$$X^2 \text{ calculada} = 0.217$$

$$p = 0.641$$

$$X^2 \text{ tabulada} = 3.841$$

$$Gl = 1$$

NO SIGNIFICATIVO



Fuente: Tabla 03

En la tabla y figura 3 se evalúa la relación entre un antecedente de hemorragia posparto y la hemorragia en el puerperio inmediato. Solo el 3.8% de las gestantes tenían antecedentes de hemorragia posparto, de los cuales el 1.9% presentó hemorragia posterior al parto y el 1.9% tuvieron hemorragia posterior a la cesárea. El 96.2% de las gestantes no tenían antecedentes de hemorragia posparto, con un 63.5% presentando hemorragia posterior al parto y un 32.7% con hemorragia posterior a la cesárea.

El valor de X^2 calculada = 0.217 es menor que la X^2 tabulada = 3.841, $gl = 1$ y un $p = 0.641$, esto sugiere que no hay una relación estadísticamente significativa entre el antecedente de hemorragia posparto y la hemorragia en el puerperio inmediato.

En el estudio de Bazirete et al. (9) el 60% de pacientes que presentó hemorragia post parto había tenido como antecedente una hemorragia puerperal ($p < 0.001$).



Thepampan, et al. (2) por su parte, encontraron que el 22.7% de mujeres que tuvieron hemorragia ≥ 500 mL habían tenido un antecedente de hemorragia post parto ($p=0.003$) y el 11.32% de mujeres con hemorragia > 1000 mL, también habían tenido un antecedente de hemorragia anterior ($p<0.001$). Así mismo, Liu et al. (11) identificaron que el 5.42% de pacientes ya había tenido un antecedente de hemorragia post parto ($p<0.001$). La evidencia sugiere que toda aquella mujer que ha tenido como antecedente un puerperal debe ser considerada en riesgo para volver a presentar dicha condición en un nuevo embarazo. Desafortunadamente aún no se conoce a ciencia cierta el porqué de esta relación; sin embargo, ello podría estar relacionado con la presencia de comorbilidades, o trastornos de la coagulación que no han sido diagnosticados (38).

Tabla 4. Relación entre la concepción mediante fertilización in vitro y la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III Essalud De Juliaca, 2023

Concepción mediante fertilización in vitro	Hemorragia en el puerperio inmediato					
	Posterior al parto		Posterior a la cesárea		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Presente	0	0.0%	2	3.8%	2	3.8%
Ausente	34	65.4%	16	30.8%	50	96.2%
Total	34	65.4%	18	34.6%	52	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

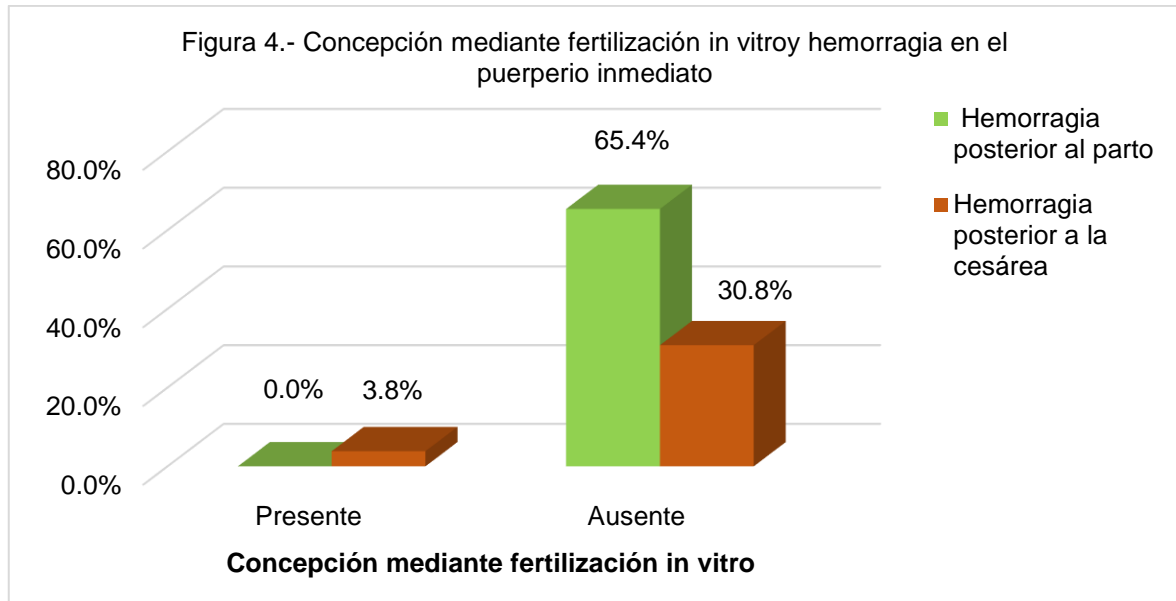
X^2 calculada= 3.928

$p= 0.05$

X^2 tabulada= 3.841

$Gf= 1$

SIGNIFICATIVO



Fuente: Tabla 04

En la tabla y figura 4, se examina la relación entre la concepción mediante fertilización in vitro y la hemorragia en el puerperio inmediato. Solo el 3.8% de las gestantes concibieron mediante fertilización in vitro, de las cuales ninguna presentó hemorragia posterior al parto, pero el 3.8% tuvieron hemorragia posterior a la cesárea. El 96.2% de las gestantes concibieron sin fertilización in vitro, con un 65.4% presentando hemorragia posterior al parto y un 30.8% con hemorragia posterior a la cesárea.

Estadísticamente, la X^2 calculada = 3.928 es mayor que la X^2 tabulada = 3.841 con un $gl = 1$ y un $p = 0.045$, lo que indica una relación significativa entre la Concepción mediante fertilización in vitro y la hemorragia en el puerperio inmediato

Liu, et al. (11) encontraron que en el 16.60% de gestantes que presentaron hemorragia post parto, el tipo de concepción fue mediante fertilización in vitro



($p= 0.019$). Hasta el momento, la literatura disponible sostiene que la hemorragia post parto en mujeres con fertilización in vitro puede ocurrir debido a una mayor prevalencia de anomalías placentarias (placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta). Por otro lado, es frecuente que este tipo de gestaciones culmine en cesáreas electivas, incrementando aún más el riesgo de hemorragias (24).

Tabla 5. Relación entre anemia preparto y la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III Essalud De Juliaca, 2023

Anemia preparto	Hemorragia en el puerperio inmediato				Total	
	Posterior al parto		Posterior a la cesárea		fi	%
	fi	%	fi	%		
Normal	20	64.5%	11	35.5%	31	59.6%
Leve	12	63.2%	7	36.8%	19	36.5%
Moderado	2	100.0%	0	0.0%	2	3.8%
Severo	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	34	65.4%	18	34.6%	52	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

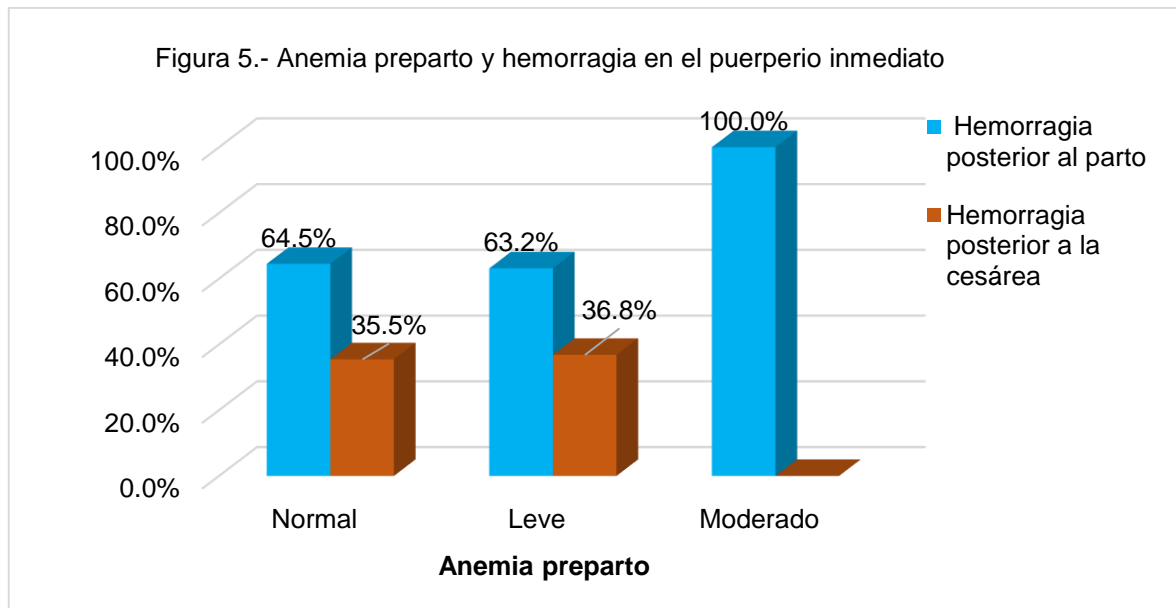
X^2 calculada= 1.111

$p= 0.574$

X^2 tabulada= 5.991

$Gl= 2$

NO SIGNIFICATIVO



Fuente: Tabla 05

En la tabla y figura 5 se estudia la conexión entre la presencia de anemia preparto y la hemorragia en el puerperio inmediato. De las gestantes sin el 64.5% experimentó hemorragia posterior al parto vaginal y el 35.5% posterior a una cesárea. Entre las gestantes con anemia leve, el 63.2% presentó hemorragia posterior al parto vaginal y el 36.8% posterior a cesárea. Para aquellas con anemia moderada, el 100% presentó hemorragia posterior al parto vaginal, sin casos de hemorragia posterior a cesárea. No se registraron casos de anemia.

El valor de chi-cuadrado calculado $X^2 = 1.111$ es menor que el valor tabulado $X^2 = 5.991$ con un valor $p = 0.574$, lo que indica que no existe una asociación significativa entre la anemia preparto y la hemorragia en el puerperio inmediato.

Muluye, et al. (8) identificaron que el 23.1% de gestantes con anemia preparto desarrollaron hemorragia postparto. Thepampan et al. (2) demostraron también que el 17% de gestantes con Anemia tuvieron una hemorragia post parto.



Sánchez. (15), a su vez, encontró que el 28.6% de gestantes tuvo anemia leve y presentó hemorragia post parto. Liu et al. (11), por su parte demostraron que el 31.23% de mujeres tuvieron anemia y presentaron hemorragia post parto. Por otro lado, Bazirete et al. (9) demostraron que el 84.6% de gestantes tuvieron anemia durante la gestación y desencadenaron hemorragia post parto ($p < 0.001$). Aunque en el presente estudio la anemia no fue un factor de riesgo significativo para hemorragia puerperal, la evidencia sostiene que las mujeres con anemia severa podrían presentar un perfil de coagulación alterado que induciría el riesgo de hemorragia post parto. Además, se ha planteado que la hemodilución durante la gestación tendría un efecto profibrinolítico, lo que en mujeres con anemia grave podría desencadenar una mayor pérdida sanguínea (39).

Tabla 6. Relación entre placenta previa y la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III Essalud De Juliaca, 2023

Placenta previa	Hemorragia en el puerperio inmediato				Total	
	Posterior al parto		Posterior a la cesárea		fi	%
	fi	%	fi	%		
Total	0	0.0%	1	100.0%	1	1.9%
Parcial	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Marginal	0	0.0%	1	100.0%	1	1.9%
Ausente	34	68.0%	16	32.0%	50	96.2%
Total	34	65.4%	18	34.6%	52	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

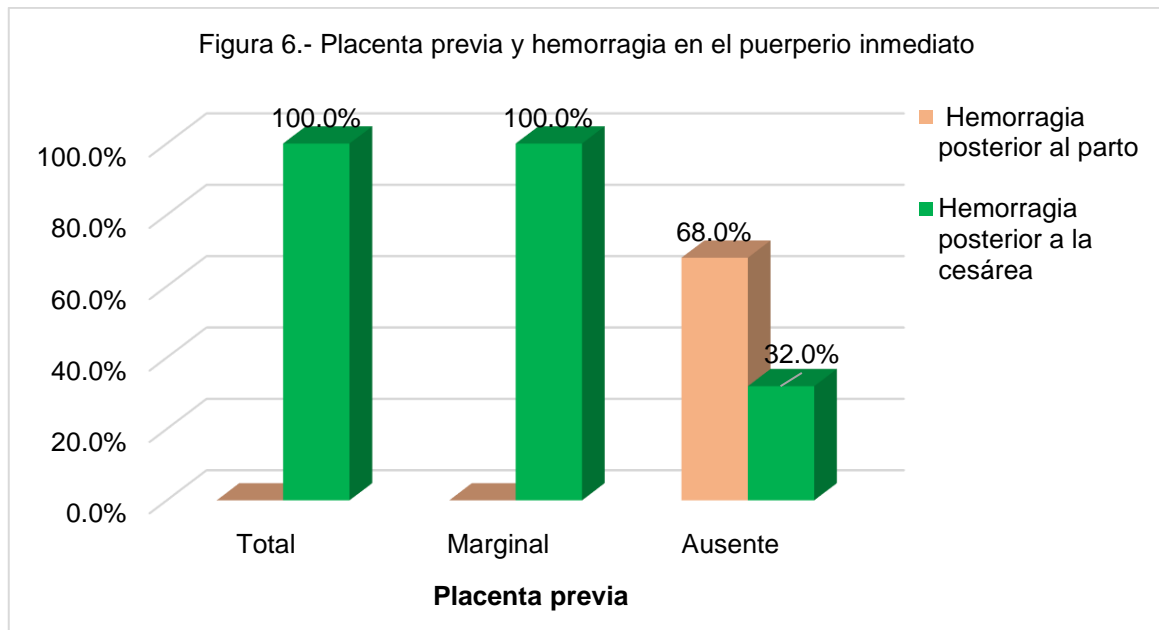
X^2 calculada= 3.929

$p= 0.140$

X^2 tabulada= 5.991

$Gf= 2$

NO SIGNIFICATIVO



Fuente: Tabla 06

En la tabla y figura 6 se examina la conexión entre la placenta previa y la hemorragia en el puerperio inmediato. El 3.8% de las gestantes presentó placenta previa, todas experimentaron hemorragia posterior a una cesárea y ninguna posterior al parto vaginal, el 1.9% tuvo placenta previa total y el 1.9% placenta previa marginal. Además, el 96.2% de las gestantes sin placenta previa presentó hemorragia en el 68.0% de los casos posterior al parto vaginal y en el 32.0% posterior a cesárea.

El valor de chi-cuadrado calculado $X^2 = 3.929$ es menor que el valor tabulado $X^2 = 5.991$ con un valor $p = 0.140$, Lo que sugiere que no hay una relación significativa entre la placenta previa y la hemorragia en el puerperio inmediato.

Si bien, en el presente estudio la placenta previa no fue un factor de riesgo para hemorragia en el puerperio. Estudios como el de Liu, et al., (11) pusieron en evidencia que el 61.4% de mujeres con placenta previa tuvieron hemorragia post



parto. Por otro lado, los resultados propuestos por Davey, et al. (12), corroboran dichos hallazgos pues, identificaron que el 12.5% de mujeres con placenta previa tuvo hemorragia inmediatamente luego del parto. La evidencia científica sugiere que mientras mayor sea la superficie placentaria que cubra el orificio cervical, existe un mayor riesgo de sangrado en el periodo perioperatorio. Se ha observado también que, los vasos sanguíneos placentarios en este grupo de pacientes pueden muchas veces penetrar a otros vasos que se encargan de irrigar órganos como la vejiga, lo que generará que haya un sangrado profuso durante su separación (40).

Tabla 7. Relación entre el desprendimiento de placenta y la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III Essalud De Juliaca, 2023

Desprendimiento de placenta	Hemorragia en el puerperio inmediato				Total	
	Posterior al parto		Posterior a la cesárea		fi	%
	fi	%	fi	%		
Total	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Parcial	0	0.0%	2	100.0%	2	3.8%
Ausente	34	68.0%	16	32.0%	50	96.2%
Total	34	65.4%	18	34.6%	52	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

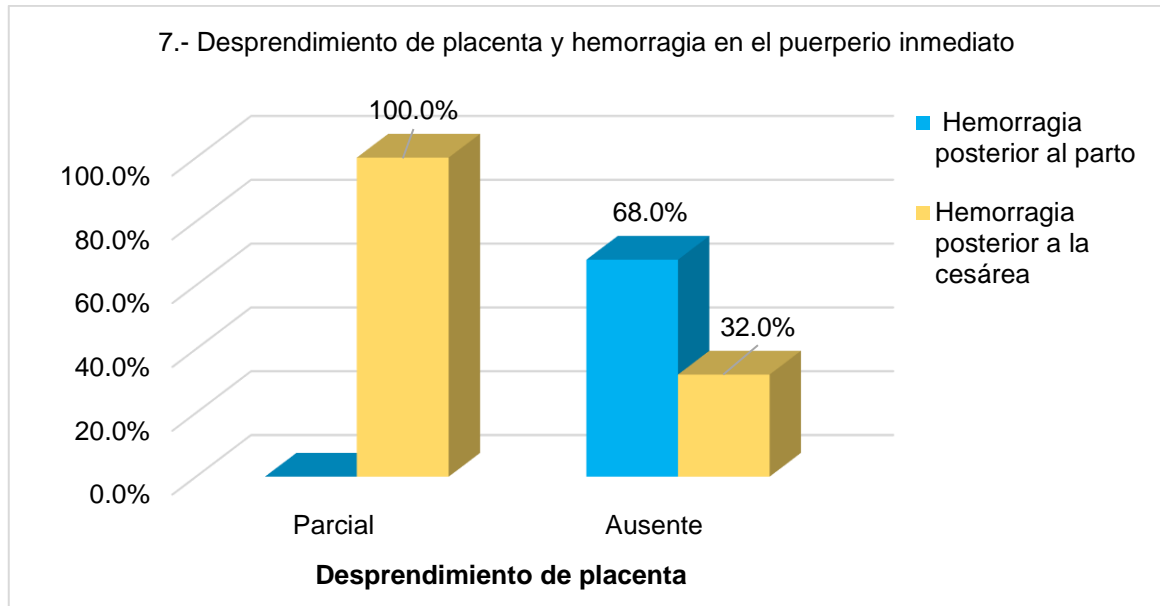
X^2 calculada= 3.929

$p= 0.047$

X^2 tabulada= 3.841

$Gf= 1$

SIGNIFICATIVO



Fuente: Tabla 07

En la tabla y figura 7 se observa la relación entre el desprendimiento de placenta y la hemorragia en el puerperio inmediato. Solo el 3.8% de las gestantes presentaron desprendimiento de placenta parcial, y el 100% de ellas experimentaron hemorragia posterior a una cesárea. El 96.2% de las gestantes no presentaron desprendimiento de placenta, el 65.4% tuvo hemorragia posterior al parto y el 34.6% hemorragia posterior a cesárea.

El valor de chi-cuadrado calculado $X^2 = 3.9291$ es superior que el valor tabulado $X^2 = 3.841$, $gl=1$ y con un valor $p = 0.047$, lo que indica una asociación relevante entre el desprendimiento de placenta y la hemorragia en el puerperio inmediato.

Liu, et al. (11), informaron una prevalencia de hemorragia post parto en el 2.17% de gestantes que tuvo el diagnóstico de desprendimiento de placenta. En cambio, Davey et al. (12), pusieron en evidencia que el 14.8% de gestantes que tuvo hemorragia post parto, también había tenido desprendimiento de placenta.



Se ha descrito a esta condición como una de las principales causantes de la hemorragia postparto, pues la separación prematura de la placenta puede conllevar a pérdidas sanguíneas cuantiosas (41). Sin embargo, en el presente estudio no se reconoció como un factor de riesgo., ello posiblemente debido a la baja prevalencia de esta complicación.

Tabla 8. Relación entre el parto prolongado y la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III Essalud De Juliaca, 2023

Parto prolongado	Hemorragia en el puerperio inmediato					
	Posterior al parto		Posterior a la cesárea		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Presente	12	23.1%	1	1.9%	13	25.0%
Ausente	22	42.3%	17	32.7%	39	75.0%
Total	34	65.4%	18	34.6%	52	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

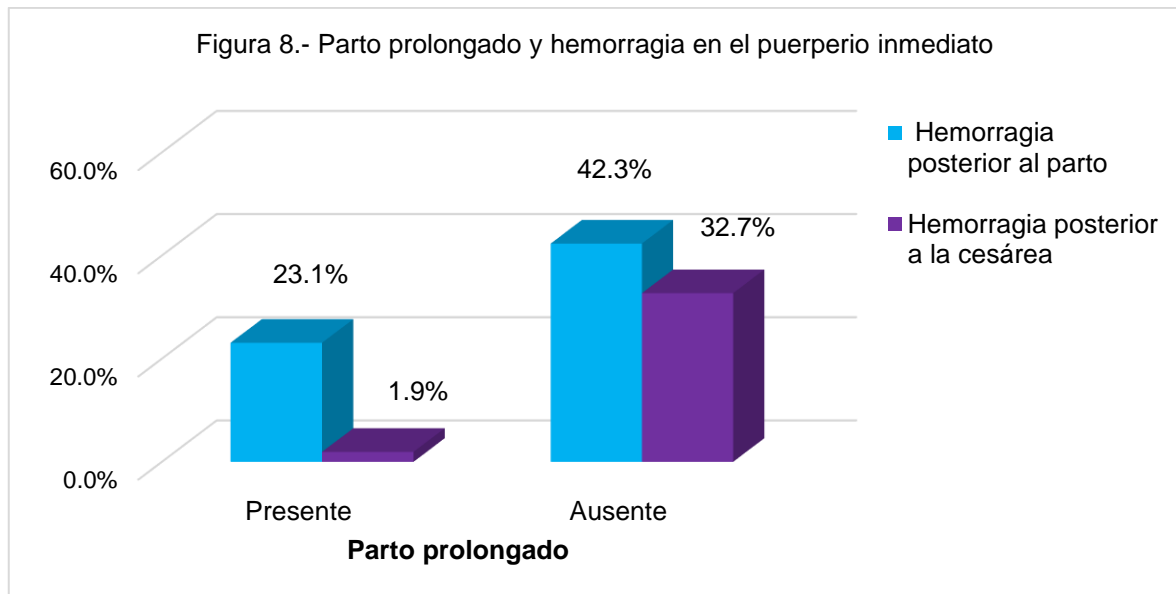
X^2 calculada= 5.551

$p= 0.018$

X^2 tabulada= 3.841

$Gl= 1$

SIGNIFICATIVO



Fuente: Tabla 08

En la tabla y figura 8 se analiza la relación entre el parto prolongado y la hemorragia en el puerperio inmediato. El 25.0% de las gestantes tuvieron parto prolongado, de los cuales el 23.1% presentó una hemorragia posterior al parto y el 1.9% presentó una hemorragia posterior a la cesárea. Entre las gestantes sin parto prolongado 75.0%, el 42.3% presentó hemorragia posterior al parto y el 32.7% hemorragia mayor a 1000 ml.

El valor de chi-cuadrado calculado $X^2 = 5.551$ es superior que el valor tabulado $X^2 = 3.841$, $gl=1$ y con un valor $p = 0.018$, lo que indica una asociación relevante entre el parto prolongado y la hemorragia en el puerperio inmediato.

Thepampan, et al. (2), identificaron que el 27.2% de gestantes que tuvieron hemorragia postparto presentaron un trabajo de parto prolongado ($p < 0.001$). Mientras tanto, Sánchez. (15) demostró que el 34.7% de las mujeres en puerperio experimentaron hemorragia y tuvieron un trabajo de parto prolongado ($p=0.000$). Y Arizaca y Ccalla (18) identificaron que el 20.4% de gestantes que



presentaron hemorragia post parto habían tenido un trabajo de parto prolongado ($p=0.000$). Por otro lado, Liu et al. (11) demostraron que el 3.56% de gestantes con hemorragia post parto tuvieron un parto prolongado ($p= 0.003$). Esto posiblemente porque las mujeres que presentan un tiempo prolongado de trabajo de parto pierden la presión efectiva sobre los vasos sanguíneos; es decir, hay un mayor riesgo de vasoconstricción, por ende, hemorragia (42).

Tabla 9. Relación entre atonía uterina y la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III Essalud De Juliaca, 2023

Atonía uterina	Hemorragia en el puerperio inmediato					
	Posterior al parto		Posterior a la cesárea		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Presente	15	28.8%	14	26.9%	29	55.8%
Ausente	19	36.5%	4	7.7%	23	44.2%
Total	34	65.4%	18	34.6%	52	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

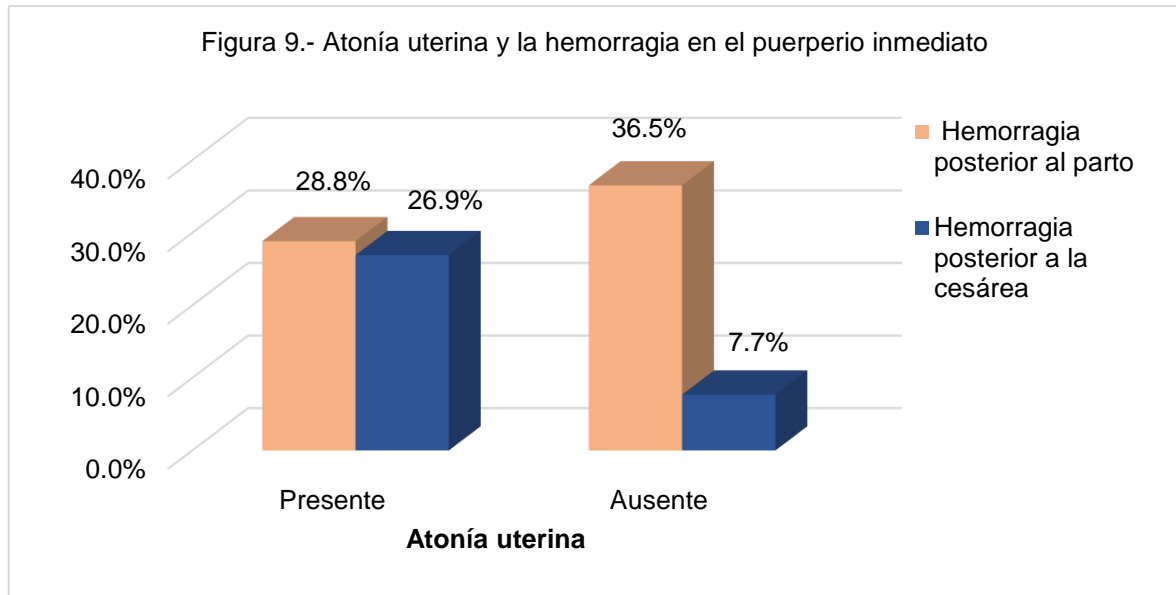
X^2 calculada= 5.405

$p= 0.020$

X^2 tabulada= 3.841

$Gl= 1$

SIGNIFICATIVO



Fuente: Tabla 09

En la tabla y figura 9, se evalúa la relación entre la atonía uterina y la hemorragia en el puerperio inmediato. El 55.8% de las gestantes presentaron atonía uterina, de las cuales el 28.8% tuvieron hemorragia posterior al parto y el 26.9% posterior a la cesárea. Por otro lado, el 44.2% no presentó atonía uterina, y de ellas el 36.5% tuvo hemorragia posterior al parto y el 7.7% hemorragia posterior a la cesárea.

El valor de chi-cuadrado calculado $X^2 = 5.405$ es superior que el valor tabulado $X^2 = 3.841$, con un valor $p = 0.020$, lo que indica que existe una asociación relevante entre la atonía uterina y la hemorragia.

Bazirete, et al. (9) encontraron que el 97.5% de gestantes que tuvieron hemorragia post parto habían presentado también atonía uterina ($p < 0.001$). Sánchez. (15) por otro lado, identificó que el 17.5% de gestantes que tuvo hemorragia presentó atonía uterina. Cervera. (16) encontró que el 68% de puérperas que tuvo hemorragia había presentado atonía uterina. Y Arizaca,



Ccalla. (18) en cambio, identificaron que el 50.4% de pacientes con hemorragia tuvo a su vez atonía uterina. En este estudio la atonía uterina fue considerado un riesgo para hemorragia puerperal. Ello se encuentra en consonancia con lo sustentado en la literatura disponible pues se considera que la atonía uterina es la principal causa de las hemorragias postparto, ello debido a que puede desencadenarse como consecuencia de la sobre distensión del útero, el agotamiento muscular desempeña un papel crucial en la incidencia de la atonía uterina, que puede ser causada por factores como el embarazo múltiple, polihidramnios o macrosomía fetal, y también puede ser consecuencia de partos prolongados o multiparidad, finalmente, la corioamnionitis se ha mencionado como un contribuyente para atonía uterina (31).

Tabla 10. Relación entre la macrosomía fetal y la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III Essalud De Juliaca, 2023

Macrosomía fetal	Hemorragia en el puerperio inmediato					
	Posterior al parto		Posterior a la cesárea		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Presente	2	3.8%	1	1.9%	3	5.8%
Ausente	32	61.5%	17	32.7%	49	94.2%
Total	34	65.4%	18	34.6%	52	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

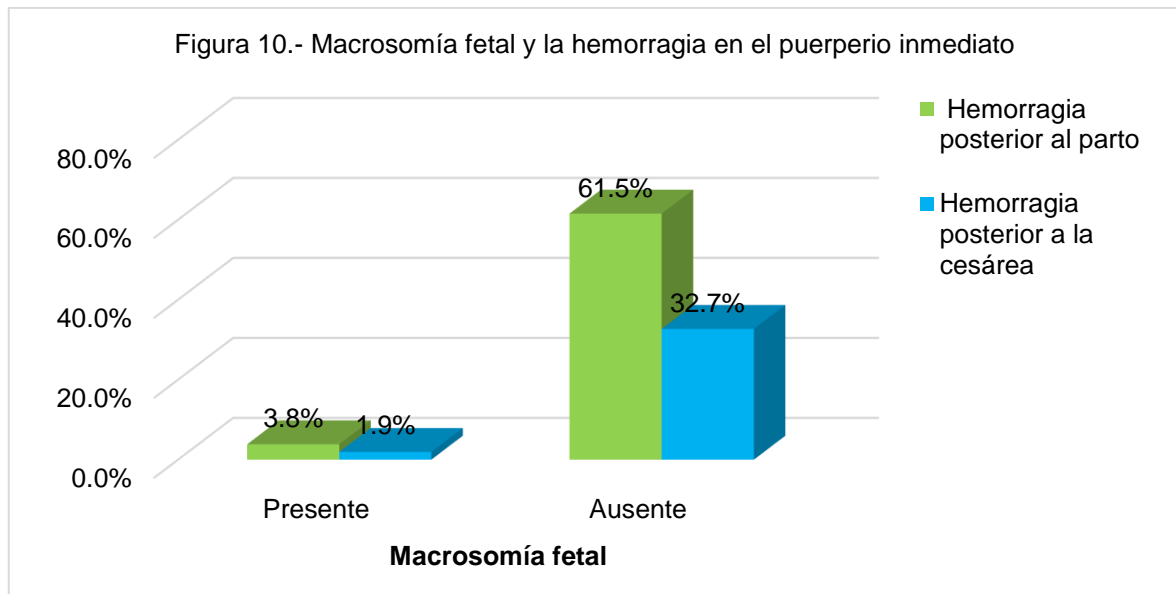
X^2 calculada= 0.002

$p= 0.961$

X^2 tabulada= 3.841

$Gl= 1$

NO SIGNIFICATIVO



Fuente: Tabla 10

En la tabla y figura 10 se explora la relación entre la macrosomía fetal y la hemorragia en el puerperio inmediato. El 5.8% de las mujeres embarazadas, un porcentaje presentó macrosomía fetal, de las cuales el 3.8% sufrió una hemorragia posterior al parto y el 1.9% posterior a cesárea. En los gestantes sin macrosomía fetal 94.2%, el 61.5% presentó hemorragia posterior al parto y el 32.7% posterior a la cesárea.

El valor de chi-cuadrado calculado $X^2 = 0.002$ es menor que el valor tabulado $X^2 = 3.84$, con un valor $p = 0.961$, lo que indica que no existe una relación relevante entre la macrosomía fetal y la hemorragia.

Thepampan, et al. (2) identificó que el 11.34% de mujeres que tuvo hemorragia post parto había tenido un bebé macrosómico. Liu, et al. (11), encontraron que el 8.10% de mujeres que tuvo hemorragia post parto había tenido un bebé macrosómico. En el estudio de Davey, et al. (12) la prevalencia de hemorragia post parto en mujeres con bebés macrosómicos fue de 2.1%, resultados



similares (3.6%) se observaron en el estudio de Kebede, et al., (1). Este escenario podría explicarse debido a que la macrosomía fetal suele estar ligada a condiciones maternas de riesgo, tales como; la diabetes gestacional y pregestacional, obesidad materna antes del embarazo, la ganancia excesiva de peso, entre otras complicaciones. Se cree que, en este tipo de embarazos, las mujeres suelen tener una sobre distensión uterina y posiblemente habría una mayor superficie de sangrado debido a un mayor tamaño de la placenta (43).

Tabla 11. Relación entre las lesiones del canal genital y la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III Essalud De Juliaca, 2023

Lesiones del canal genital	Hemorragia en el puerperio inmediato				Total	
	Pérdida sanguínea >500 ml posterior del parto		Pérdida sanguínea >1000 ml posterior a la cesárea			
	fi	%	fi	%	fi	%
1er grado	15	100.0%	0	0.0%	15	28.8%
2do grado	12	100.0%	0	0.0%	12	23.1%
3er grado	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
4to grado	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Ausente	7	28.0%	18	72.0%	25	48.1%
Total	34	65.4%	18	34.6%	52	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

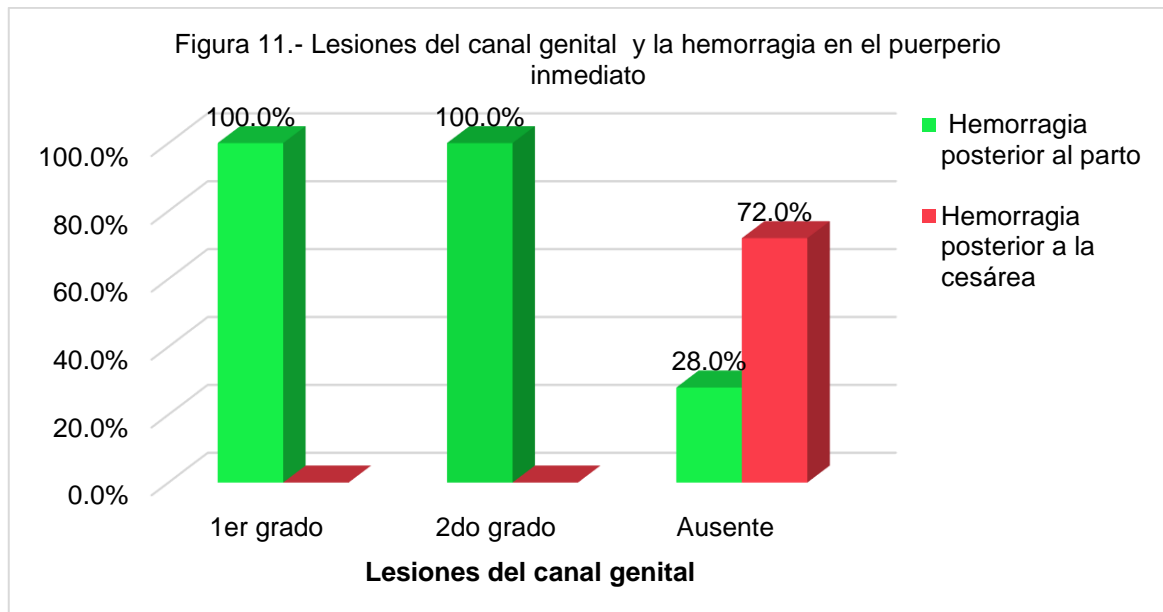
X^2 calculada= 29.732

$p= 0.000$

X^2 tabulada= 5.991

$Gf= 2$

SIGNIFICATIVO



Fuente: Tabla 11

En la tabla y figura 11 se examina la relación entre las lesiones del canal genital y la hemorragia en el puerperio inmediato. El 51.9% de las gestantes presentaron lesiones del canal genital, y todas ellas presentaron una hemorragia posterior al parto. Ninguno de estas gestantes presentó hemorragia posterior a cesárea. El 48.1% no presentó lesiones del canal genital, de las cuales el 28.0% presentó hemorragia posterior al parto y el 34.6% posterior a cesárea.

El valor de chi-cuadrado calculado $X^2 = 29.732$ es superior que el valor tabulado $X^2 = 5.991$, con un valor $p = 0.000$, lo que indica que existe una relación relevante entre las lesiones del canal genital y la hemorragia.

Muluye, et al. (8) identificaron que el 6.6% de pacientes que tuvo hemorragia post parto había presentado laceraciones perineales. Resultados similares fueron descritos en el estudio de Davey, et al. (12); 3.7%. En el estudio de Bazirete, et al. (9) la prevalencia de esta condición fue mayor (30.2%). Sánchez.



(15) encontró también una prevalencia de 28.8%. Y Cervera. (16) se evidenció una incidencia de hemorragia postparto y trauma en el 21% de las mujeres en el puerperio. En la actualidad hay un menor número de lesiones en el canal del parto, debido a que se mantienen prácticas adecuadas para garantizar un parto seguro, donde se emplean técnicas modernas y se evita el uso de la episiotomía de rutina.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Se determinó de manera parcial los factores de riesgo anteparto e intraparto que se relacionan con la hemorragia en el puerperio inmediato en las gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud de Juliaca durante el año 2023, se acepta parcialmente ya que no todos los indicadores planteados están asociados.

SEGUNDA: Se identificó que la presencia de antecedentes de cesárea previa fue el único factor de riesgo anteparto relacionado con la hemorragia en el puerperio inmediato en las mujeres gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud de Juliaca en 2023. Este factor resultó ser significativo ($p=0.026$), con una aceptación parcial.

TERCERA: Se analizó que los factores de riesgo intraparto relacionados con la hemorragia en el puerperio inmediato en las gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud de Juliaca en 2023 fueron el parto prolongado, que afectó al 25.0% de las gestantes ($p=0.018$), la atonía uterina ($p=0.02$), que se presentó en el 55.8% de las gestantes. Ambos factores fueron significativos, con una aceptación parcial.

CUARTA: Se evaluó la frecuencia de hemorragia en el puerperio inmediato en las gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud mostró que la mayoría de los casos ocurrieron posterior al parto (65.4%), mientras que una tercera parte de los casos se presentó posterior a la cesárea (34.6%).



RECOMENDACIONES

PRIMERA: Al director del Hospital III EsSalud de Juliaca, se recomienda visualizar y evaluar los hallazgos del estudio para implementar medidas preventivas novedosas para la atención de las mujeres embarazadas con el fin de reducir minimizar el riesgo de hemorragia en el puerperio inmediato, especialmente en aquellas identificadas con factores de riesgo.

SEGUNDA: Al jefe del departamento de ginecología y obstetricia del Hospital de EsSalud Juliaca se recomienda implementar capacitaciones regulares para su equipo. Esto garantizará que el personal de salud esté capacitado para reconocer de manera temprana los factores de riesgo relacionados con posibles hemorragias postparto, mejorando así la calidad de la atención brindada.

TERCERA: Al jefe de servicio de obstetricia se recomienda asegurarse de contar con los equipos adecuados en su área, lo que permitirá atender las emergencias obstétricas de manera inmediata y efectiva. Asimismo, es fundamental que el personal esté familiarizado con los protocolos de atención establecidos, lo que facilitará la toma de decisiones oportunas en situaciones de emergencia.

CUARTA: A la jefa de obstetricia se recomienda fomentar el adecuado y continuo control de las puérperas por parte del personal obstetra, teniendo en cuenta que la mayoría de los casos de hemorragia post parto fueron posteriores al parto vaginal.

4.2 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kebede B, Abdo R, Anshebo A, Gebremariam B. Prevalence and predictors of primary postpartum hemorrhage: An implication for designing effective intervention at selected hospitals, Southern Ethiopia. PLoS One. 2019; 14(10).
2. Thepampan W, Eungapithum N, Tanasombatkul K, Phinyo P. Risk Factors for Postpartum Hemorrhage in a Thai-Myanmar Border Community Hospital: A Nested Case-Control Study. Int J Environ Res Public Health. 2021; 18(9).
3. Rivera S, Chacón C, González A. Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. Revista Médica Sinergia. 2020; 5(6).
4. Crespo D, Mendieta L. Contexto de las hemorragias, en el puerperio inmediato. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2019; 17(3): p. 5-9.
5. Castiblanco R, Coronado C, Morales L, Polo T, Saavedra A. Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. Rev Cuid. 2022; 13(1).
6. Ministerio de Salud del Perú. Casos de muerte materna se redujeron en 10 % a lo largo del año 2023. [Online].; 2024 [citado 25 julio 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/891177-casos-de-muerte-materna-se-redujeron-en-10-a-lo-largo-del-ano-2023>.



7. Román V, Fernández M, Huanco D. Tendencia y distribución regional de la mortalidad materna en el Perú: 2015-2019. *Ginecol Obstet Mex.* 2022; 90(10).
8. Muluye G, Gashaw A, Woretaw L, Girma B, Tumebo T. Risk factors of primary postpartum hemorrhage among postnatal mothers in the public hospital of southern Tigray, Ethiopia, 2019: A case-control study. *Front Glob Womens Health.* 2023.
9. Bazirete O, Nzayirambaho M, Umubyeyi A, Karangwa I, Evans M. Risk factors for postpartum haemorrhage in the Northern Province of Rwanda: A case control study. *PLoS One.* 2022; 17(2).
10. Taylor K, Noel E, Chapple A, Buzhardt S, Sutton E. Risk factors for postpartum hemorrhage in a tertiary hospital in South-Central Louisiana. *he Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine.* 2021; 35(25): p. 7353–7359.
11. Liu C, Yu F, Xu Y, Li J, Guan Z, Sun M, et al. Prevalence and risk factors of severe postpartum hemorrhage: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021; 21(1).
12. Davey M, Flood M, Pollock W, Cullinane F, McDonald S. Risk factors for severe postpartum haemorrhage: A population-based retrospective cohort study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2020; 60(4).
13. Aquino E. Factores de riesgo asociados a hemorragia post parto inmediato en gestantes de parto vaginal. Hospital Tingo María. julio



- diciembre 2018. Tesis de especialidad. Huánuco: Universidad de Huánuco, Escuela de Posgrado; 2023.
14. Merino D. Factores de riesgo asociados a hemorragia posparto primaria en pacientes del Hospital Santiago Apóstol de Utcubamba - Amazonas, 2020-2022 [Internet]. Tesis. Universidad Continental; 2023.
 15. Sánchez A. Factores asociados a la hemorragia posparto en púérperas inmediatas atendidas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Tesis de Especialidad. Lima: Universidad Norbert Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud; 2020.
 16. Cervera A. Factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital General de Jaén en el periodo 2018-2021 [Internet]. Tesis. Universidad Nacional de Cajamarca; 2022.
 17. Pérez E, Alcántara R. Embarazo múltiple como factor de riesgo para hemorragia posparto por atonía uterina en el Hospital Belén de Trujillo. Acta Médica Orreguiana Hampi Runa. 2019; 19(1).
 18. Arizaca L, Ccalla R. Factores individuales y obstétricos asociados a hemorragia posparto en mujeres atendidas en un hospital de Juliaca 2023 [Internet]. Tesis. Universidad Autónoma de Ica; 2023.
 19. Cruz E, Melendez B. Factores Asociados a Hemorragias Obstétricas en el posparto en el Centro de Salud Santa Adriana,



Juliaca en el Periodo de Septiembre a Diciembre del 2022 [Internet].

Tesis. Universidad Autónoma de Ica; 2023.

20. Gonzales L. Factores de riesgo para hemorragia posparto temprana en puérperas de parto vaginal en el Hospital Manuel Núñez Butron de Puno en el año 2020 [Internet]. Tesis. Universidad Nacional del Altiplano; 2021.
21. Columbié T, Pérez R, Cordero Y. Factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato: Hospital Juan Bruno Zayas. Revista Médica Sinergia. 2019; 4(10).
22. Monterde E, Ferrer P, Parra J, López M. Protocolo: Control gestacional en gestantes con cesárea anterior. Protocolo. Barcelona: Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona.; 2018.
23. Coello M, Vásquez B, Díaz M, Zurita M. Prevención, diagnóstico y tratamiento en pacientes con hemorragia postparto. Dom. Cien. 20022; 8(3): p. 66-77.
24. Madrazo J, León G, Oliveros A, Ledesma J, Morales I, Sedeño V. Complicaciones en embarazos logrados por reproducción asistida. Gac. Méd. Méx. 2020; 156(2).
25. Gonzales G, Olavegoya P. Fisiopatología de la anemia durante el embarazo: ¿anemia o hemodilución? Rev. peru. ginecol. obstet. 2019; 65(4).



26. Erazo S, Reyes K, Bermúdez A, Erazo M. Hemorragia en el parto y en el embarazo. *Reciamuc*. 2022; 6(4).
27. Sornoza R, Ordóñez M, Velásquez N, Espinoza M. Hemorragias obstétricas. *Reciamuc*. 2022; 6(2).
28. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Guia de procedimientos. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2023.
29. Dulay A. Desprendimiento placentario. [Online].; 2022 [citado 22 julio 2024]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/desprendimiento-placentario>.
30. Hernández S, Basteiro E, Meler E, Cobo T, Figueras F, Parra J, et al. Protocolo: Cesárea. Protocolo. Barcelona: Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona.; 2020.
31. Ponce M, Zapata M, Cárdenas A, Parra W. Manejo de la hemorragia severa post-parto por atonía uterina. *Dom. Cien*. 2021; 7(4).
32. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna. Norma técnica. Lima: Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Salud de las personas del Ministerio de Salud ; 2013.

33. Naula L, Quiñonez C, Solano B, Méndez J, Oviedo Y, Carpio D, et al. Complicaciones del puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso. Durante este periodo los cambios fisiológicos que se originan en el embarazo se revierten y útero va reduciendo su tamaño. 2019; 14(2).
34. Diccionario Etimológico Castellano en Linea. Anteparto. [Online].; 2024. Available from: [Citado 05 de Agosto del 2024]Disponible:<https://etimologias.dechile.net/?anteparto>.
35. Organización Panamericana de la Salud. Factores de Riesgo. DeCs. [Online].; 2020. Available from: [Citado 05 de Agosto del 2024]Disponible:https://decs.bvsalud.org/es/this/resource/?id=28612&filter=this_termall&q=factores%20de%20riesgo.
36. HIV.gov - Glosario del VIH/ SIDA. Período intraparto. [Online].; 2020. Available from: [citado 05 de Agosto del 2024]Disponible:<https://clinicalinfo.hiv.gov/es/glossary/periodo-intraparto#:~:text=Per%C3%ADodo%20en%20el%20cual%20transcurre,la%20madre%20como%20al%20feto>.
37. Prieto J, Sánchez J, Martínez E, Ibáñez L, Borruel S. Complicaciones del puerperio: mecanismos fisiopatológicos y principales hallazgos radiológicos asociados. Radiología. 2021; 63(1): p. 22-31.



38. Oberg A, Hernandez-Díaz S, Palmsten K, Almqvist C, Bateman B. Patterns of Recurrence of Postpartum Hemorrhage in a Large, Population-Based Cohort. *Am J Obstet Gynecol.* 2015; 210(3): p. 1-8.
39. Nair M, Chhabra S, Choudhury S, Deka D, Deka G, Kakoty S, et al. Relationship between anaemia, coagulation parameters during pregnancy and postpartum haemorrhage at childbirth: a prospective cohort study. *BMJ Open.* 2021; 11(10): p. e050815.
40. Chen C, Liu X, Chen D, Huang S, Yan X, Liu H, et al. A risk model to predict severe postpartum hemorrhage in patients with placenta previa: a single-center retrospective study. *APM.* 2019; 8(5): p. 1-11.
41. Li Y, Tian Y, Liu N, Chen Y, Wu F. Analysis of 62 placental abruption cases: Risk factors and clinical outcomes. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2019; 58(2): p. 223-226.
42. Gong J, Chen Z, Zhang Y, Liu Y, Pu J, Xiong C, et al. Risk-factor model for postpartum hemorrhage after cesarean delivery: a retrospective study based on 3498 patients. *Sci Rep.* 2022; 12(22100): p. 1-9.
43. Quezada-Robles A, Quispe-Sarmiento F, Bendezu-Quispe G, Vargas-Fernández R. Fetal Macrosomia and Postpartum Hemorrhage in Latin American and Caribbean Region: Systematic



Review and Meta-analysis. Rev Bras Ginecol Obstet. 2023; 45(11):
p. e706–e723.



ANEXOS



ANEXO 01: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

ID	Edad	Cesarea_previa	ant_hemoPost	Fert_invitro	Anemia_preparto	Anemia	Placenta_previa	Placenta_previa	Desprendimiento_placent	Parto_prolongado	Atonía_uterina	Macrosomía_fetal	Retención_restosplacentario.	Lesiones_canalgenital	Hemorragia_parto	Hemorragia_cesárea
1	>35 años	Ausente	Ausente	Presente	Leve	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente
2	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente
3	19-35 a...	Presente	Ausente	Ausente	Leve	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente
4	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Moderado	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Presente	Ausente	Presente	Presente	Ausente
5	19-35 a...	Presente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Presente	Ausente	Presente	Presente	Ausente
6	19-35 a...	Presente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente
7	>35 años	Ausente	Ausente	Presente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente
8	19-35 a...	Ausente	Presente	Ausente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Presente	Ausente
9	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente
10	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Leve	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente
11	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Ausente
12	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Presente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente
13	19-35 a...	Presente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente
14	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Ausente
15	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Leve	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Ausente
16	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Leve	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Presente	Ausente
17	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Leve	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Ausente
18	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Leve	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Ausente
19	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Ausente
20	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Ausente
21	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Leve	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Ausente



ID	Edad	Cesarea_previa	ant_hemoPost	Fert_invitro	Anemia_preparto	Anemia	Placenta_previa	Placenta_previa	Desprendimiento_placent	Parto_prolongado	Atonia_uterina	Macrosomía_fetal	Retención_restosplacentario.	Lesiones_canalgenital	Hemorragia_parto	Hemorragia_cesárea
22	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Leve	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Ausente
23	>35 años	Ausente	Ausente	Ausente	Leve	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Ausente
24	19-35 a...	Presente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente
25	19-35 a...	Presente	Presente	Ausente	Leve	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente
26	>35 años	Presente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Presente	Ausente
27	>35 años	Ausente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Presente	Ausente
28	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Leve	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente
29	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Leve	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente
30	>35 años	Ausente	Ausente	Ausente	Leve	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente
31	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Ausente
32	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Ausente
33	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Presente	Ausente
34	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Presente	Presente	Presente	Ausente
35	19-35 a...	Presente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Presente	Presente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente
36	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Presente	Ausente
37	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente
38	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente
39	>35 años	Ausente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente
40	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente
41	>35 años	Ausente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente
42	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Presente	Presente	Presente	Ausente



ID	Edad	Cesarea_previa	ant_hemoPost	Fert_invitro	Anemia_preparto	Anemia	Placentaprevia	Placenta_previa	Desprendimientoplacent	Parto_prolongado	Atonía_uterina	Macrosomía_fetal	Retenciórestosplacentario.	Lesiones_canalgenital	Hemorragia_parto	Hemorragia_cesárea
43	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente
44	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente
45	19-35 a...	Presente	Ausente	Ausente	Leve	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Presente	Ausente
46	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Leve	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Presente	Ausente
47	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Leve	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Ausente
48	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Leve	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Ausente
49	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Moderado	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Ausente
50	>35 años	Ausente	Ausente	Ausente	Leve	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente
51	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Ausente
52	19-35 a...	Ausente	Ausente	Ausente	Normal	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Presente



ANEXO 02: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: FACTORES DE RIESGO ANTEPARTO E INTRAPARTO RELACIONADOS CON HEMORRAGIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD DE JULIACA 2023

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>General PG: ¿Cuáles son los factores de riesgo anteparto e intraparto relacionados a hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud de Juliaca 2023?</p> <p>Específicos PE1: ¿Cuáles son los factores de riesgo anteparto relacionado a hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud?</p>	<p>General OG: Determinar los factores de riesgo anteparto e intraparto relacionados a hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud de Juliaca 2023.</p> <p>Específicos OE1: Identificar los factores de riesgo anteparto relacionados a la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud.</p> <p>OE2: Analizar los factores de riesgo intraparto relacionados a la hemorragia en el</p>	<p>General HG: Los factores de riesgo anteparto e intraparto están relacionados significativamente a la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud de Juliaca 2023.</p> <p>Específicos HE1: Los factores anteparto como la edad materna < 18 años, cesárea previa, antecedentes de hemorragia posparto, concepción mediante fertilización invitro, anemia preparto, la placenta previa y desprendimiento de placenta se encuentran relacionados significativamente a la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud.</p> <p>HE2: Los factores intraparto como el parto prolongado, atonía uterina, macrosomía fetal y lesiones del canal genital están</p>	<p>Variable 1: independiente</p> <p>Factores de riesgo</p>	<p>1.1 Factores anteparto</p>	<p>1.1.1 Edad</p> <p>1.1.2 Cesárea previa</p> <p>1.1.3 Antecedente de hemorragia postparto</p> <p>1.1.4 Concepción mediante fertilización in vitro</p> <p>1.1.5 Anemia preparto</p> <p>1.1.6 Placenta previa</p> <p>1.1.7 Desprendimiento de placenta</p>	<p>Diseño de investigación No experimental</p> <p>Tipo de investigación Básico, nivel correlacional, corte transversal y retrospectiva.</p> <p>Método de investigación Hipotético deductivo y enfoque cuantitativo</p> <p>Población 52 gestantes cuyo parto fue atendido en el Hospital III EsSalud de Juliaca, en el 2023 y presentaron hemorragia en el</p>



<p>PE2: ¿Cuáles son los factores de riesgo intraparto relacionado a hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud?</p> <p>PE3: ¿Cuál es la frecuencia de hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud?</p>	<p>puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud.</p> <p>OE3: Evaluar la frecuencia de hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud.</p>	<p>relacionados significativamente con la hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud.</p> <p>HE3: Será frecuente la hemorragia en el puerperio inmediato si una de ellas se encuentra en mayor porcentaje en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud.</p>	<p>Variable dependiente</p> <p>Hemorragia en el puerperio inmediato</p>	<p>1.2 Factores intraparto</p> <p>2.2 Pérdida sanguínea</p>	<p>1.2.1 Parto prolongado</p> <p>1.2.2 Atonía uterina</p> <p>1.2.3 Macrosomía fetal</p> <p>1.2.4 Laceraciones perineales de 3er y 4to grado</p> <p>2.1.1 Pérdida sanguínea >500 ml posterior del parto en las primeras 24 horas</p> <p>2.1.2 Pérdida sanguínea >1000 ml posterior a cesárea en las primeras 24 horas</p>	<p>postparto inmediato.</p> <p>Muestra 52 gestantes</p> <p>Técnica e Instrumento de recolección Análisis documental Formulario de recolección de datos</p> <p>Análisis estadístico Chic cuadrado Significancia 5%</p>
---	---	---	--	---	--	--



ANEXO 03: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha: ___/___/___

Número de ficha: _____

Factores de riesgo anteparto	
Edad materna	<18 años () 19-35 años () >35 años ()
Cesárea previa	Presente () Ausente ()
Antecedente de hemorragia postparto	Presente () Ausente ()
Concepción mediante fertilización invitro	Presente () Ausente ()
Anemia preparto	Normal () Leve () Moderada () Severa ()
Placenta previa	Total () Parcial () Marginal () Ausente ()
Desprendimiento de placenta	Total () Parcial () Ausente ()
Factores de riesgo intraparto	
Parto prolongado	Presente () Ausente ()
Atonía uterina	Presente () Ausente ()
Macrosomía fetal	Presente () Ausente ()
Laceraciones perineales de tercer y cuarto grado	1er grado () 2do grado () 3er grado () 4to grado () Ausente ()
Hemorragia en el puerperio inmediato	
Perdida sanguínea >500 ml posterior del parto en las primeras 24 horas	Presente () Ausente ()
Perdida sanguínea >1000 ml posterior a cesárea en las primeras 24 horas	Presente () Ausente ()



ANEXO 04: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES : Lupaca Huichi Joel Enrique
- 1.2. GRADO Y/O TÍTULO PROFESIONAL : Médico Ginecólogo
- 1.3. INSTITUCIÓN QUE LABORA : Hospital EsSalud III Juliaca
- 1.4. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN : Factores de riesgo anteparto e intraparto relacionados con hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes
- 1.5. AUTOR DEL INSTRUMENTO : Paredes Mamani Jambeth Kateryn
- 1.6. NOMBRE DEL INSTRUMENTO : Ficha de recolección de datos

II. ASPECTOS EVALUAR:

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS CUALITATIVOS CUANTITATIVOS	Deficiente (01-09)	Regular (10-12)	Bueno (12-15)	Muy bueno (15-18)	Excelente (18-20)
		01	002	003	004	05
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado					20
2. OBJETIVIDAD	Está expresado con conductas observables					20
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					20
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización y lógica.					20
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.					20
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los aspectos de estudios					20
7. CONSISTENCIA	Basado en el aspecto teórico científico y del tema de estudio.					20
8. COHERENCIA	Entre las variables, dimensiones y variables					20
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					20
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas para la investigación					20
Total						

VALORACION CUANTITATIVA (Total x 0.4) : 100% - 80%

VALORACION CUALITATIVA : Validación alta

OPINIÓN DE APLICABILIDAD : El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

Lugar y fecha: Juliaca, 30 de Agosto del 2024.

Joel E. Lupaca Huichi
 DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
 MP. 60100 RNE. 32870
 HOSPITAL III JULIACA

Firma del experto

DNI N°



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES : Condon Quispe Juan Pablo
- 1.2. GRADO Y/O TÍTULO PROFESIONAL : Médico Ginecologo
- 1.3. INSTITUCIÓN QUE LABORA : Hospital EsSalud III Juliaca
- 1.4. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN : Factores de riesgo anteparto e intraparto relacionados con hemorragia en el puerpero inmediato en gestantes
- 1.5. AUTOR DEL INSTRUMENTO : Pareds Mamani Jamileth Kateryu
- 1.6. NOMBRE DEL INSTRUMENTO : Ficha de recolección de datos

II. ASPECTOS EVALUAR:

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS CUALITATIVOS CUANTITATIVOS	Deficiente (01-09)	Regular (10-12)	Bueno (12-15)	Muy bueno (15-18)	Excelente (18-20)
		01	002	003	004	05
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado					20
2. OBJETIVIDAD	Está expresado con conductas observables					20
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					20
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización y lógica.					20
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.					20
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los aspectos de estudios					20
7. CONSISTENCIA	Basado en el aspecto teórico científico y del tema de estudio.					20
8. COHERENCIA	Entre las variables, dimensiones y variables					20
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					20
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas para la investigación					20
Total						

VALORACION CUANTITATIVA (Total x 0.4) : 100% - 80%

VALORACION CUALITATIVA : Validación alta

OPINIÓN DE APLICABILIDAD : El mstrumento de investigación esta apto para su aplicación

Lugar y fecha: Juliaca, 30 de Agosto.....del 2024.


 DR. JUAN PABLO CONDON QUISPE
 JEFE DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 HOSPITAL ES SALUD III JULIACA
 RNE 20927
 Firma del experto
 DNI N°

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES : Ajahuana Condori William
- 1.2. GRADO Y/O TÍTULO PROFESIONAL : Médico Ginecólogo
- 1.3. INSTITUCIÓN QUE LABORA : Hospital EsSalud III Juliaca
- 1.4. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN : Factores de riesgo anteparto e intraparto relacionados con hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes
- 1.5. AUTOR DEL INSTRUMENTO : Paredes Mamani Jamileth Kateryn
- 1.6. NOMBRE DEL INSTRUMENTO : Ficha de recolección de datos

II. ASPECTOS EVALUAR:

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS CUALITATIVOS CUANTITATIVOS	Deficiente (01-09)	Regular (10-12)	Bueno (12-15)	Muy bueno (15-18)	Excelente (18-20)
		01	002	003	004	05
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado					20
2. OBJETIVIDAD	Está expresado con conductas observables					20
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					20
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización y lógica.					20
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.					20
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los aspectos de estudios					20
7. CONSISTENCIA	Basado en el aspecto teórico científico y del tema de estudio.					20
8. COHERENCIA	Entre las variables, dimensiones y variables					20
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					20
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas para la investigación					20
Total						

VALORACION CUANTITATIVA (Total x 0.4) : 100% - 80%

VALORACION CUALITATIVA : Validación alta

OPINIÓN DE APLICABILIDAD : El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

Lugar y fecha: Juliaca, 30. de ..Agosto.....del 2024.

William Ajahuana Condori
 MEDICO CIRUJANO - C.M.P.: 63024
 ESPECIALIDAD GINECOLOGIA OBSTETRICIA M.E. 35202
 Firma del experto

DNI N°



ANEXO 05: AUTORIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTO DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN

"Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho".

Juliaca, 27 de Setiembre del 2024

Señor(es):

Dr. Tumi Figueroa Alfred

COMITÉ DE INVESTIGACION

PRESENTE:

ASUNTO : PRESENTA A EGRESADA DE MEDICINA HUMANA PARA EJECUTAR PROYECTO DE INVESTIGACION .

SOLICITANTE: Srta. PAREDES MAMANI, JAMILETH KATERYN

Mediante el presente me dirijo a Ud. Para saludarlo cordialmente, y presentarle de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez de Juliaca ,Facultad Ciencias de la Salud, quien ejecutará el Proyecto de Investigación titulado: **"FACTORES DE RIESGO ANTEPARTO E INTRAPARTO RELACIONADOS CON HEMORRAGIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD DE JULIACA 2023"**; quien accederá a las Historias Clinicas solicito le brinden las facilidades correspondientes.

La Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital ESSALUD III Juliaca otorga la OPINIÓN FAVORABLE, para la recolección de datos dentro de la Institución a partir de la fecha; al concluir el proyecto deberá dejar un ejemplar para la Biblioteca del Hospital..

Atentamente



Berling D. Torres Ali
DIRECTOR
HOSPITAL BASE III
RED ASISTENCIAL JULIACA
EsSalud

DR. BERLING DIONICIO TORRES ALI



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 23/12/2024

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: Jamileth Kateryn Paredes Momani

Dirección: Conj. Hob. Blog. E 104 Urb. La Capilla

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 71897093

Teléfono: 933 547755 email: jamileth.paredes.29@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: Ciencias de la Salud

Escuela Profesional o Mención: Medicina Humana

Título o Grado Académico a optar: Médico Cirujano

Asesor: Hgtr. Santiago Cristobal Quispe Pari

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: Factores de riesgo anteparto e intraparto relacionados con hemorragia en el puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital III Es Salud de Juliaca 2023

Palabras claves, (3 a 5 términos): Factores de riesgo; Hemorragia; Periodo Postparto.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2}?
2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entré otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

- Bachiller Título 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: Medicina Humana P09

Firma de Autor



huella digital

23/12/2024

Fecha