

I  
**UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”**

**FACULTAD DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

---

**FACTORES DE RIESGO DE LA HEMORRAGIA  
POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL  
HOSPITAL “CARLOS SHOWING FERRARI”. HUÁNUCO,  
JULIO-DICIEMBRE 2016.**

---

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA**

**TESISTAS:**

**ESPINOZA MEZA, DELMIRA ALFONSINA  
IZARRA ROSALES, SILVIA MARISOL**

**ASESORA:**

**Mg. JESSYE M. RAMOS GARCÍA**

**HUÁNUCO – PERÚ**

**2017**

## DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a Dios por ser mi guía y permitirme llegar hasta esta etapa de mi vida.

A mis padres que con su amor, cariño y apoyo moral y económico, hicieron posible que hoy termine una meta más en mi vida.

A mi familia por el apoyo emocional que me brindaron en esta etapa que hoy culmino.

*Delmira Alfonsina Espinoza Meza,*

Este trabajo va dedicado a Dios por darme fuerza, fe y valor para poder cumplir mis metas y objetivos.

A mis padres Luis y Hermelinda quienes me apoyaron en todo sentido para lograr lo que hoy soy.

A mi hija que es la que me motiva a seguir cumpliendo mis metas.

*Silvia Marisol Izarra Rosales.,*

## **AGRADECIMIENTO**

A las autoridades de nuestra universidad Nacional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco y a la Facultad de Obstetricia, que es Nuestra Alma Mater; que en conjunto con los docentes de las diferentes áreas por sus consejos, enseñanzas y exigencias durante toda nuestra carrera profesional, nos inculcaron valores y conocimientos para formarnos y forjarnos en nuestra querida y amada profesión.

Al Director Dr. Javier Tzukasan K. y el Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia Dr. Wilfredo Hernández G. del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Puente Piedra, por permitirnos llevar a cabo nuestra labor como internas de obstetricia y como futuras profesionales de la salud.

A las obstetras del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Puente Piedra, por sus enseñanzas y apoyo en nuestro desarrollo y formación profesional.

Al director Med. Marco Jaramillo L., Presidente de Capacitacion Mg. Luis Laguna y Jefa de Obstetras Rosamaria Manzano del Hospital Carlos Showing Ferrari, por permitirnos llevar a cabo nuestro proyecto de tesis y brindarnos las facilidades para su ejecución.

Por último. A nuestra asesora Mg. Jessye Ramos Garcia por su asesoramiento durante todo el proceso del desarrollo de la tesis.

## RESUMEN

La presente investigación titulada “Factores de Riesgo de la Hemorragia Postparto en Puérperas Inmediatas Hospital “Carlos Showing Ferrari” Huánuco Julio-Diciembre 2016”, tuvo el objetivo de conocer los factores de riesgo de hemorragia postparto en puérperas inmediatas del Hospital Carlos Showing Ferrari – Huánuco, Julio – Diciembre 2016.

Metodología: el nivel y tipo de investigación correspondió al observacional de tipo relacional, descriptivo y retrospectivo transversal. Para la selección de muestra se utilizó la no probabilística por conveniencia haciendo un total de 30 puérperas inmediatas; como instrumentos de recolección de datos se utilizó una ficha de recolección de datos mediante las historias clínicas obstétricas.

Resultados: mediante la prueba de hipótesis según la significancia del chi cuadrado se obtuvo que:  $X^2: 4.09 \leq 5.99$  rechazando la  $H_a$  y aceptando la  $H_o$ : “los factores de riesgo anteparto, intraparto y postparto no están fuertemente asociados a la hemorragia postparto en puérperas inmediatas del Hospital Carlos Showing Ferrari – Huánuco, Julio – Diciembre 2016.

Conclusiones: en general, un promedio de 40% de puérperas inmediatas presentaron hemorragia postparto a causa de los factores de riesgo intraparto, el 20% a causa de los factores anteparto y 20% a causa de los factores postparto.

**PALABRAS CLAVES:** factores de riesgo, hemorragia postparto, puérperas inmediatas

## SUMMARY

The present research entitled "Risk Factors for Postpartum Hemorrhage in Immediate Hospital Hospital" Carlos Showing Ferrari "Huánuco July-December 2016", had the objective of knowing the risk factors for postpartum hemorrhage in immediate postpartum patients at Hospital Carlos Showing Ferrari - Huánuco , July - December 2016.

Methodology: the level and type of research corresponded to the relational, descriptive and retrospective cross-sectional observational. For the selection of sample was used the non probabilistic for convenience making a total of 30 immediate puerperas; as data collection instruments, a data collection form was used through obstetrical records.

Results: by means of the hypothesis test according to the significance of chi square, it was obtained that:  $X^2: 4.09 \leq 5.99$  rejecting the  $H_a$  and accepting the  $H_o$ : "antepartum, intrapartum and postpartum risk factors are not strongly associated with postpartum hemorrhage in immediate postpartum Carlos Hospital Showing Ferrari - Huánuco, July - December 2016

Conclusions: in general, an average of 40% of immediate postpartum women presented postpartum hemorrhage due to intrapartum risk factors, 20% because of antepartum factors and 20% because of postpartum factors

KEY WORDS: risk factors, postpartum hemorrhage, immediate puerperal women

## INTRODUCCION

El embarazo es una etapa en la vida de la mujer, fuente de felicidad ya que se da origen a una nueva vida, sin embargo al mismo tiempo esto puede generar angustia, debido a que se pueden presentar riesgos y complicaciones. Asimismo, el embarazo no es una enfermedad; el parto es un proceso fisiológico normal, es un acontecimiento íntimo y único en la vida de una mujer.

La hemorragia postparto es un problema que se presenta en el puerperio inmediato o tardío, y es probablemente la complicación más grave después del parto. Anualmente, se estima que un total de 150 000 muertes maternas se dan en todo el mundo como resultado de una hemorragia postparto. La mayoría de estas muertes pueden evitarse a través del uso profiláctico de agentes uterotónicos durante el alumbramiento y mediante el control y tratamiento oportuno y apropiado.

Se estima que la incidencia es mucho mayor en los países en vías de desarrollo, donde gran parte de las mujeres embarazadas no tienen la posibilidad de acceder a una atención prenatal y más aun a un parto asistido por personal capacitado; en el Perú la HPP se presenta en el 10% de los partos.

En promedio, en un parto vaginal espontáneo se suele tener una pérdida sanguínea de hasta 500cc; y en una cesárea se estima entre 800 a 1000ml, por lo que la diferencia del hematocrito es del 10% después del parto.

La investigación consta de 5 capítulos, donde el capítulo I corresponde al planteamiento del problema, que incluye descripción del problema, formulación del problema, formulación de objetivos, justificación de la investigación y limitaciones de la investigación; el capítulo II al marco teórico conceptual, que incluye los antecedentes, las bases teóricas y

la definición de términos; el capítulo III a la hipótesis, sistema de variables; el capítulo IV al marco metodológico, que incluye el ámbito espacial y temporal, tipo y nivel de investigación, diseño de estudio, población y muestra, criterios de selección, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procesamiento de datos y el aspecto ético; el capítulo V de los resultados; la discusión de resultados; las conclusiones; incluye las recomendaciones; las referencias bibliográficas y finalmente se presentan los anexos.

## INDICE

<b>DEDICATORIA</b> .....	I
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	II
<b>RESUMEN</b> .....	III
<b>SUMARY</b> .....	IV
<b>INTRODUCCION</b> .....	V
<b>INDICE</b> .....	VII

### **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

1.1 Descripción del Problema.....	09
1.2 Formulación del Problema.....	10
1.2.1 Problema General.....	10
1.2.2 Problemas Específicos.....	10
1.3 Objetivos de la Investigación.....	11
1.3.1 Objetivo General.....	11
1.3.2 Objetivos Específicos.....	11
1.4 Justificación de la Investigación.....	11
1.5 Limitaciones de la Investigación.....	12

### **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

2.1 Antecedentes.....	13
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	13
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	19
2.1.3 Antecedentes Locales.....	23
2.2 Bases Teóricas.....	23
2.3 Definición de Términos Básicos.....	45

### **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

3.1 Hipótesis: General y Específicas.....	46
3.2 Variables.....	47
3.3. Operacionalización de Variables.....	47



**CAPITULO IV: MARCO  
METODOLOGICO**

4.1	Ámbito Espacial y Temporal.....	48
4.2	Nivel y Tipo de Investigación.....	48
4.3	Diseño y esquema de la Investigación.....	49
4.4	Universo, Población y Muestra.....	50
4.4.1	Determinación del Universo y Población.....	50
4.4.2	Selección de la Muestra.....	50
4.4.3.	Criterios de Selección.....	50
4.5	Técnicas de Recolección y Tratamiento de Datos.....	51
4.5.1	Fuentes Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	51
4.9	Procesamiento y Presentación de Datos.....	52

**CAPITULO V:  
RESULTADOS.....53****5.1. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....63****CONCLUSIONES.....66****RECOMENDACIONES.....67****REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....68****ANEXOS X: .....71**

## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La hemorragia postparto se produce cuando hay una pérdida sanguínea de 500ml o más en las primeras 24 horas después del parto (puerperio inmediato) y más de 1000ml cuando se realiza una cesárea; con una disminución de más del 10% del hematocrito.

La HPP se da por los siguientes factores de riesgo: edad, multiparidad, macrosomía fetal, polihidramnios, embarazo múltiple, antecedente de cesárea, antecedente de legrados uterinos, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, parto prolongado, parto precipitado, mal manejo del parto y alumbramiento, distocias de presentación fetal.

Desde nuestro punto de vista las causas de la hemorragia posparto pueden ser múltiples, las más frecuentes y que se pueden presentar en toda paciente son: atonía uterina (hipotonía uterina), alumbramiento incompleto y desgarros cervicales y/o vaginales.

Las principales causas de muerte materna en Huánuco son: las hemorragias obstétricas (62.0%), por esta causa ocurrieron 104.2 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos, y en segundo lugar se presentan los trastornos hipertensivos en el embarazo parto y puerperio con el 9.7% del total de muertes maternas según MINSA, las muertes maternas pueden ocasionar desamparo de recién nacido, niños y familias que pueden afectar en las comunidades y la sociedad (1).

La mortalidad materna en el Perú, pasó de 411 defunciones en el año 2014 a 414 en el 2015, según cifras de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud (MINSA), lo que representa un incremento de 0.7%. La muerte de una mujer durante el proceso grávido y puerperal puede darse en número de muertes maternas

según causas de defunción: por muerte materna directa 57.5%, muerte materna indirecta 34% y muerte materna incidental o accidental (llamada también no materna) 8.5%. Las muertes maternas según regiones naturales son: en la costa 37%, sierra 45% y selva 18%; las muertes maternas según grupos de edad: 15-19 años 19.4%, 20-24 años 16.4%, 25-29 años 20.9%, 30-34 años 14.9%, 35-39 años 14.9%, 40-44 años 10.4% Y 45-49 años 3% al año 2016 según Centro Nacional de Epidemiología–MINSA (2).

Para prevenir la HPP, se deben proporcionar agentes uterotónicos a todas las puérperas inmediatas durante el alumbramiento, por lo cual se usa la oxitocina (10UI). Se usan otros agentes uterotónicos para la prevención de HPP como la ergometrina (si la presión es de 120/80 a 90/60) y misoprostol como alternativas en los lugares en los que no se disponga de oxitocina (3).

Por todo lo descrito anteriormente se pretende conocer y establecer los factores de riesgo que influyen en la hemorragia postparto.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. PROBLEMA GENERAL**

¿Cuáles son los factores de riesgo de la hemorragia postparto en puérperas inmediatas del Hospital Carlos Showing Ferrari - Huánuco Julio-diciembre 2016?

### **1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS**

- ¿Cuáles son los factores de riesgo anteparto de hemorragia postparto que presentaron las puérperas inmediatas?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo intraparto de hemorragia postparto que presentaron las puérperas inmediatas?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo postparto de hemorragia postparto que presentaron las puérperas inmediatas?

- ¿Cuál es la etapa con mayor preponderancia de los factores de riesgo de HPP durante el anteparto, intraparto y postparto que se presentan en las puérperas inmediatas?

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Conocer los factores de riesgos de hemorragia postparto en puérperas inmediatas del Hospital Carlos Showing Ferrari - Huánuco julio - diciembre 2016

#### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar los factores de riesgo anteparto de hemorragia postparto que presentaron las puérperas inmediatas.
- Determinar los factores de riesgo intraparto de hemorragia postparto en puérperas inmediatas.
- Determinar los factores de riesgo postparto de hemorragia postparto en puérperas inmediatas.
- Identificar la etapa con mayor preponderancia de los factores de riesgo de HPP durante el anteparto, intraparto y postparto que se presentan en las puérperas inmediatas.

### **1.4. JUSTIFICACIÓN**

La incidencia de la hemorragia post parto ha ido aumentando considerablemente constituyendo un 36.5% de las muertes maternas en el país, donde un 9.4% de muertes maternas por HPP se da en el departamento de Huánuco. De seguir con la situación del aumento de muertes maternas por hemorragia postparto y se dará el desamparo social de los niños recién nacidos, familias en abandono sin la presencia materna la cual afecta a la sociedad, datos que ameritan estudio de los factores relacionados a esta patología. Porque las muertes maternas pueden ocasionar desamparo de recién nacido, niños y familias que pueden afectar en las comunidades y la sociedad (2).

Con este estudio podemos ayudar que el problema puede disminuir si detectamos a tiempo los factores de riesgo anteparto, intraparto y postparto aplicando oportunamente las actividades de prevención de muerte materna y el manejo apropiado por parte de los profesionales de obstetricia de los protocolos y guías de atención de emergencias obstétricas, para solucionar los casos de HPP. Implementar actividades de prevención para detectar precozmente el embarazo y sus factores de riesgo, asimismo evitar muerte materna por HPP.

Por otro lado, los resultados servirán de base para posteriores investigaciones, que incluyan poblaciones mucho más grandes, y que permita tener un control más estricto de las variables.

El C.S. Carlos Showing Ferrari cuenta con los recursos necesarios para abordar el presente estudio de investigación.

#### **1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

No se presentaron limitaciones para poder desarrollar la presente investigación.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES

##### 2.1.1. INTERNACIONALES

**Palomo T, Jorge B.** Guatemala 2014; en la investigación “Incidencia de la hemorragia postparto por atonía uterina”, tuvo como objetivo describir la incidencia de la Hemorragia Posparto por atonía uterina en las mujeres atendidas en la sala de labor y partos del Hospital Regional de Escuintla durante los meses de marzo a octubre, 2011, el estudio fue retrospectiva, transversal y descriptiva mediante una ficha. La metodología fue de un estudio transversal y los resultados fueron: que el 35.82 % de las pacientes tenían edades comprendidas entre 15 y 19 años seguidas del 34.32% con edad de 20 a 24 años, el 40.30% eran terciparas o más y el 32.83 % nulíparas, el mayor número de pacientes (77,61) tenían embarazo a término y su parto fue eutócico (68.65%), el 23,88% terminó su embarazo por cesárea, entre las acciones realizadas ante la hemorragia uterina se le administró Misoprostol 800 mcg rectal única dosis al 73.13% de las pacientes, oxitocina intravenosa a dosis de 20u/lt sol a 30-60 gotas minuto en el 52.23%, al igual que se utilizó Carbetocina 100 µg en el 49.25% de los casos, el 28.35% de las pacientes requirieron la administración de metilergonovina 0.2mg por falta de respuesta al tratamiento inicial, el 10.44% de los casos ocurridos en sala de operaciones en el

transoperatorio, se realizó la administración de oxitocina 10 UI en cuernos uterinos y se colocaron puntos de B-Lynch, por último terminaron en histerectomía, en el 5.97% por no respuesta a todas las acciones antes mencionadas; los principales factores de riesgo Intraparto fueron la oxito-conducción en un 52.24% de los casos, parto precipitado con un 14.93%, ruptura prematura de membranas 13.43%, óbito en el 2.98%. por lo que se llegó a la conclusión que hay predominó la edad de 15 a 19 años y las que tenían tres partos o más, el mayor número de pacientes tenía embarazo a término y el parto fue eutócico, las principales causas de cesáreas fueron la desproporción cefalopélvica y el sufrimiento fetal agudo, las principales acciones realizadas para controlar el sangrado fueron administración de Misoprostol, Oxitocina, Carbetocina y Metilergonovina, el 77.61 % de las pacientes llevó atención prenatal, el principal factor de riesgo intraparto fue la oxiconducción, la incidencia de atonía uterina (67casos/8meses) es de 8.37 casos por mes (4).

**Muñoz H, Karla I.** Guayaquil-Ecuador 2013; en la investigación “Incidencia de las complicaciones de la hemorragia postparto en mujeres”, tuvo como objetivo determinar la incidencia de las complicaciones derivadas de las hemorragias postparto en adolescentes de 14 a 19 años, el estudio fue de corte transversal mediante encuestas, y en las que se mencionaba la edad, antecedentes gineco-obstétrico, pérdida hemática, causa de la

hemorragia postparto, complicaciones y tratamiento. La metodología fue bajo un diseño transversal y los resultados fueron: el grupo etario mayormente representativo corresponde a 25 mujeres de edad comprendida entre los 16 a 17 años, las mismas que representa el 41% del total de los casos, en lo que respecta a la paridad observamos que 44 puérperas (73%) son nulíparas. Es importante resaltar que el 67% de las pacientes presentaron pérdida hemática considerable evaluada por el número de paños utilizados. De los 60 casos estudiados todos fueron por vía vaginal, la sintomatología inicial como manifestación de la pérdida hemática fue palidez y mareo en el 25%. la causa de la hemorragia postparto que mayormente se observó fue la retención de restos placentarios (50%) seguida la hipotonía (42%). Las complicaciones derivadas del cuadro hemorrágico fue la anemia en el 50% de mujeres y el otro 50% no presentó ninguna complicación, lo que refleja que hubo un manejo oportuno y adecuado de las pacientes. El mayor porcentaje de las adolescentes que presentaron hemorragia postparto con un 41% son 16 a 17 años. Entre los antecedentes Gineco obstétricos tenemos con un elevado porcentaje de 73% que son nulíparas. El 100% de la población estudiada se sometieron a un trabajo de parto por vía vaginal. Con un 67% en el postparto las pacientes han tenido una pérdida hemática considerable y a un 33% de las pacientes se le realizó episiotomía. Entre los diferentes síntomas el de mayor porcentaje con un 25% las pacientes presentaron mareo. Siendo la retención placentaria la mayor causa



de la hemorragia postparto con un 50%. El tratamiento más utilizado para detener la hemorragia post parto es la oxitocina con un 47% (5).

**Ruiz Q, Magali N.** Ambato – Ecuador 2012; en la investigación “Factores de riesgo que inciden en hemorragias postparto vaginal en mujeres indígenas” tuvo como objetivo: identificar los factores de riesgo que inciden en hemorragias postparto vaginal en mujeres indígenas. La metodología del estudio fue de tipo analítico descriptivo explicativo y sistémico por medio de encuestas, y los resultados de los principales factores riesgo de hemorragias postparto que se presentó con mayor frecuencia fueron: la anemia, la falta de controles prenatales, atención de parto en domicilio, edad, nivel socioeconómico bajo, de igual manera las causas de hemorragia postparto que presentaron fueron las atonías uterinas, las lesiones del canal blando del parto y los restos placentarios, concluyéndose que los factores de riesgo mencionados tiene una gran influencia en mujeres indígenas procedentes de zonas rurales como en este caso (Guanujo, Chimbo, Salinas), siendo el factor de riesgo de mayor predominio la anemia y la atención de parto en domicilio ya que las mismas tienen gran tendencia a presentar hemorragias postparto debido a que no tienen una asistencia médica adecuada (6).

**Bonifaz G, Jesús J.** Riobamba-Ecuador 2010. “Hemorragia Post Parto En El Servicio De Gineco-Obstetricia” tuvo como objetivo determinar la frecuencia de la hemorragia postparto en el servicio de gineco-obstetricia. La metodología del estudio fue transversal con el estudio de las historias clínicas de las pacientes que ingresaron al servicio de Ginecología y Obstetricia y los resultados fueron: la frecuencia de la hemorragia post parto en el es de 9% ya que se han reportado 129 pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto, de un total de 1395 pacientes, en el estudio prevalece un mayor porcentaje de pacientes con estado civil casadas, del nivel socioeconómico bajo, con tipo de instrucción primaria y dentro del grupo etario de 24-29 años, y los factores de riesgo que desencadenaron la hemorragia post parto prevalece con un 27% la anemia, la desnutrición, pacientes primigestas, gran multíparas, cesárea anterior, la eclampsia. Con la conclusión que la causa uterina de hemorragia post parto con mayor incidencia fue el alumbramiento incompleto con el 70% y la causa con el mayor porcentaje en la hemorragia post parto del tracto genital inferior es el desgarro vaginal con un 42%, el tipo de tratamiento más utilizado en la hemorragia post parto con un 38% fue con medicamentos como la oxitocina, ergometrina y misoprostol; de los cuales se ha dado más uso a la oxitocina con un 45%, concomitante a este a la solución salina 0.9% para el tratamiento de la complicación mas grave da le hemorragia post parto como es el choque hipovolémico (7).

**Orozco Y, Jenny P.** Puyo-Ecuador 2010 “Factores de Riesgo de la Hemorragia postparto en pacientes con puerperio inmediato” tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo de hemorragia postparto en pacientes con puerperio inmediato. La metodología del estudio fue transversal de hemorragia postparto en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el hospital provincial Puyo, durante el periodo 2010, utilizando 43 casos, de los cuales, se evaluaron las siguientes variables: incidencia, características generales, causa principal, antecedentes gineco-obstétricos y factores de riesgo. Los resultados fueron en la frecuencia de hemorragia postparto es del 6%, el 51% de pacientes se encuentran en unión libre, del nivel socio-económico bajo con un 65%, con tipo de instrucción primaria y dentro del grupo etario de 28-34 años (37%), el 61% de pacientes atendidas tuvieron un mal control prenatal, el 63% fueron multigestas, la principal causa de hemorragia postparto destaca la Atonia Uterina (42%), seguido del alumbramiento incompleto (35%), y desgarros del canal del parto (23%), los factores de riesgo que presentaron las pacientes con hemorragia postparto fueron: las pacientes primigestas con 37% de los casos, seguido de grandes multíparas con un porcentaje del 21%, pacientes con anemia en un 14%, los principales factores de riesgo intraparto que se presentó con un 28% se debe a desgarros cervical vaginal-perineal, seguido del 21% por parto precipitado, el 18% occito-conducción, 16% macrosomía fetal y el 5% por RPM prolongado (8).

### 2.1.2. NACIONALES

**Rosadio A, Alexandra Del P.** Lima – Perú 2015 “Factores de riesgo asociados a la hemorragia post parto en pacientes atendidas en el hospital Sergio E. Bernales” tuvo como objetivo determinar factores de riesgo asociados a la hemorragia postparto. La metodología fue de tipo analítico, retrospectivo de casos y controles. La población estuvo constituida por todas las pacientes que presentaron parto vía vaginal y cesárea, y los resultados fueron: la incidencia de HPP fue de 0,41, y los factores sociodemográficos: adultas con 69,2% y amas de casa 70,5%, entre los factores obstétricos: control prenatal adecuado ( $\geq 4$ ) 64,1%, multíparas 53,8%, duración del trabajo de parto adecuado 43,6%, parto precipitado 33,3%, parto vía vaginal 94,9%, macrosomía fetal 53,8%, lesiones del canal de parto 79,5%, maniobra de kristeller 5,1% y retención de restos placentarios 66,7%. Por lo cual concluimos que los factores de riesgo asociados a la HPP, que resultaron ser estadísticamente significativos son macrosomía fetal, retención de restos placentarios, lesiones del canal de parto y parto precipitado (9).

**Correa M, Guillermo A.** Trujillo – Perú 2014 “Gran Multiparidad Y Macrosomía Fetal Como Factores De Riesgo Para Hemorragia Posparto” tuvo como objetivo evaluar la gran multiparidad y la macrosomía fetal como factores de riesgo para el desarrollo de la hemorragia posparto. La metodología del estudio fue

observacional, analítico, de caso y controles, que evaluó 445 mujeres, 89 con hemorragia postparto (casos), 356 mujeres sin hemorragia postparto, los resultados fueron: el 16.9% de las mujeres que presentaron hemorragia postparto fueron grandes multíparas, el 9.4% de las mujeres que no tuvieron hemorragia postparto fueron grandes multíparas. La gran multiparidad es factor de riesgo de hemorragia postparto, con un OR= 1.97 con un IC al 95% 1.02 y 3.82 ( $p=0.04$ ). La macrosomía fetal es factor de riesgo de hemorragia postparto, hallándose un OR= 3.01 con un IC al 95% que fluctúa entre 1.42 y 6.77 ( $p=0.001$ ), se concluyo que la frecuencia de gran multiparidad en mujeres con hemorragia postparto fue 16.9% y en las mujeres sin hemorragia postparto fue 9.3%. La frecuencia de macrosomía fetal en mujeres con hemorragia postparto fue 12.4% y en las mujeres sin hemorragia postparto fue 4.7%. La gran multiparidad y macrosomía fetal son factores de riesgo de hemorragia postparto (10).

**Acusi Q, Julio C.** Tacna – Perú 2012 “Factores de riesgo para hemorragia postparto en las puérperas de parto vaginal” tuvo como objetivo identificar los factores que incrementan significativamente el riesgo de hemorragia post parto en las puérperas de parto vaginal. La metodología del estudio fue retrospectivo, transversal de casos y controles. Se tomó la totalidad de la población con HPP para el grupo de casos y para el grupo de controles la muestra está conformada por 135 puérperas de parto vaginal la información se

obtuvo de las historias clínicas, los resultados fueron: la hemorragia post parto en puérperas de parto vaginal representó el 0,55% del total (5,5 por cada 1000 partos vaginales), las características gineco-obstétricas más frecuentes son: edad entre 15 y 24 años (43,8%), primíparas (42,2%), sometidas a episiotomía (53, 1%), la conclusión fue que los factores que aumentan significativamente el riesgo de hemorragia post parto son: edad materna >35 años (OR=2,2), multiparidad (OR=3,4), inducción del trabajo de parto (OR=14,0), parto prolongado (OR=12,3), placenta retenida y/o Retención de Restos placentarios (OR=56,6), atonía uterina (OR=11 ,36), desgarro perineal de 1° grado (OR=28,9), desgarro perineal de 2° grado (OR=11 ,4), sin episiotomía (OR=3,2), macrosomía fetal (OR=2,9) y recién nacido grande para edad gestacional (OR=2,9) (11).

**Altamirano G, Paula A.** Lima - Peru 2012 “Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato” tuvo como objetivo determinar los factores de alto riesgo asociadas a hemorragia postparto inmediato. La metodología del estudio fue analítico, retrospectivo, de corte transversal, de casos y controles la población estuvo constituida por todas las puérperas inmediatas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se encontraron 65 casos que se estudiaron con 65 controles que fueron por grupos de edad y referencia. Se realizó el análisis de regresión logística multiple, Odds ratio (OR) con intervalo de confianza de 95%, los resultados fueron: La frecuencia de HPP fue

de 1.52%, los principales factores de alto riesgo se encontraron: primigesta 23.8%, infección de vías urinarias 11,9%, periodo intergenésico largo con 11.1%, talla baja 8.7%, añosa 7.4%, anemia 6.3%, los principales factores de riesgo intraparto se encontraron: episiotomía 40.3 %, ruptura prematura de membrana 14,7%, parto precipitado 12,8%, oxito-conducción 10%, parto prolongado 7,3. Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontraron 2 factores cuyos valores de p fueron estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ), el parto precipitado ( $p = 0.039$ ) y la episiotomía ( $p = 0.021$ ), y la conclusión fue que los factores de riesgo intraparto identificados son la episiotomía y el parto precipitado, la episiotomía tuvo 2,298 veces más riesgo de hacer HPP en comparación a las que no presentaron el factor y el parto precipitado tuvo 2.706 veces más riesgo de sufrir HPP, las principales causas de hemorragia postparto la constituyen desgarro del canal del parto, atonía uterina, retención de restos placentario. La frecuencia de Hemorragia Postparto en el Hospital María Auxiliadora fue de 1.52% (12).

**Pariguana L, Jenny M, Santos Y, Yessica.** Lima – Perú 2004  
“Factores de riesgo de la Hemorragia Post Parto inmediato” tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo de la hemorragia postparto inmediato, identificar la frecuencia de la HPP inmedita, determinar la diferencia de hematocrito pre y postparto en los casos

de HPP inmediato. La metodología del estudio fue analítico, retrospectivo, de casos y controles la población estuvo constituida por todas las puérperas inmediatas con valores de hematocrito pre y post parto cuya diferencia fue mayor o igual al 10% que presentaron una pérdida sanguínea cuya estimación clínica fue mayor a 500ml en partos por vía vaginal y mayor a 1000ml en partos por cesarea; los resultados de la frecuencia de HPP fue del 3.03% (cesáreas 2.63% y partos vaginales 3.21%), los factores de riesgo encontrados fueron: retención de restos placentarios en partos por vía vaginal y desgarros de cérvix, vagina y periné. El promedio de la diferencia del hematocrito pre y post parto en los casos de HPP fue del 11.59% (12% en las cesáreas y 10 % en partos por vía vaginal) (13).

### **2.1.3. Antecedentes Locales**

No se encontraron antecedentes locales.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. HEMORRAGIA POSTPARTO**

Normalmente durante el curso del alumbramiento se produce una pérdida de sangre que es en promedio de unos 300ml. Generalmente es mucho más cuantiosa en multípara que en primíparas. (14)

Después del parto, la pérdida sanguínea puede incrementarse patológicamente, o desencadenarse después de un periodo de



aparente normalidad, constituyéndose cuadros que pueden revestir suma gravedad e incluso comprometer la vida de la puérpera. (15)

Hemorragia postparto es, además de un sangrado excesivo, aquella que repercute en la paciente y la hace presentar síntomas y/o signos evidentes de hipovolemia.

La pérdida sanguínea de 500 ml. o más en las primeras 24 horas después del parto y más de 1000 ml cuando se efectúa cesárea, disminución del hematocrito más del 10% después del parto (16).

Se considera Hemorragia Postparto cuando la pérdida sanguínea sobrepasa los 500ml. Esta cifra que siempre es estimativa, es considerada como punto de alerta a partir del cual aumenta el riesgo materno de shock hipovolémico. Cuando la hemorragia sobrepasa los 1000ml de sangre se la clasifica como hemorragia severa y es la complicación puerperal más temida por su extrema gravedad (14).

El volumen sanguíneo de una embarazada con hipervolemia normal inducida por embarazo regularmente aumenta 30 a 60%. Esto corresponde a 1500 a 2000ml para una mujer de tamaño promedio. Una mujer con embarazo normal tolera una pérdida de sangre en el momento del parto que se aproxima al volumen de sangre que añadió durante la gestación, sin que el hematocrito postparto disminuya de forma notoria. De este modo, si la pérdida de sangre es menor que la cantidad agregada por el embarazo, el hematocrito permanece igual en etapa aguda y durante los primeros días. En cualquier momento que el hematocrito postparto

sea más bajo que el obtenido en el momento del ingreso para el parto la pérdida de sangre puede estimarse como la suma de la hipervolemia calculada propia del embarazo más 500ml por cada disminución de tres volúmenes por ciento del hematocrito (17).

La cantidad de sangre que puede perder una parturiente sin alterar su equilibrio hemodinámico es variable; depende de la cantidad y velocidad de sangre extravasada y del nivel de hemoglobina y del estado de hidratación previo. El riesgo de shock hipovolémico está aumentando en mujeres con anemia ferropénica no corregida durante la gestación. Por tanto establecer cuándo una hemorragia requiere intervención activa estará determinado por la evaluación no solo de la misma, sino de la paciente en su conjunto (14).

#### **2.2.1.1. Fisiopatología de la Hemorragia Postparto**

El volumen sanguíneo materno se expande entre el 40 y el 50% durante el embarazo. Este volumen sanguíneo incrementado protege a la madre hasta cierto punto de las consecuencias de la hemorragia durante y después del parto. Por ello, después del parto una mujer puede perder hasta el 20% de su volumen sanguíneo antes de que se hagan aparentes los signos clínicos.

La contracción de estas fibras musculares uterinas ocluye los vasos sanguíneos, previniendo la hemorragia. Esta contracción, más que la formación de coágulos o la agregación de plaquetas, es el mecanismo principal de la hemostasia después del parto. Así, si el útero se contrae de manera inmediata después del parto y se

desarrolla la hemorragia, es más probable que el origen del sangrado se encuentre en una laceración o lesión del tracto genital. Las estrategias para tratar la HPP primaria, en primer lugar, deben asegurar la contracción uterina, y luego identificar y reparar cualquier lesión del tracto genital (16).

La hemorragia puede ser externa, es lo más frecuente, o sea que la sangre fluye al exterior, lo cual facilita el diagnóstico. Pero a veces es interna, es decir, se colecciona en el interior del útero, que se deja distender hasta adquirir un volumen mayor que lo normal, y puede salir sorpresivamente al exterior en forma líquida o de grandes coágulos. Por último, asume el tipo mixto al combinarse ambas posibilidades, exteriorizándose en parte mientras el resto se acumula en el útero.

El flujo de sangre puede ser lento, como generalmente ocurre, y expolia a la enferma de manera continua, a veces durante horas. En otras oportunidades, menos frecuentes, es masivo y origina un cuadro gravísimo que obliga a actuar en contados minutos. En este caso se puede instalar en la paciente el cuadro del shock hemorrágico: palidez, sudoración y polipnea, a lo que se suma los dos signos capitales: hipotensión y taquicardia, los que pueden alcanzar grados extremos (14).

#### **2.2.1.2. Clasificación:**

**Hemorragia Postparto Primaria o Precoz (HPPP):** Pérdida sanguínea dentro de las 24 horas del Parto.

**Hemorragia Postparto Secundaria o Tardía (HPPS):** Pérdida sanguínea después de las 24 horas postparto, hasta la culminación del puerperio.

**Según cuadro clínico:** Varía según el grado de hemorragia. Y además de: palpitations, palidez, vértigo, sudoración, disnea y síncope, incluye lo de la tabla siguiente (18):

GRADO	PERDIDA NORMAL < 10%	I COMPENSADO 10 – 25 %	II LEVE 15 – 25 %	III MODERADO 25-35%	IV SEVERO 35-45%
Pérdida sanguínea	< 500 ml	500 – 1000 ml	1000 – 1500 ml	1500 – 2000 ml	2000 – 3000 ml
FC	Normal	< 100	>100	>120	>140
PA	Normal	Normal	Ortostatismo	Disminuido	Sostenido
Llenado capilar	Normal	< 2 seg	Puede ser lento	Lento	Muy lento o ausente
FR	Normal	14 - 20	20 - 30	30 - 40	>35
Diuresis	Normal	>30ml/h	20 - 30	< 20 -5	Anuria
Estado mental	Normal	No agitado	agitado	confuso	Letárgico o inconsciente

Fuente: Instituto Nacional Materno Perinatal.

### 2.2.1.3. Etiología

Las causas comunes de HPP incluyen a la Falla de Contracción adecuada del útero después del parto (HPP Atónica) 90%; trauma al tracto genital (HPP Traumática) 7% de la HPP; y el sangrado debido a retención de tejido placentario y el de la falla en el sistema de la coagulación 3%. La HPP Atónica es la más prevalente y la principal causa de muerte materna en países de ingresos medios y bajos.

#### Primaria

- Atonía uterina
- Placenta retenida – especialmente placenta acreta.

- Defectos en la coagulación
- Lesión del canal del parto
- Inversión uterina

#### **Secundaria**

- Sub involución del lecho placentario
- Retención de restos placentarios
- Endometritis
- Trastornos de la coagulación (18).

#### **2.2.1.4. Prevención de la HPP**

La conducta activa en el alumbramiento continúa siendo una de las mejores prácticas; el uso de agentes uterotónicos es el elemento más crítico. Durante el alumbramiento, se deben administrar agentes uterotónicos a todas las mujeres parturientas para la prevención de la HPP. La oxitocina sigue siendo el agente uterotónico de preferencia para la conducta activa en el alumbramiento. Dado que los agentes uterotónicos son tan importantes para la prevención de la HPP, si no se dispone de oxitocina, se debe administrar otro agente uterotónico como ergometrina inyectable (0.2mg) o misoprostol oral (800 mcg).

Otros la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje inmediato en el fondo uterino son opcionales para la prevención de la HPP (19).

No se recomienda el masaje uterino sostenido como intervención para prevenir la HPP en las mujeres que han recibido oxitocina profiláctica. Se recomienda la evaluación abdominal posparto del tono uterino para la identificación temprana de atonía uterina en todas las mujeres (20).

Dado que la causa más común de la HPP es la imposibilidad del útero de contraerse adecuadamente (útero atónico), un aspecto clave de la prevención de la HPP es la terapia uterotónica. El agente más usado es la oxitocina inyectable. Sin embargo, esto requiere la administración parenteral y, por lo tanto, es preciso saber aplicar inyecciones, y contar con equipos estériles y refrigeración (21).

#### **2.2.1.5. Criterios diagnósticos**

- **Atonía uterina:** Sangrado vaginal abundante, útero aumentado de tamaño, que no se contrae.
- **Retención de Placenta:** Placenta adherida por más de 30 minutos en alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos si se realizó alumbramiento dirigido.
- **Retención de Restos Placentarios y/o Restos de Membranas:** Sub involución uterina, placenta se encuentra incompleta (ausencia de cotiledones o parte de membranas ovulares).
- **Lesión de Canal del Parto:** Sangrado continuo con útero contraído y Placenta completa

- **Inversión Uterina:** Útero no palpable a nivel del abdomen, tumoración que se palpa en canal vaginal o protruye por fuera del canal vaginal. Dolor hipogástrico agudo.

### **Diagnóstico diferencial**

Trastornos de la Coagulación como causa no obstétrica.

#### **2.2.1.6. Criterios de severidad:**

En relación al Grado de Hemorragia

#### **Complicaciones:**

- Choque hipovolémico
- Coagulación intravascular diseminada
- Insuficiencia renal
- Insuficiencia hepática
- Isquemia de miocardio
- Síndrome de dificultad respiratoria
- Muerte

#### **2.2.1.7. Exámenes auxiliares**

##### **De patología clínica**

- Hemoglobina o hematocrito.
- Grupo sanguíneo y factor Rh.
- Perfil de coagulación, en caso de no contar con laboratorio implementado, realizar tiempo de coagulación, tiempo de sangría, o realizar Test de Wiener (prueba de retracción del coágulo).
- Pruebas cruzadas.
- RPR o VDRL.

- Test de Elisa VIH o prueba rápida.
- Urea, creatinina y otros marcadores de daño de órganos

### **De imágenes**

- Ecografía pélvica o transvaginal.

### **2.2.1.8. Manejo de la hemorragia post parto**

#### **Tratamiento Hemorragia puerperal inmediata:**

- Manejo multidisciplinario e interdisciplinario de especialistas.
- Proceder inmediatamente, en forma simultánea:
  - Canalizar otra vía endovenosa con catéter N° 18, con CINA 9‰ 1000 cc, considerar uso de Carbetocina como droga útero tónica de primera elección y no asociarla con oxitocina o ergometrina.
  - Si la puérpera continúa hemodinámicamente inestable actuar según protocolo de shock hipovolémico.
- Evacuar vejiga espontáneamente, de ser necesario colocar sonda Foley con bolsa colectora.
- Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la intervención a realizar y sus posibles complicaciones.
- Revisión manual de la cavidad uterina y revisión del canal del parto con valvas para determinar las posibles causas.

#### **Tratamiento según la causa postparto:**

##### **A. Atonía Uterina**

- Masaje uterino externo.
- Instalar vía endovenosa segura con CINA 9‰ 1000 ml



- Administrar 1 amp.de Carbetocina 100µg, dosis única, vía endovenosa en bolo, diluidos en 10cc. de solución salina en un lapso no menor a 1 min. No se debe administrar dosis adicional de Carbetocina.
- Manejo alternativo: Instalar vía endovenosa con ClNa 9‰ 1000 ml con oxitocina (2 a 4 ampollas de 10 UI), e infundir a una velocidad inicial de 5 ml/minuto (100 mU/minuto) e ir aumentando según el tono uterino y el sangrado.
- Si el sangrado es abundante colocar segunda vía sólo con ClNa, pasar 500 cc a chorro y continuar a 30 gotas por minuto o según necesidad.
- Aplicar ergometrina 0.2 mg intramuscular que se puede repetir a las 2 a 4 horas.
- Respecto al Misoprostol 800 a 1000 Ug intrarectal en el tratamiento han sido recomendados; pero aún no hay evidencia que demuestre que la adición de Misoprostol sea superior a la combinación de oxitocina y ergometrina solas para el tratamiento de la HPP primaria.
- Revisión manual de la cavidad uterina, extraer coágulos y restos y realizar masaje uterino bimanual.
- Si no cede, pasar a sala de operaciones para:
  - Empaquetamiento del útero (Técnica de B. Lynch modificada)
  - Ligadura de arterias hipogástricas o arterias uterinas según técnica usual.
  - Histerectomía total en casos de falla de las técnicas anteriores.

***Prevención de la Atonía Uterina***

- En los casos de pacientes con factores de riesgos asociados: Inmediatamente después de la extracción de la placenta se aplicará Carbetocina, 1 amp.de 100 microgramos, vía intra muscular.
- No se debe administrar dosis adicional de Carbetocina.

**B. Retención de Placenta:*****Procedimiento***

- Consentimiento informado firmado por la paciente.
- Los familiares deben estar enterados de la complicación que ocurre y si fuera necesario firmar un consentimiento escrito a nombre de la paciente.
- Canalizar con bránula número 16 ó de mayor calibre y estabilizar hemodinámicamente (soluciones o sangre).
- Administrar oxitocina.
- Tomar muestra de sangre (Hemoglobina / Hematocrito) y preparar pruebas cruzadas frente a la posibilidad de transfundir paquetes globulares.
- Si se tienen condiciones para una anestesia general de urgencia practicarla, si no, realizar sedación con 10mg de diazepam diluidos en 10ml de agua destilada y pasar EV lento.
- Asepsia y antisepsia local.

***Analgesia:***

- Diazepam 10mg EV, lentamente.

***Antibióticos:***

- Administre una dosis única de antibióticos profilácticos.
  - o Ceftriaxona 1g EV más Metronidazol 500mg EV.
- Si hay signos de infección, administrar:
  - o Ceftriaxona 1g EV cada 6 horas
  - o Gentamicina 5mg/kg de peso EV cada 24 horas (160mg EV/d).
  - o Metronidazol 500mg EV cada 8 horas
- o Si existe fiebre 72 horas después de dar inicio a los antibióticos reevaluar a la paciente y revisar el diagnóstico.

***Técnica:***

- Proveer guantes estériles largos que lleguen hasta el codo.
- Sostener el cordón umbilical con una pinza. Con una mano, halar el cordón umbilical con delicadeza hasta que quede paralelo al piso.
- Introducir la otra mano en la vagina y hacia arriba dentro de la cavidad uterina.
- Soltar el cordón umbilical y mover la mano con la que era sostenido hacia arriba por encima del abdomen para sostener el fondo del útero y ejercer una contra tracción durante la remoción para prevenir la inversión uterina.
- Mover los dedos de la mano dentro del útero lateralmente hasta ubicar el borde de la placenta.
- Si el cordón umbilical fue desprendido previamente, introducir una mano en la cavidad uterina. Explorar toda la cavidad hasta detectar una línea de división entre la placenta y la pared uterina.

- Desprender la placenta del sitio de implantación manteniendo los dedos firmemente unidos y utilizando el borde de la mano para establecer gradualmente un espacio entre la placenta y la pared uterina.
- Proseguir lentamente alrededor de todo el lecho placentario hasta que la placenta entera se separe de la pared uterina.
- Si la placenta no se separa de la superficie del útero mediante un movimiento lateral suave de las yemas de los dedos en la línea de división, sospechar de una placenta acreta y proceder con una laparotomía y posible histerectomía total o subtotal dependiendo de las condiciones de la paciente.
- Sostener la placenta y retirar lentamente la mano del útero, arrastrando con ella la placenta.
- Con la otra mano, continuar aplicando contracción al fondo del útero, empujándolo en sentido opuesto al de la mano que se está retirando.
- Palpar el interior de la cavidad uterina para asegurarse de que ha extraído todo el tejido placentario.
- Administrar 40 unidades de oxitocina en 1 litro de líquidos EV (solución salina normal o lactato de Ringer) a razón de 60 gotas por minuto ó 120mU por minuto (entre 100- 500mU de oxitocina por minuto).
- Pedir a un asistente que masajee el fondo del útero para estimular la contracción uterina tónica.

- Si hay sangrado profuso continuo, administrar 0.2mg de ergometrina IM stat.
- Examinar la superficie uterina de la placenta para asegurarse de que está íntegra. Si falta algún lóbulo o tejido placentario, explorar la cavidad uterina para extraerlo.
- Examinar a la mujer cuidadosamente y reparar cualquier desgarró del cuello uterino o la vagina o reparar la episiotomía.

***Problemas:***

- Si la placenta queda retenida a causa de un anillo de constricción o si han transcurrido horas o días desde el parto, puede que no sea posible hacer entrar toda la mano en el útero.
- Extraer la placenta en fragmentos utilizando dos dedos, una pinza foersters o una cureta gruesa.

***Atención después del procedimiento:***

- Observar a la mujer estrechamente hasta que haya desaparecido el efecto de la sedación EV.
- Monitorear los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración) cada 30 minutos durante las 6 horas siguientes o hasta que la mujer esté estable.
- Palpar el fondo del útero para asegurarse de que continúa contraído.
- Verificar para detectar si hay una cantidad excesiva de loquios.
- Continuar la infusión de líquidos EV con oxitocina por 6 horas más.
- Transfundir según la necesidad.

### **C. Laceración del Canal del Parto**

Revisión del canal del parto con valvas de Doyen, identificar el lugar del sangrado y reparar:

- Desgarros perineales y vaginales: suturar con catgut crómico 2/0.
- Desgarro cervical: pinzar con pinzas de anillos los bordes del desgarro y suturar con catgut crómico 2/0.
- Antibioticoterapia: Ampicilina 1 gr EV c/ 6 hrs y Gentamicina 160mg/día en desgarro de IV grado.

### **D. Hematomas**

Debridarlos y realizar hemostasia en la sala de operaciones.

### **E. Rotura Uterina**

Pasar a sala de operaciones para reparar las laceraciones uterinas o realizar histerectomía según la extensión de la rotura, su localización, estado de la paciente y sus expectativas reproductivas.

### **F. Retención de Restos (Alumbramiento Incompleto)**

- Instalar vía endovenosa segura con CNa 9‰ más 20 UI de oxitocina.
- Si hay evidencias ecográficas de restos endouterinos, proceder al legrado uterino.

### **G. Inversión Uterina**

- Pasar a sala de operaciones y administrar anestesia general.

- Si la placenta aún no se desprendió, realizar la reposición del útero y separarla después.
- Reposición manual del útero empujando el fondo con la punta de los dedos con la palma hacia arriba.
- De no lograr reponer el útero realizar histerectomía total abdominal (18).

## 2.2.2. FACTORES DE RIESGO

### 2.2.2.1. Factores de riesgo anteparto:

- **Edad:** el riesgo aumenta en las edades extremas en mujeres adolescentes <19 y adultas >35 años.
- **Numero de gestaciones:** se refiere a la cantidad de veces que una mujer queda embarazada y que pueden terminar en aborto o parto.
- **Paridad:** se refiere a cuantos parto tuvo la paciente sin importar la vía por la que termina la gestación sea vaginal o por cesárea.
- **Sobredistención uterina:** se da por macrosomía fetal, polihidramnios, embarazo múltiple.
- **Presencia de trastornos hipertensivos del embarazo:** pre-eclampsia o hipertensión crónica.
- **Antecedentes de Cesárea:** cuando las pacientes tienen cesáreas de 1 o más veces y tienen cicatrices uterinas.
- **Antecedentes de hemorragia postparto.**

- **Antecedentes de trastornos de la coagulación.**
- **Aborto:** Interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas, con un producto de peso aproximado de 500gr o 25cm de longitud.
- **Anemia:** Es la reducción de la masa total de hematíes por debajo de los límites normales o disminución de la concentración de hemoglobina por debajo de 11 gr/dl. Durante el puerperio la anemia genera pobre capacidad para resistir efectos adversos ante sangrados.

#### **2.2.2.2. Factores de riesgo intraparto:**

- **Distocias Mecánicas:** Distocias del canal óseo del parto, distocias del canal blando del parto, distocias del objeto del parto: distocias por presentación anormal, distocias por situación anormal, distocias por deflexión de la cabeza fetal, distocias por anomalías de la posición fetal.
- **Parto Precipitado:** Duración total del trabajo de parto en menos de tres horas. Que ocurren en el 10% de los partos, normalmente solo se hace el diagnóstico en el puerperio al analizar el trabajo de parto de la paciente. Se caracteriza, por hiperactividad uterina con disminución de la resistencia del canal blando del parto.
- **Periodo expulsivo prolongado:** Esta fase suele durar una hora en nulíparas y unos 30 minutos en multíparas. Si dura mucho más, puede causar diferentes problemas, por lo que puede ser necesario recurrir a ayuda externa.



- **Episiotomía:** Consiste en la incisión quirúrgica del periné que se realiza al final del segundo período del parto, con la finalidad de impedir los desgarros del piso pélvico y vulvo-vaginoperineales. Así mismo, se consigue abreviar la duración del período expulsivo, y reducir la compresión de la cabeza del feto pre-término durante el periodo expulsivo.
- **Maniobra de Kristeller:** consiste en una presión del fondo uterino para la ayuda del expulsivo, continúa siendo una práctica habitual en muchos hospitales de nuestro entorno.
- **Distensión asistida del canal cérvico-vaginal.**

#### **2.2.2.3. Factores de riesgo post parto:**

- **Atonía uterina:** Sangrado vaginal abundante, útero aumentado de tamaño, que no se contrae. Es causado por multiparidad, gestante añosa, sobredistensión uterina, desprendimiento prematuro de placenta, parto prolongado, parto precipitado, maniobra de kristeller, mal uso de oxitócicos.
- **Retención placenta:** Placenta adherida por más de 30 minutos en alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos si se realizó alumbramiento dirigido. Es causado por: cicatriz uterina previa, legrados uterinos, acretismo placentario, prematuridad, placenta previa, parto prolongado, mala conducción del Parto, mal manejo alumbramiento.

- **Retención restos placentarios:** Placenta se encuentra incompleta (ausencia de cotiledones o parte de membranas ovulares). Causado por: cicatriz uterina previa, antecedente de legrado, acretismo placentario, lóbulo placentario aberrante, obito fetal, alumbramiento manual incompleto, mala conducción del parto, mal manejo alumbramiento.
- **Lesión canal parto:** Sangrado continuo con útero contraído y placenta completa, causado por macrosomía, primigesta, parto precipitado, expulsivo prolongado, periné corto y fibroso, episiotomía, mala actitud presentación, maniobra de kristeller.
- **Inversión uterina:** Útero no palpable a nivel del abdomen, tumoración que se palpa en canal vaginal o protruye por fuera del canal vaginal. Causado por inversión previa, multiparidad, acretismo placentario, cordón umbilical corto, placenta fúndica, mal manejo alumbramiento, mala técnica extracción placenta (18).

### **2.2.3. PUERPERIO:**

Abarca el periodo transcurrido hasta los 42 días del parto, donde ocurren las transformaciones anatómicas, metabólicas y hormonales que produjo el embarazo.

**Puerperio inmediato:** primeras 24 horas después del parto, durante estas horas la madre está expuesta al mayor riesgo de hemorragia y shock. Además de vigilar el estado general debe

prestarse atención a los factores de riesgo que conllevan a una hemorragia postparto.

**Puerperio mediato:** desde el segundo día hasta el décimo día después del parto; la involución uterina es máxima que desciende 2cm por día, comienza la regeneración del endometrio y el cérvix se cierra. Hay disminución de los estrógenos y la progesterona y la elevación de la prolactina (14).

#### **2.2.4. MUERTE MATERNA**

La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”. Por lo general se hace una distinción entre «muerte materna directa» que es resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su manejo, y una «causa de muerte indirecta» que es una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud pre-existente o de reciente aparición. Otras defunciones ocurridas durante el embarazo y no relacionadas al mismo se denominan accidentales, incidentales o no-obstétricas (3).

La muerte de una mujer durante el proceso grávido-puerperal puede clasificarse en los siguientes tipos:

**Muerte materna directa:** Es aquella producida como resultado de una complicación obstétrica del estado del embarazo, parto o

puerperio y por intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o una cadena de eventos que resultasen de cualquiera de los hechos mencionados. Las muertes maternas directas, a su vez, pueden agruparse de acuerdo a las causas básicas en:

- Hemorragia Obstétrica: embarazo que termina en aborto; trastornos de la placenta, placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragia anteparto, hemorragia preparto con defecto de la coagulación, trabajo de parto y parto complicado por hemorragia intraparto, coagulación intravascular diseminada, traumatismos obstétricos y hemorragia postparto.
- Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio: incluye edema y proteinuria gestacionales, pre eclampsia, Síndrome de HELLP, eclampsia o hipertensión materna no especificada.
- Infección relacionada con el embarazo: la infección de las vías genitourinarias en el embarazo, sepsis puerperal, otras infecciones puerperales (infección de herida quirúrgica, infección consecutiva al parto), e infección de mama asociadas al parto.
- Parto obstruido. Es aquel en el que se presenta incompatibilidad pélvico-fetal.
- Otras complicaciones obstétricas: se incluye la hiperémesis gravídica con trastornos metabólicos, complicaciones venosas del embarazo, traumatismo obstétrico, retención de placenta y membranas sin hemorragia, embolia obstétrica, complicaciones del puerperio no relacionadas en los grupos anteriores (dehiscencia de

herida de la cesárea, hematomas de herida obstétrica miocardiopatía durante el puerperio o tiroiditis post parto).

- Complicaciones de manejo no previstas: en este grupo se incluye las complicaciones de la anestesia durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio.

**Muerte materna indirecta:** Denominada muerte obstétrica indirecta, son aquellas que derivan no directamente a una causa obstétrica, sino que es resultado de una enfermedad pre-existente o de una enfermedad que apareció durante el embarazo, parto o puerperio y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo.

**Muerte materna incidental o accidental** Es la muerte de una mujer durante el proceso del embarazo, parto o puerperio como resultado de causas incidentales o accidentales no relacionadas con el embarazo o cualquiera de las otras patologías como causas indirectas. Estas pueden ser: accidentes de tránsito, caídas accidentales, accidentes de trabajo, ahogamiento, aplastamiento, asfixia, etc. La muerte materna incidental o accidental no se considera para el cálculo de razón o tasa de muertes maternas (1).

La OMS afirma que un importante porcentaje de muertes maternas se pueden evitar tan solo con una adecuada atención sanitaria a la madre gestante (atención de la mujer embarazada por personal calificado antes, durante y después del parto, lo cual incluye: medicamentos, equipos e infraestructura adecuados).

Cuando una paciente es identificada con alguna complicación o emergencia se enlaza y se activa la ruta crítica para la vigilancia del embarazo. Se clasifica de acuerdo a su condición clínica de la paciente y de acuerdo a su valoración, se manejan tres distintivos de color, rojo, azul y amarillo (según la emergencia). Para mejorar la salud materna hay que identificar y eliminar los obstáculos al acceso a servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario (22).

### **2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**

- Factores de riesgo: Factores que están relacionados con la probabilidad de que un individuo presente una enfermedad.
- Hemorragia Post Parto: sangrado después del parto con pérdida sanguínea mayor de 500 cc consecutiva al parto vía vaginal o más de 1000 cc luego de cesárea.
- Pacientes con diagnóstico de hemorragia postparto: Pacientes que han presentado cuadro clínico de hemorragia postparto.
- Causa: Motivo, fundamento u origen de algo.
- Gesta: cantidad total de embarazos.
- Para: cantidad de partos vaginales o por cesárea.
- Primigesta: mujer en su primera gestación.

## **CAPITULO III**

### **HIPÓTESIS Y VARIABLES**

#### **3.1. HIPÓTESIS GENERAL**

##### **H.i.**

Los factores de riesgo anteparto, intraparto y post parto están fuertemente asociados a la hemorragia post parto en puérperas inmediatas Hospital Carlos Showing Ferrari julio-diciembre 2016.

##### **H.0.**

Los factores de riesgo anteparto, intraparto y post parto no están fuertemente asociados a la hemorragia post parto en puérperas inmediatas Hospital Carlos Showing Ferrari julio-diciembre 2016.

#### **3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS**

H1: Los factores de riesgo anteparto están fuertemente asociados a la hemorragia post parto en puérperas inmediatas Hospital Carlos Showing Ferrari julio-diciembre 2016.

H2: Los factores de riesgo intraparto están fuertemente asociados a la hemorragia post parto en puérperas inmediatas Hospital Carlos Showing Ferrari julio-diciembre 2016.

H3: Los factores de riesgo postparto están fuertemente asociados a la hemorragia post parto en puérperas inmediatas Hospital Carlos Showing Ferrari julio-diciembre 2016.

**3.3. VARIABLES**

**3.2.1. Variable Independiente:**

Factores de riesgo

**3.2.2. Variable Dependiente:**

Hemorragia Post Parto

**3.4. Definición de operacionalización de variables (anexo 2)**



## CAPITULO IV

### MARCO METODOLÓGICO

#### 4.1. **Ámbito Espacial y Temporal**

##### 4.1.1. **Ámbito Espacial:**

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Carlos Showing Ferrari ubicado en, Av. Micaela Bastidas N° 337, departamento de Huánuco, distrito de Amarilis, donde se cuenta con servicio de Gineco-Obstetricia.

##### 4.1.2. **Ámbito Temporal:**

El ámbito de estudio fue de Julio a Diciembre del 2016 y la recolección de datos se realizó durante el mes de julio y agosto del 2017.

#### 4.2. **Nivel y Tipo de Investigación**

Por el grado de participación del investigador, el presente estudio fue **observacional**, según el problema y los objetivos planteados fueron de tipo **relacional descriptivo**.

##### 4.2.1. **Según el Análisis y Alcance de los Resultados:**

Es **relacional transeccional**, porque no se manipularán las variables de estudio, sólo se describieron los hechos y se buscaron la relación entre ambas variables.

##### 4.2.2. **Según el Tiempo de Ocurrencia:**

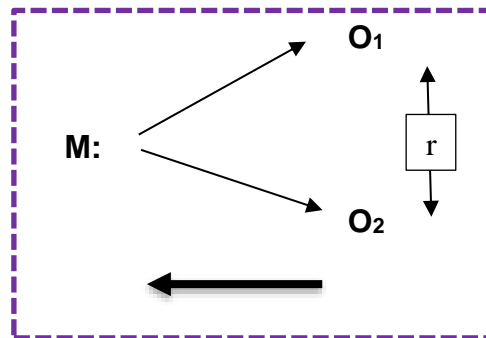
Nuestra investigación fue **retrospectiva**.

#### 4.2.3. Según el Periodo y Secuencia de Estudio

Fue **transversal** porque las variables de estudio fueron medidas simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte de tiempo.

#### 4.3. Diseño y Esquema de la investigación

El diseño de investigación fue no experimental de tipo Relacional, que obedece al siguiente esquema:



- **Leyenda:**

**M** : Representa la muestra que está conformada por todas las pacientes atendidas en sala de partos del Hospital Carlos Showing Ferrari julio-diciembre 2016.

**O<sub>1</sub>** : Variable Independiente (Factores de riesgo)

**O<sub>2</sub>** : Variable Dependiente (Hemorragia Postparto)

**r** : Relación existente entre las variables en estudio.

**←** : Retrospectivo.

#### **4.4. Universo, Población Y Muestra**

##### **4.4.1. Determinación del universo, población**

###### **Universo:**

Estuvo constituido por todos los casos de HPP de las puérperas inmediatas del Hospital Carlos Showing Ferrari 2016.

###### **Población:**

Estuvo constituido por todas las puérperas inmediatas de parto eutócico que presentaron HPP en el Hospital Carlos Showing Ferrari 2016, que suman 434.

##### **4.4.2. Selección de la muestra**

Estuvo constituido por 30 casos de puérperas inmediatas de parto eutócico con cuadro clínico de hemorragia postparto del Hospital "Carlos Showing Ferrari" 2016.

###### **Tipo de muestreo**

No Probabilístico por criterio, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

##### **4.4.3. Criterios De Selección:**

###### **Criterios de inclusión**

- ✦ Historias Clínicas de puérperas inmediatas de parto eutócico con cuadro clínico de hemorragia postparto
- ✦ Pacientes que no tengan contraindicación del parto por vía vaginal.
- ✦ Pacientes atendidas durante el año 2016.

###### **Criterios de exclusión**

- ✦ Pacientes que tengan contraindicación del parto por vía vaginal.

- ✦ Pacientes atendidas fuera del periodo de estudio.
- ✦ Historias clínicas que se encuentren extraviadas o incompletas.
- ✦ Puérperas inmediatas de parto eutócico sin cuadro clínico de hemorragia postparto.
- ✦ Puérperas de parto distócico con cuadro clínico e hemorragia postparto.

#### 4.5. Técnicas de Recolección y Tratamiento de Datos

##### 4.5.1. Fuentes técnicas e instrumentos de recolección de datos

###### Técnicas

La técnica fue la documentaria, es una técnica básica de análisis documental. Fue de tipo retrospectivo porque se tomaron datos de las historias clínicas.

###### Instrumentos

Empleamos ficha de recolección de datos, previa validación de juicio de expertos; donde se trasladaron toda la información.

JUECES	CALIFICACION CUANTITATIVA	CALIFICACION CUALITATIVA
Obst. Carlos A. Carrillo y E.	20	Bueno
Mg. Ruth L. Córdova Ruiz.	18	Bueno
Mg. Mitsi M. Quiñones Flores.	20	Bueno
Mg. Julio C. Tueros Espinoza.	20	Bueno
<b>TOTAL</b>	<b>19.5</b>	<b>Bueno</b>

#### **4.5.2. Procesamiento y presentación de datos**

El procedimiento consistió en un primer momento solicitar una autorización al director o jefe de establecimiento de salud y con ello se procedió a la primera acción del trabajo de campo para la recolección de la información.

Luego se procedió a valorar la calidad de los datos registrados en la ficha de recolección de datos y su codificación para ser procesados estadísticamente.

Los datos fueron extraídos de las historias clínicas del Hospital Carlos Showing Ferrari.

## CAPITULO V

### RESULTADOS

Tabla 01: Edad de puérperas inmediatas en estudio.

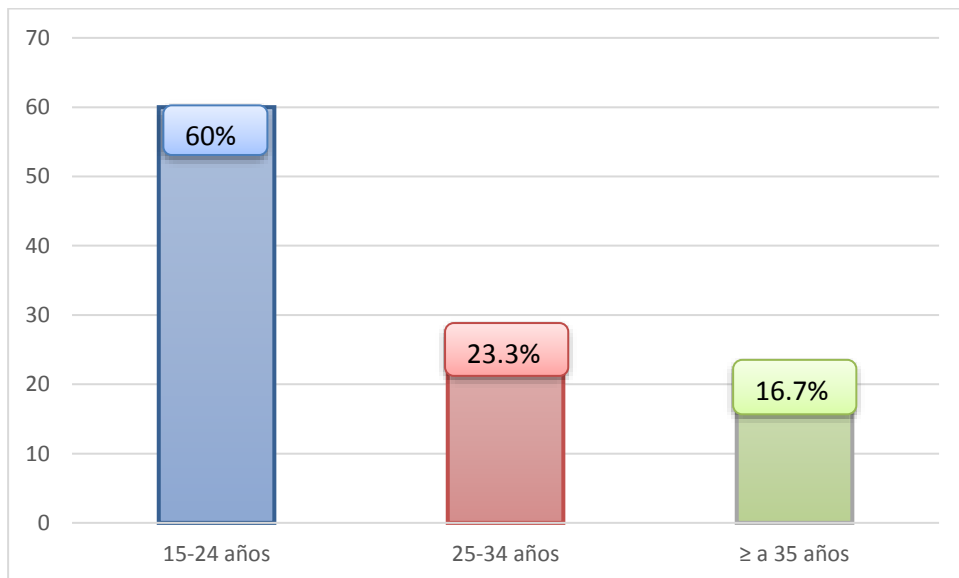
Hospital Carlos Showing Ferrari – Huánuco, Julio-Diciembre 2016.

GRUPO ETAREO	Frecuencia	Porcentaje
15-24 años	18	60.0%
25-34 años	7	23.3%
≥ a 35 años	5	16.7%
TOTAL	30	100.0%

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

#### INTERPRETACIÓN

En la tabla, respecto a la edad de la puérperas inmediatas estudiadas podemos observar que un porcentaje de 60% (18) son de entre 15 a 24 años, el 23.3% (7) son de entre 25 a 34 años y, el 16.7% (5) son de entre mayor o igual a 35 años.



**FIGURA N° 01: EDAD DE LA PUÉRPERA**

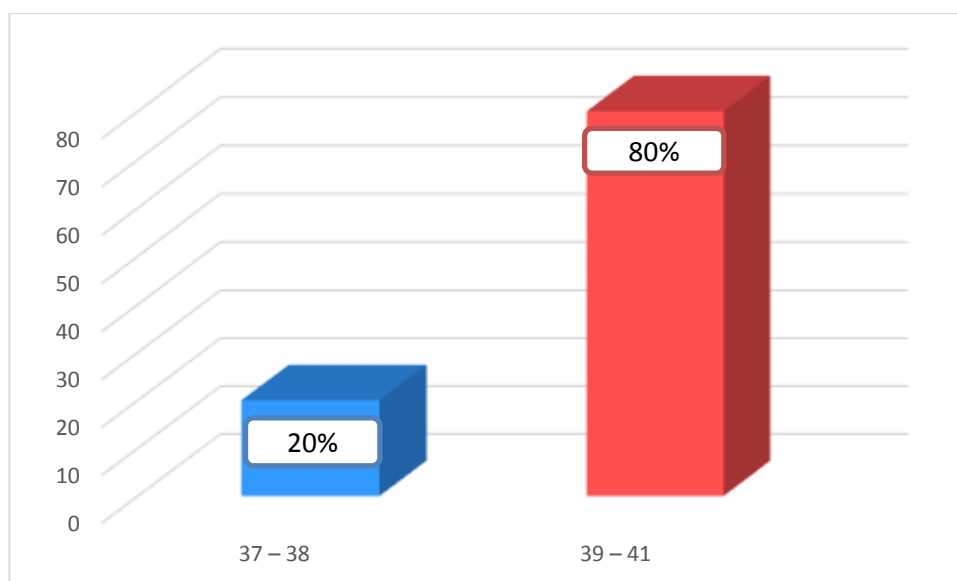
Tabla 02: Edad gestacional antes del parto de puérperas inmediatas.  
Hospital Carlos Showing Ferrari – Huánuco, Julio-Diciembre 2016.

EDAD GESTACIONAL (Semanas)	Frecuencia	Porcentaje
37 – 38	6	20.0%
39 – 41	24	80.0%
TOTAL	30	100.0%

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

### INTERPRETACIÓN

En la tabla, respecto a la edad gestacional podemos observar que un porcentaje de 80% (24) de puérperas inmediatas estudiadas tenían entre 39 a 41 semanas y, el 20% (6) entre 37 a 38 semanas.



**FIGURA N° 02: EDAD GESTACIONAL (Semanas)**

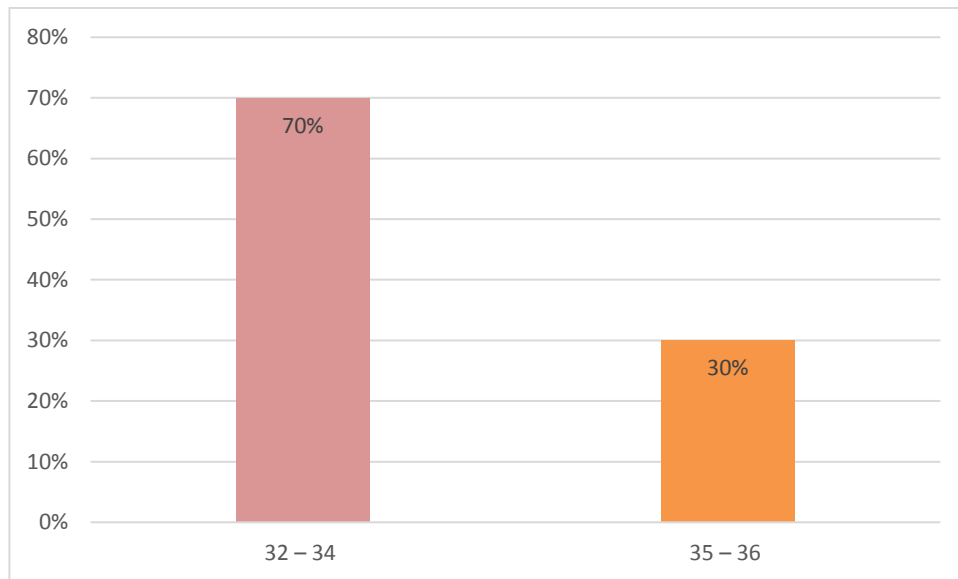
Tabla 03: Altura uterina de puérperas inmediatas antes del parto.  
Hospital Carlos Showing Ferrari – Huánuco, Julio-Diciembre 2016.

ALTURA UTERINA (cm)	N°	%
32 – 34	21	70.0
35 – 36	9	30.0
TOTAL	30	100.0

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

### INTERPRETACION

En la tabla, respecto a la altura uterina antes del parto con un porcentaje de 70% (21) de puérperas inmediatas estudiadas presentaron la altura uterina entre 32 a 34 cm. y, el 30% (9) entre 35 a 36 cm.



**FIGURA N° 03: ALTURA UTERINA (Cm)**



Tabla 04: Paridad de las puérperas inmediatas

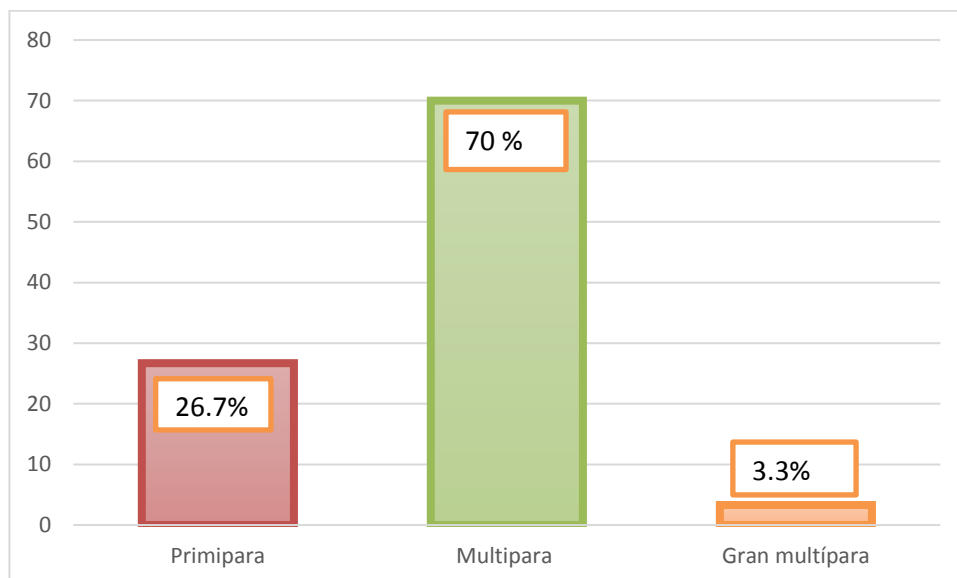
Hospital Carlos Showing Ferrari – Huánuco, Julio-Diciembre 2016.

PARIDAD	N°	%
Primipara	8	26.7
Multipara	21	70.0
Gran múltipara	1	3.3
TOTAL	30	100.0

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

### INTERPRETACIÓN

En la tabla, un porcentaje de 70% (21) de puérperas inmediatas estudiadas de acuerdo a la paridad eran múltiparas, el 26.7% (8) eran primíparas y, el 3.3% (1) gran múltipara.



**FIGURA N° 04: PARIDAD**

Tabla 05: Factores de riesgo anteparto de hemorragia postparto que presentaron las puérperas inmediatas

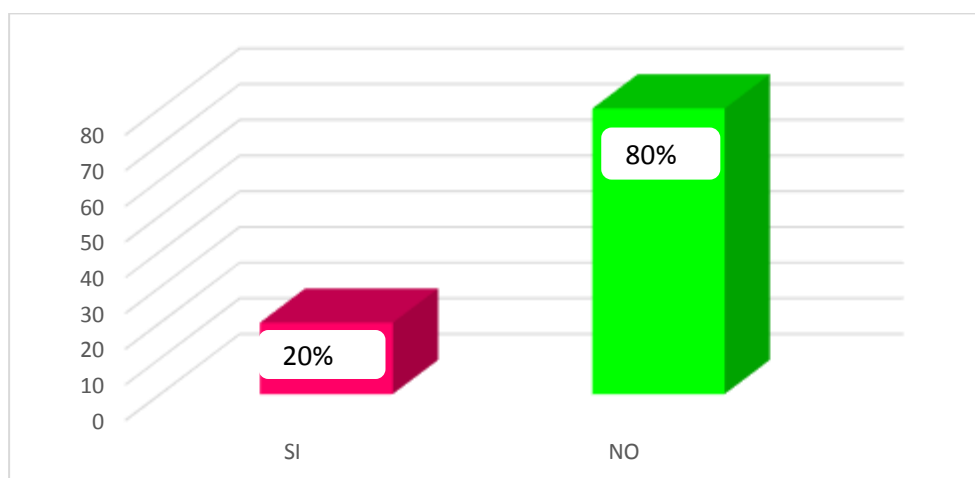
Hospital Carlos Showing Ferrari – Huánuco, Julio-Diciembre 2016.

FACTORES DE RIESGO ANTEPARTO	HEMORRAGIA POSTPARTO				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Sobredistención uterina	9	30.0	21	70.0	30	100
Presencia de trastornos hipertensivos del embarazo	0	0.0	30	100	30	100
Antecedentes de cesárea	0	0.0	30	100	30	100
Antecedentes de hemorragia postparto	3	10	27	90	30	100
Trastornos de coagulación	0	0.0	30	100	30	100
Aborto	8	26.7	22	73.3	30	100
Anemia	23	76.7	7	23.3	30	100
<b>PROMEDIO TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>20.0</b>	<b>24</b>	<b>80.0</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

### INTERPRETACIÓN

En la tabla, un porcentaje de promedio de 80% (24) de puérperas inmediatas estudiadas NO presentaron hemorragia postparto según a los factores de riesgo anteparto y, el 20% (6) de puérperas SI presentaron la hemorragia postparto a través de los factores de riesgo como: sobredistención uterina, antecedente de hemorragia posparto, aborto y anemia.



**FIGURA N° 05: Factores De Riesgo Anteparto De Hemorragia Postparto**

Tabla 06: Factores de riesgo intraparto de hemorragia postparto que presentaron las puérperas inmediatas.

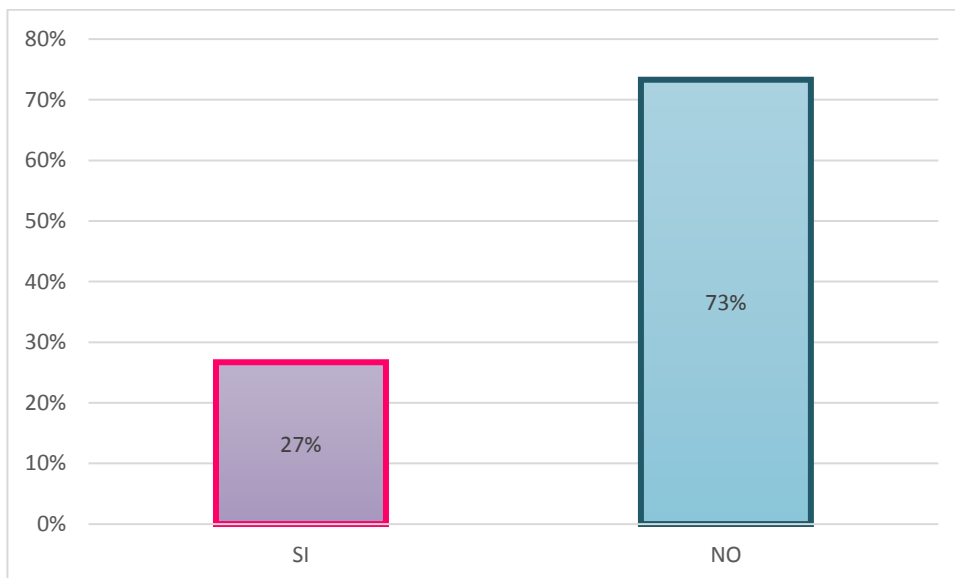
Hospital Carlos Showing Ferrari – Huánuco, Julio-Diciembre 2016.

FACTORES DE RIESGO INTRAPARTO	HEMORRAGIA POSTPARTO				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Parto precipitado	6	20	24	80	30	100
Parto prolongado	3	10	27	90	30	100
Presentación cefálica	0	0.0	30	100	30	100
Manejo de parto (oxito - conducción)	28	93.3	2	6.7	30	100
Complicaciones (desgarro cervical)	2	6.7	28	93.3	30	100
<b>PROMEDIO TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>27</b>	<b>22</b>	<b>73</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

#### INTERPRETACIÓN

En la tabla, un porcentaje promedio de 73% (22) de puérperas inmediatas estudiadas no presentaron hemorragia postparto según los factores de riesgo intraparto, y el 27% (8) si presentaron la hemorragia mediante los siguientes factores de riesgo: parto precipitado, parto prolongado, presentación cefálica, manejo de parto con conducción y, complicaciones (desgarro cervical).



**FIGURA N° 06: Factores De Riesgo Intraparto De Hemorragia Postparto**

Tabla 07: Factores de riesgo postparto de hemorragia postparto en púerperas inmediatas

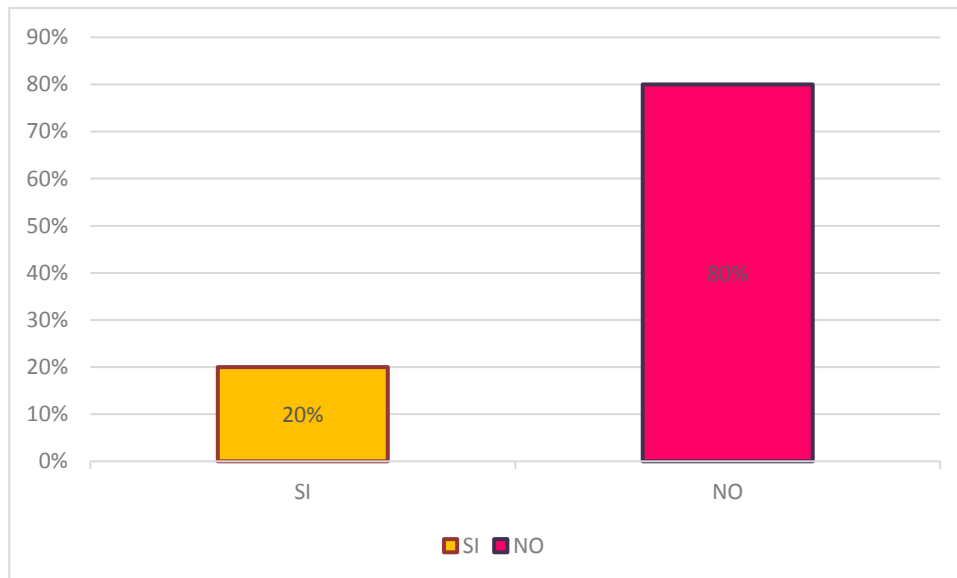
Hospital Carlos Showing Ferrari – Huánuco, Julio-Diciembre 2016.

FACTORES DE RIESGO POSTPARTO	HEMORRAGIA POSTPARTO				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Atonía uterina	10	33.3	20	66.7	30	100
Retención de placenta	0	0.0	30	100	30	100
Retención de restos placentarios	2	6.7	28	93.9	30	100
Lesión de canal de parto	20	66.7	10	33.3	30	100
Inversión uterina	0	0.0	30	100	30	100
<b>PROMEDIO TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>20.0</b>	<b>24</b>	<b>80.0</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

### INTERPRETACIÓN

Un porcentaje promedio de 80% (24) de púerperas estudiadas no presentaron hemorragia postparto según los factores de riesgo postparto, y el 20% (6) si presentaron la hemorragia mediante los factores de riesgo como: Atonía uterina, retención de restos placentarios, lesión de canal de parto.



**FIGURA N° 07: Factores De Riesgo Postparto De Hemorragia Postparto**

Tabla 08: Factores de riesgo con mayor preponderancia durante el anteparto, intraparto y postparto que se representan en las púerperas inmediatas

Hospital Carlos Showing Ferrari – Huánuco, Julio-Diciembre 2016.

FACTORES DE RIESGO CON MAYOR PREPONDERANCIA	HEMORRAGIA POSTPARTO				TOTAL	
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Anteparto	6	20.0	24	80.0	30	100
Intraparto	12	40.0	18	60.0	30	100
Postparto	6	20.0	24	80.0	30	100

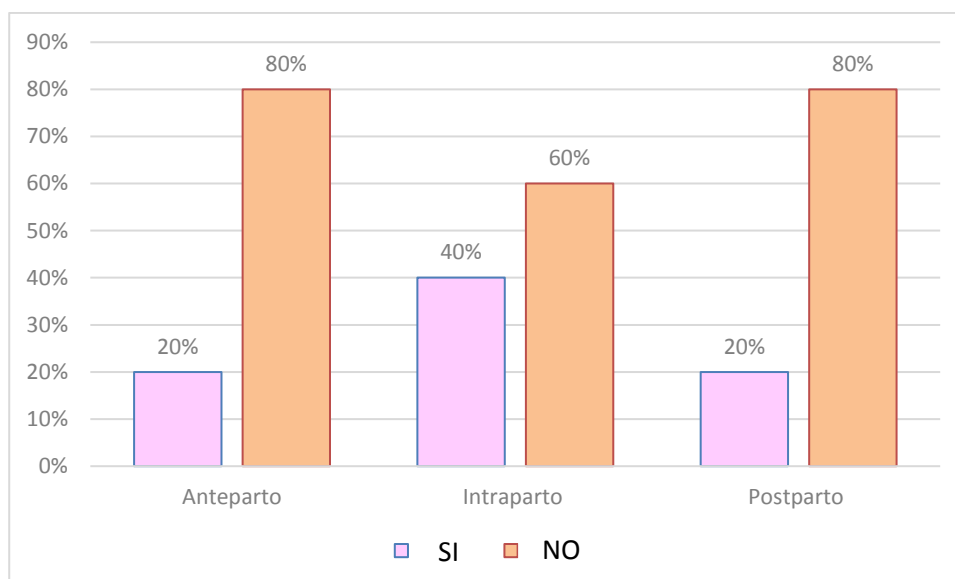
**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

#### INTERPRETACIÓN:

Un porcentaje de 80% (24) de púerperas estudiadas no presentaron hemorragia postparto mediante los factores de riesgo anteparto y, el 20% (6) si presentaron hemorragia.

El 60% (18) de púerperas no presentaron hemorragia postparto según los factores de riesgo intraparto y, el 40% (12) si presentaron hemorragia.

El 80% (24) de púerperas no presentaron hemorragia postparto según los factores de riesgo postparto y, el 20% (6) si presentaron hemorragia.



**FIGURA N° 08: Factores De Riesgo**

**CONTRASTACIÓN Y PRUEBA DE HIPÓTESIS SEGÚN  
ESTADÍSTICA INFERENCIAL MEDIANTE LA SIGNIFICANCIA  
DEL CHI CUADRADO:**

$$X^2: \Sigma \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$$

Donde:

$X^2$ : ¿ ?

$F_o$ : Frecuencia observada.

$F_e$ : Frecuencia esperada.

$\Sigma$ : Sumatoria.

FACTORES DE RIESGO	HEMORRAGIA POSTPARTO		TOTAL
	SI	NO	
Anteparto	6	24	30
Intraparto	12	18	30
Postparto	6	24	30
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>66</b>	<b>90</b>

La tabla corresponde a  $3 \times 2$  ( $3 - 1 = 2$ ) ( $2 - 1 = 1$ ) = 2 grados de libertad a alfa 0.05 : 5.99 ( $F_o$ ).

Para estimar la frecuencia esperada se realizó el siguiente cálculo:

$$\begin{array}{l} \frac{24 \times 30}{90} = 8 \\ \frac{24 \times 30}{90} = 8 \\ \frac{24 \times 30}{90} = 8 \end{array} \quad \begin{array}{l} \frac{66 \times 30}{90} = 22 \\ \frac{66 \times 30}{90} = 22 \\ \frac{66 \times 30}{90} = 22 \end{array}$$

Reemplazando la formula tenemos:

$$X^2: \frac{(6-8)^2}{8} + \frac{(12-8)^2}{8} + \frac{(6-8)^2}{8} + \frac{(24-22)^2}{22} + \frac{(18-22)^2}{22} + \frac{(24-22)^2}{22}$$

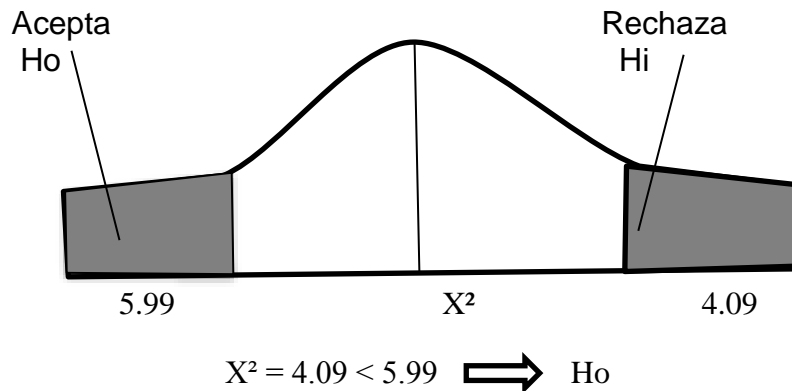
$$X^2: 0.5 + 2 + 0.5 + 0.18 + 0.73 + 0.18$$

$$X^2: 4.09 \text{ (Fe).}$$

Por tanto:  $X^2: 4.09 < 5.99$  entonces se acepta la hipótesis siguiente:

“Los factores de riesgo anteparto, intraparto y postparto no están fuertemente asociados a la hemorragia postparto en puérperas inmediatas Hospital Carlos Showing Ferrari – Huánuco, Julio-Diciembre 2016.

Línea de Significancia a través de la  
Campana de Gauss



## 5.1. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Según los resultados obtenidos mediante la prueba de hipótesis según la significancia del chi cuadrado se obtuvo que:  $X^2$ :  $4.09 \leq 5.99$  aceptando la  $H_0$ : “los factores de riesgo anteparto, intraparto y postparto no están fuertemente asociados a la hemorragia postparto en puérperas inmediatas del Hospital Carlos Showing Ferrari – Huánuco, Julio – Diciembre 2016. Por lo tanto se llegaron a conclusiones: un 80% de puérperas inmediatas no presentaron hemorragia postparto según los factores de riesgo anteparto, el 60% intraparto y 80% postparto. En general, un promedio de 40% de puérperas inmediatas presentaron hemorragia postparto a causa de los factores de riesgo intraparto, el 20% a causa de los factores anteparto y 20% a causa de los factores postparto. Frente a ello, el Ministerio de la Salud dice: la hemorragia post parto se produce cuando hay una pérdida sanguínea de 500ml a más en las primeras 24 horas después del parto (puerperio inmediato) y más del 10% del hematocrito. La hemorragia postparto se da por los siguientes factores de riesgo: edad, multiparidad, macrosomia fetal, polihidramnios, antecedentes de cesárea, antecedentes de abortos, parto prolongado, parto precipitado, mal manejo de parto y alumbramiento, distocias de presentación fetal.

Al respecto, Palomo T, Jorge B. en su estudio informa: el 35,82% de pacientes tenían edades entre 15-19 años, el 40,30% eran tercíparas, el 77,61% tenían embarazo a término y su parto fue eutócico 68,65%. Dichos resultados no tienen ninguna relación con los datos encontrados en nuestro estudio.

Asimismo, Muñoz H. en su estudio encontró que el 41% de puérperas presentaron edades entre 16 a 17 años, el 73% son nulíparas, el 67% presentaron perdidas hemáticas considerable evaluada por el número de paños utilizados; se observó la retención de restos placentarios en el 50%, la hipotonía 42%, anemia 50%.



Por otro lado, Bonifaz G. en su estudio publica: la causa de hemorragia postparto con mayor incidencia fue el alumbramiento incompleto con el 70%, desgarro vaginal con un 42%. Resultados que indican no presenta similitud alguna con los resultados encontrados en nuestra investigación.

Del mismo modo, Orozco Y. en su estudio afirmaron que el 37% de pacientes presentaron edades entre 28 – 34 años, 63% fueron multigestas, la principal causa de hemorragia postparto destaca la atonía uterina 42%, alumbramiento incompleto 35% y desgarros del canal del parto 23%; los principales factores de riesgo intraparto que se presentó con un 28% se debe a desgarros cervical, vaginal – perineal, 21% por parto precipitado, el 18% oxitocina, el 16% macrosomía fetal y el 5% por RPM prolongado.

De los cuales, Rosadio A. en su estudio informa: la incidencia de HPP fue de 0.41%, multíparas 53,8%, parto via vaginal 94,9%, macrosomía fetal 53,8%, lesiones del canal de parto 79,5%, maniobra de kristeller 5,1% y retención de restos placentarios 66,7%. Los resultados que indican no presentan ninguna relación a los resultados encontrados en nuestra investigación.

Según Correa M, Guillermo A. en su estudio encontraron que, la frecuencia de gran multiparidad en mujeres con hemorragia postparto fue 16,9% y en las mujeres sin hemorragia post parto fue 9.3%. La frecuencia de macrosomía fetal en mujeres con hemorragia post parto fue 12,4%. La gran multiparidad y macrosomía fetal son factores de riesgo de hemorragia post parto. Datos que no concuerdan con los resultados obtenidos en nuestro estudio.

Al respecto, Altamirano G. en su estudio indica: los factores de riesgo intraparto identificados son la episiotomía y el parto precipitado, las principales causas de hemorragia post parto la constituyen desgarro

del canal del parto, atonía uterina, retención de restos placentarios. Resultados que no interpretan relación alguna con los resultados obtenidos en nuestra investigación.

Por lo tanto, Pariguana L, Santos Y. en su estudio señalan: la frecuencia de HPP fue del 3.03% (cesáreas 2.63% y partos vaginales 3.21%), los factores de riesgo encontrados fueron: retención de restos placentarios en partos por vía vaginal y desgarros de cérvix, vagina y periné, dichos resultados interpretados no concuerdan con los datos encontrados en nuestro estudio.

## CONCLUSIONES

Según los objetivos planteados en la investigación se llegaron a conclusiones:

1. En los resultados, el 80% de puérperas estudiadas presentaron la edad de 15 a 24 años el 60%, de 25 a 34 años 23.3%, y 35 a más 16.7%. De acuerdo a la edad gestacional entre 39 a 41 semanas, el 90% presentaron una altura uterina entre 32 a 34 cm. y, el 70% fueron de paridad múltipara.
2. Un porcentaje promedio de 80% de puérperas inmediatas no presentaron hemorragia postparto a causa de los factores de riesgo anteparto (sobredistención uterina, presencia de trastornos hipertensivos, antecedente de cesárea, antecedente de HPP, trastorno de coagulación, aborto y anemia).
3. Un porcentaje promedio de 60% de puérperas inmediatas no presentaron hemorragia postparto a causa de los factores intraparto (parto precipitado, parto prolongado, presentación del feto, manejo de parto y complicaciones de desgarros).
4. Un porcentaje promedio de 80% de puérperas inmediatas no presentaron hemorragia postparto a causa de los factores de riesgo postparto (atonía uterina, retención de placenta y restos placentarios, lesión del canal del parto e inversión uterina).
5. Según los factores de riesgo con mayor preponderancia que llevaron a la hemorragia postparto fueron: los factores de riesgo intraparto 40% y seguido con 20% los factores de riesgo anteparto y postparto.
6. Según la prueba de hipótesis el resultado fue de:  $X^2: 4.09 \leq 5.99$  aceptando la  $H_0$ : “los factores de riesgo anteparto, intraparto y postparto no están fuertemente asociados a la hemorragia post parto en puérperas inmediatas del Hospital Carlos Showing Ferrari – Huánuco, Julio – Diciembre 2016.

## RECOMENDACIONES

1. Al profesional de obstetricia: debe prevenir y conocer los factores de riesgo durante el embarazo realizando una anamnesis profunda en las gestantes respecto de sus antecedentes personales, familiares y gineco-obstétricos a fin de detectar factores de riesgo que puedan causar a una hemorragia postparto, valorar el grado de anemia y determinar el grupo sanguíneo y el Rh para facilitar la obtención de la sangre antes que se presente hemorragia postparto en puérperas.
2. También los profesionales de obstetricia durante la etapa del parto deben manejar correctamente las fases del trabajo de parto para prevenir o minimizar la hemorragia postparto en puérperas inmediatas.
3. El profesional de obstetricia debe de ser capacitado para poder manejar oportunamente los casos de HPP siguiendo los protocolos y guías de manejo de emergencias obstétricas, para evitar las muertes maternas.
4. Los profesionales de obstetricia deben contar con insumos de la clave roja para actuar oportunamente ante una HPP.
5. El ministerio de salud debe implementar cursos de capacitación de promoción y prevención para personal de salud, instituciones educativas y comunidades para concientizar sobre los factores de riesgo de HPP.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Perú. Mortalidad-Materna-Peru 2002 – 2011. Mayo 2013. Revista. [internet] 2017 (citado el 15 abril del 2017). Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf>
2. Ministerio de Salud Perú. Distribución de muertes maternas Perú 2016\*. Revista. [internet] 2017 (citado el 15 abril del 2017). Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2016/SE10/mmaternas.pdf>
3. Wikipedia-Wikimedia. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Mortalidad materna; 2008. [internet] (citado el 2 mayo del 2017). Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Mortalidad\\_materna](https://es.wikipedia.org/wiki/Mortalidad_materna)
4. Palomo Tercero Jorge B. Incidencia de la hemorragia postparto por atonía uterina. Guatemala 2014 (citado el 3 mayo del 2017). Disponible en: [http://www.repositorio.usac.edu.gt/1662/1/05\\_9384.pdf](http://www.repositorio.usac.edu.gt/1662/1/05_9384.pdf)
5. Muñoz Hidalgo Karla I. Incidencia De Las Complicaciones De La Hemorragia Postparto En Mujeres Adolescentes A Realizarse En La Maternidad Matilde Hidalgo De Procel Desde Septiembre 2012 A Febrero Del 2013". [internet] (citado el 3 mayo del 2017). Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1784/1/INCIDENCIA%20DE%20LAS%20COMPLICACIONES%20DE%20LAS%20HEMORRAGIAS%20POSTPARTO.pdf>
6. Ruiz Quinga, Magali N. Factores de riesgo que inciden en hemorragias postparto vaginal en mujeres indígenas” Ambato - Ecuador 2012. [internet] (citado el 3 mayo del 2017). Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/109/1/TUAMED042-2012.pdf>
7. Bonifaz Guerrero Jesús J. Hemorragia Post Parto en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba 2010. [internet] 2017 (citado el 15 abril del 2017). Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/handle/123456789/3441/94T00104.pdf?sequence=1>
8. Orozco Yanza Jenny P. Factores de Riesgo de la Hemorragia postparto en pacientes con puerperio inmediato. Servicio de ginecología. Hospital provincial Puyo. 2010. [internet] (citado el 3

mayo del 2017). Disponible en:  
<http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/handle/123456789/3441/94T00104.pdf?sequence=1>

9. Rosadio Aragón Alexandra Del P. Factores de riesgo asociados a la hemorragia post parto en pacientes atendidas en el hospital Sergio E. Bernales. Lima – Perú 2015. [internet] (citado el 3 mayo del 2017). Disponible en:  
[http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2413/3/rosadio\\_a.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2413/3/rosadio_a.pdf)
10. Correa Martínez Guillermo A. Gran Multiparidad Y Macrosomia Fetal Como Factores De Riesgo Para Hemorragia Postparto Hospital Distrital Santa Isabel. El Porvenir 2007- 2013. [internet] (citado el 3 mayo del 2017). Disponible en:  
[http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/520/1/CORREA\\_GUILLERMO\\_MULTIPARIDAD\\_MACROSOMIA\\_HEMORRAGIA.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/520/1/CORREA_GUILLERMO_MULTIPARIDAD_MACROSOMIA_HEMORRAGIA.pdf)
11. Acusi Quispe Julio C. Factores de riesgo para hemorragia postparto en las puérperas de parto vaginal. Tacna – Perú 2012 [internet] (citado el 3 mayo del 2017). Disponible en:  
<http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/457/TG0315.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Altamirano Girano Paula A. Factores De Alto Riesgo Asociados A Hemorragia Postparto Inmediato En El Hospital María Auxiliadora Durante El 2009. [internet] 2017 (citado el 15 abril del 2017). Disponible en:  
[http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/232/1/altamirano\\_pa.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/232/1/altamirano_pa.pdf)
13. Pariguana Lopez Y, Santos Yauricaza Y. Factores De Riesgo De La Hemorragia Postparto Inmediato: Estudio Caso-Control en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales-Collique. Abril-Octubre 2003. [internet] (citado el 3 mayo del 2017). Disponible en:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/359/1/Pariguana\\_lj.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/359/1/Pariguana_lj.pdf).
14. Schwarcz R, Fesina R, Duverges C. Obstetricia. 6 ed. Buenos Aires, Argentina. El Ateneo. 2005. p. 632.
15. Mongrut Steane A. Tratado de Obstetricia Normal y Patológica. 4 ed. Perú. 2000. p. 652.
16. Ministerio de Salud Perú. Guías De Practica Clínica Nuevas Y Actualizadas Del Departamento De Gineco Obstetricia Octubre 2012. (Fecha de acceso 05/2017). En:  
[file:///C:/Users/ANABELBA/Downloads/gpc\\_gineco.pdf](file:///C:/Users/ANABELBA/Downloads/gpc_gineco.pdf)


17. Cuningham G, Leveno K, Bloom S, et al. Williams Obstetricia. 23 ed. Mexico. Mc Graw Hill. 2011. p. 759-760.
18. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías De Práctica Clínica Y De Procedimientos En Obstetricia Y Perinatología. 2014. [internet] (citado el 3 mayo del 2017). Disponible en:  
<http://prodelcorp.edu.pe/material/2115GUIAS%20DE%20ATENCIÓN%20CLINICA.pdf>
19. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS SOBRE HPP 2012. [internet] (citado el 3 mayo del 2017). Disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120085/1/WHO\\_RHR\\_14.20\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120085/1/WHO_RHR_14.20_spa.pdf)
20. Organización Mundial de Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto OMS: Ginebra. 2014. Revista. [internet] (citado el 3 mayo del 2017). Disponible en:  
[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/9789241548502/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/en/index.html).
21. Federación Internacional de Gineco-Obstetricia. Prevención de la Hemorragia Postparto con Misoprostol. FIGO 2012. (Fecha de acceso 05/2017). En:  
[http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/project-publications/Miso/PPH%20treatment/Annotated%20versions/Tratamiento%20de%20la%20Hemorragia%20Postparto%20con%20Misoprostol\\_Anotada\\_2012\\_Spanish.pdf](http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/project-publications/Miso/PPH%20treatment/Annotated%20versions/Tratamiento%20de%20la%20Hemorragia%20Postparto%20con%20Misoprostol_Anotada_2012_Spanish.pdf)
22. Organización Mundial de Salud. Mortalidad materna. Nota descriptiva N°348. Mayo de 2014. Centro de prensa de la OMS. [internet] (citado el 3 mayo del 2017). Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
23. Agencia EFE S/A. La mortalidad materna en Perú se reduce a la mitad. actualizado el 30/12/2013. [internet] (citado el 3 mayo del 2017). Disponible en:  
<http://vidayestilo.terra.com.pe/salud/la-mortalidad-materna-en-peru-se-reduce-a-la-mitad,6fc8d54121633410VgnCLD2000000dc6eb0aRCRD.html>
24. Ministerio de Salud Perú. Mortalidad materna se redujo 10% entre 2010 y 2014. [internet] (citado el 3 mayo del 2017). Disponible en:  
<http://www.minsa.gob.pe/?op=51&nota=16498>

# ANEXOS



## ANEXO N° 01 MATRIZ DE CONSISTENCIA

FACTORES DE RIESGO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS. HOSPITAL "CARLOS SHOWING FERRARI". HUÁNUCO, JULIO-DICIEMBRE 2016.

PROBLEMA General y Específico	OBJETIVOS General y Específicos	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	METODOLOGÍA
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b></p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo de la hemorragia postparto en puérperas inmediatas del Hospital Carlos Showing Ferrari -Huánuco. Julio-diciembre 2016?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b></p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo anteparto de hemorragia postparto que presentaron las puérperas inmediatas?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo intraparto de hemorragia postparto</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Conocer los factores de riesgos de hemorragia postparto en puérperas inmediatas del Hospital Carlos Showing Ferrari - Huánuco. julio - diciembre 2016</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>Determinar los factores de riesgo anteparto de hemorragia postparto que presentaron las puérperas inmediatas.</p> <p>Determinar los factores de riesgo intraparto de hemorragia postparto</p>	<p><b>H.I.</b></p> <p>Los factores de riesgo anteparto, intraparto y post parto están fuertemente asociados a la hemorragia post parto en puérperas inmediatas Hospital Carlos Showing Ferrari julio-diciembre 2016.</p> <p><b>H.O.</b></p> <p>Los factores de riesgo anteparto, intraparto y post parto no están fuertemente asociados a la hemorragia post parto en puérperas inmediatas Hospital</p>	<p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b></p> <p>Factores de riesgo</p> <p><b>INDICADORES:</b></p> <p><b>Factores de riesgo anteparto:</b></p> <p>Edad Edad gestacional. N° de embarazos Paridad Sobredistención uterina. Presencia de trastornos hipertensivos del embarazo Antecedentes de cesárea Antecedentes de hemorragia postparto Antecedentes de trastornos de la coagulación. Aborto Anemia</p> <p><b>Factores de riesgo intraparto:</b></p>	<p><b>NIVEL Y TIPO DE INV.</b></p> <p>El nivel es relacional y de tipo observacional, retrospectivo, transversal, bivariado o analítico.</p> <p><b>MÉTODO DE INV.</b></p> <p>Cuantitativo, deductivo.</p> <p><b>DISEÑO DE INV.</b></p> <p>Observacional, transversal, relacional.</p> <p><b>DIAGRAMA</b></p> 	<p><b>POBLACIÓN</b></p> <p>Estará constituido por todas las puérperas inmediatas de parto eutócico del Hospital Carlos Showing Ferrari 2016, que suman 434.</p> <p><b>MUESTRA</b></p> <p>Estará constituido por 30 casos de puérperas inmediatas de parto eutócico con cuadro clínico de hemorragia postparto del Hospital "Carlos Showing Ferrari" 2016.</p> <p><b>MUESTREO</b></p> <p>No Probabilístico por criterio, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.</p> <p><b>Criterios de inclusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Historias Clínicas de puérperas inmediatas de parto eutócico con cuadro clínico de hemorragia postparto</li> <li>• Pacientes que no tengan contraindicación del parto por vía vaginal.</li> </ul>

<p>que presentaron las puérperas inmediatas?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo postparto de hemorragia postparto que presentaron las puérperas inmediatas?</p> <p>¿Cuál es la etapa con mayor preponderancia de los factores de riesgo de HPP durante el anteparto, intraparto y postparto que se presentan en las puérperas inmediatas?</p>	<p>en puérperas inmediatas.</p> <p>Determinar los factores de riesgo postparto de hemorragia postparto en puérperas inmediatas.</p> <p>Identificar la etapa con mayor preponderancia de los factores de riesgo de HPP durante el anteparto, intraparto y postparto que se presentan en las puérperas inmediatas.</p>	<p>Carlos Showing Ferrari julio-diciembre 2016.</p>	<p>Distocias Mecánicas Parto precipitado Periodo expulsivo prolongado Episiotomía Maniobra de Kristeller Distensión asistida del canal cérvico-vaginal</p> <p><b>Factores de riesgo postparto:</b></p> <p>Atonía uterina Retención de placenta Retención restos placentarios Lesión canal parto Inversión uterina</p> <p><b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b></p> <p>Hemorragia Post Parto</p> <p><b>INDICADORES:</b></p> <p>Involución uterina Volumen de sangrado Color de sangrado Funciones vitales Control de diuresis.</p>	<p><u>Legenda:</u></p> <p>M= Muestra Ox= Observación de la Var. Independiente. Oy= Observación de la variable dependiente. r= relación de dependencia entre variables</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes atendidas durante el año 2016.</li> </ul> <p><b>Criterios de exclusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes que tengan contraindicación del parto por vía vaginal.</li> <li>• Pacientes atendidas fuera del periodo de estudio.</li> <li>• Historias clínicas que se encuentren extraviadas o incompletas.</li> <li>• Puérperas inmediatas de parto eutócico sin cuadro clínico de hemorragia postparto.</li> <li>• Puérperas de parto distócico con cuadro clínico e hemorragia postparto.</li> </ul> <p><b>TÉCNICA</b></p> <p>Análisis documental. H.C, carnet perinatal.</p> <p><b>INSTRUMENTO</b></p> <p>Ficha de recolección de datos</p> <p><b>TÉCNICAS ESTADÍSTICAS</b></p> <p>Estadístico de prueba (SPSS v 21).</p> <p>Para análisis de datos el coeficiente de correlación (r) de Pearson, como valor predictivo.</p>
--	--	---	--	---	--

## ANEXO N° 2

	Nombre de la variable		Tipo	Escala	Indicador	Categoría o valor final	Ítem en el instrumento
Conocer los factores de riesgos de hemorragia postparto en puérperas inmediatas	Variable dependiente	Hemorragia post parto	categórico	Nominal	Involución uterina Volumen del sangrado  Color de sangrado Funciones vitales Control de diuresis	SI/NO > 500ml SI/NO < 500ml SI/NO Rojo rutilante SI/NO Alterados SI/NO Orina < 30ml/h SI/NO	V
Determinar los factores de riesgo anteparto de hemorragia postparto que presentaron las puérperas inmediatas.	Variable independiente	Factores de riesgo anteparto	categórico	Nominal	Edad Paridad Sobredistención uterina Presencia de trastornos hipertensivos del embarazo. Antecedentes de cesárea Antecedentes de hemorragia postparto Antecedentes de trastornos de la coagulación. Aborto. Anemia	15-34 y 35 a más Primípara / múltipara SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO  SI/NO SI/NO	I II
Determinar los factores de riesgo intraparto de hemorragia postparto en puérperas inmediatas.	Variable Independiente	Factores de riesgo intraparto	categórico	Nominal	Distocias Mecánicas Parto precipitado Periodo expulsivo prolongado Episiotomía	SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO	III

					Maniobra de Kristeller Distensión asistida del canal cérvico-vaginal	SI/NO SI/NO	
•Determinar los factores de riesgo postparto de hemorragia postparto en puérperas inmediatas.	<b>Variable independiente</b>	Factor de riesgo postparto	categórico	Nominal	Atonía uterina Retención de placenta Retención restos placentarios Lesión canal parto Inversión uterina	SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO	IV



## ANEXO N° 03

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO  
VALDIZAN

FACULTAD DE OBSTETRICIA



## FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

**TITULO:** FACTORES DE RIESGO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS. HOSPITAL "CARLOS SHOWING FERRARI". HUÁNUCO, JULIO-DICIEMBRE 2016.

## INDICACIONES

Llenar el presente formulario con suma atención.

## I. Datos de filiación:

- 1.1. N° de HCL: \_\_\_\_\_.
- 1.2. Edad de la paciente: \_\_\_\_\_.
- 1.3. FUR:\_\_\_\_\_ FPP:\_\_\_\_\_ F.PARTO:\_\_\_\_\_
- 1.4. Edad gestacional:\_\_\_\_\_
- 1.5. Altura uterina:\_\_\_\_\_

## II. Características obstetricas anteparto:

- 2.1. F.O: G\_\_\_\_\_ P\_\_\_\_\_
- 2.2. Primipara ( ) Multípara ( ) Gran Multipara ( )
- 2.3. Sobredistención uterina SI ( ) NO ( ) \_\_\_\_\_
- 2.4. Presencia de trastornos hipertensivos del embarazo  
SI ( ) NO ( ) \_\_\_\_\_
- 2.5. Antecedentes de cesárea SI ( ) NO ( ) \_\_\_\_\_
- 2.6. Antecedentes de hemorragia postparto SI ( ) NO ( ) \_\_\_\_\_
- 2.7. Trastornos de coagulación SI ( ) NO ( ) \_\_\_\_\_
- 2.8. Aborto SI ( ) NO ( ) \_\_\_\_\_
- 2.9. Anemia SI ( ) NO ( ) \_\_\_\_\_

## III. Características obstétricas intraparto:

- 3.1. Duración del parto:  
1er periodo:\_\_\_\_\_ 2do periodo:\_\_\_\_\_ 3er periodo:\_\_\_\_\_
- Precipitado SI ( ) NO ( )
- Prolongado SI ( ) NO ( )
- 3.2. Presentación del feto: cefálico ( ) podálico ( )

- 3.3. Manejo del parto SI ( ) NO ( ) \_\_\_\_\_  
 3.4. Complicaciones del parto  
 Desgarro SI ( ) NO ( ) \_\_\_\_\_  
 3.5. Otros: \_\_\_\_\_

#### IV. Características obstétricas postparto:

- 4.1. Atonía uterina SI ( ) NO ( )  
 4.2. Retención de placenta SI ( ) NO ( )  
 4.3. Retención restos placentarios SI ( ) NO ( )  
 4.4. Lesión canal parto SI ( ) NO ( )  
 4.5. Inversión uterina SI ( ) NO ( )

#### V. Características en la HPP

- 5.1. Características de sangrado (rojo rutilante) SI ( ) NO ( )  
 5.2. Involución uterina SI ( ) NO ( )  
 5.3. Volumen del sangrado <500ml SI ( ) NO ( )  
 >500ml SI ( ) NO ( )  
 5.4. Funciones vitales alterados \_\_\_\_\_ SI ( ) NO ( )  
 5.5. Diuresis <30ml/h \_\_\_\_\_ SI ( ) NO ( )

## ANEXO N° 04



UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN"

FACULTAD DE OBSTETRICIA

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE  
RECOLECCIÓN DE DATOS

Quien suscribe Obst. Julio Constantino Tueros Espinoza mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado **"FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIA POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS HOSPITAL "CARLOS SHOWING FERRARI" HUÁNUCO JULIO-DICIEMBRE 2016"** elaborado por las alumnas de la facultad de Obstetricia en la que reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, por lo tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Mg. Julio C. Tueros Espinoza  
OBSTETRA

---

Obst. JULIO C. TUEROS ESPINOZA  
DOCENTE DE LA FACULTAD DE  
OBSTETRICIA DE LA UNHEVAL

**ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR EL  
CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

EXPERTO: Mg. obstetra Julio C. Tueros Espinoza,

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
• El instrumento da cuenta del <b>título/tema</b> y lo expresa con claridad y pertinencia.	( 2 )	( )
• El instrumento tiene estructura <b>lógica</b> .	( 2 )	( )
• La secuencia de presentación es <b>óptima</b> .	( 2 )	( )
• El grado de complejidad de los <b>items es aceptable</b>	( 2 )	( )
• Los términos utilizados en las preguntas son claros y <b>comprensibles</b> .	( 2 )	( )
• Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las <b>fases de la elaboración del proyecto de investigación</b> .	( 2 )	( )
• El instrumento establece la <b>totalidad de los items</b> de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	( 2 )	( )
• Las preguntas permiten el <b>logro de los objetivos</b> .	( 2 )	( )
• Las preguntas permiten <b>recoger la información para alcanzar los objetivos</b> de la investigación.	( 2 )	( )
• Las preguntas <b>están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio</b> .	( 2 )	( )
TOTAL		

OBSERVACIONES:.....  
.....  
.....

  
 Mg. Julio C. Tueros Espinoza  
 OBSTETRA  
 FIRMA DEL EXPERTO



## ANEXO N° 05

**UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN"****FACULTAD DE OBSTETRICIA****CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE  
RECOLECCIÓN DE DATOS**

Quien suscribe Mg. Mitsi Marleni Quiñones Flores mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado **"FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIA POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS HOSPITAL "CARLOS SHOWING FERRARI" HUÁNUCO JULIO-DICIEMBRE 2016"** elaborado por las alumnas de la facultad de Obstetricia en la que reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, por lo tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

---

Mg. MITSÍ M. QUIÑONES FLORES  
DOCENTE DE LA FACULTAD DE  
OBSTETRICIA DE LA UNHEVAL

**ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR EL  
CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

EXPERTO: Mitsi H. Quinones Flores

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
• El instrumento da cuenta del <b>título/tema</b> y lo expresa con claridad y pertinencia.	(X)	( )
• El instrumento tiene estructura <b>lógica</b> .	(X)	( )
• La secuencia de presentación es <b>óptima</b> .	(X)	( )
• El grado de complejidad de los <b>ítems es aceptable</b>	(X)	( )
• Los términos utilizados en las preguntas son claros y <b>comprensibles</b> .	(X)	( )
• Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las <b>fases de la elaboración del proyecto</b> de investigación.	(X)	( )
• El instrumento establece la <b>totalidad de los ítems</b> de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(X)	( )
• Las preguntas permiten el <b>logro de los objetivos</b> .	(X)	( )
• Las preguntas permiten <b>recoger la información para alcanzar los objetivos</b> de la investigación.	(X)	( )
• Las preguntas <b>están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio</b> .	(X)	( )
TOTAL		

OBSERVACIONES:.....  
.....  
.....

  
.....  
**FIRMA DEL EXPERTO**

## ANEXO N° 06



**UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN"**

**FACULTAD DE OBSTETRICIA**



**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE  
RECOLECCIÓN DE DATOS**

Quien suscribe Obst. Carlos Antonio Carrillo y Espinoza mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado **"FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIA POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS HOSPITAL "CARLOS SHOWING FERRARI" HUÁNUCO JULIO-DICIEMBRE 2016"** elaborado por las alumnas de la facultad de Obstetricia en la que reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, por lo tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'C. Carrillo y Espinoza', is written above a horizontal line.

Obst. CARLOS A. CARRILLO Y ESPINOZA  
DOCENTE DE LA FACULTAD DE  
OBSTETRICIA DE LA UNHEVAL

**ESCALA DICOTÓMICA PARA JUCIO DE EXPERTOS PARA VALORAR EL  
CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

EXPERTO: Dr. Carlos A. González Espinoza

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
• El instrumento da cuenta del <b>título/tema</b> y lo expresa con claridad y pertinencia.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• El instrumento tiene estructura <b>lógica</b> .	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La secuencia de presentación es <b>óptima</b> .	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• El grado de complejidad de los <b>ítems es aceptable</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Los términos utilizados en las preguntas son claros y <b>comprensibles</b> .	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las <b>fases de la elaboración del proyecto</b> de investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• El instrumento establece la <b>totalidad de los ítems</b> de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Las preguntas permiten el <b>logro de los objetivos</b> .	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Las preguntas permiten <b>recoger la información para alcanzar los objetivos</b> de la investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Las preguntas <b>están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio</b> .	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL		

OBSERVACIONES:.....

.....

.....



.....  
FIRMA DEL EXPERTO

## ANEXO N° 07



UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN"

FACULTAD DE OBSTETRICIA

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE  
RECOLECCIÓN DE DATOS

Quien suscribe Mg. Ruth Lida Córdova Ruiz mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado "**FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIA POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS HOSPITAL "CARLOS SHOWING FERRARI" HUÁNUCO JULIO-DICIEMBRE 2016**" elaborado por las alumnas de la facultad de Obstetricia en la que reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, por lo tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

---

Mg. RUTH L. CORDOVA RUIZ  
DOCENTE DE LA FACULTAD DE  
OBSTETRICIA DE LA UNHEVAL

**ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR EL  
CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

EXPERTO: Hg. Ruth L. Córdoba Ruiz.....

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
• El instrumento da cuenta del <b>título/tema</b> y lo expresa con claridad y pertinencia.	( 2 )	( )
• El instrumento tiene estructura <b>lógica</b> .	( 2 )	( )
• La secuencia de presentación es <b>óptima</b> .	( 2 )	( )
• El grado de complejidad de los <b>ítems es aceptable</b>	( 2 )	( )
• Los términos utilizados en las preguntas son claros y <b>comprensibles</b> .	( 2 )	( )
• Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las <b>fases de la elaboración del proyecto</b> de investigación.	( 2 )	( )
• El instrumento establece la <b>totalidad de los ítems</b> de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	( )	( 0 )
• Las preguntas permiten el <b>logro de los objetivos</b> .	( 2 )	( )
• Las preguntas permiten <b>recoger la información para alcanzar los objetivos</b> de la investigación.	( 2 )	( )
• Las preguntas <b>están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio</b> .	( 2 )	( )
TOTAL	18	

OBSERVACIONES:.....  
.....  
.....

Ruth Córdoba  
.....  
FIRMA DEL EXPERTO

## ANEXO N° 08

PROVEIDO N° 04 - UCMRA-2017

Visto la solicitud presentada, por **ESPINOZA MEZA DELMIRA/ IZARRA ROSALES SILVIA**, quienes solicitan autorización Ejecutar Proyecto de Tesis de la Facultad de Obstetricia; del Convenio vigente con la Universidad Nacional Hermilio Valdizan, es procedente **ACEPTAR** la realización del mismo, por el período de un mes para la realización del mismo.

Amarilis, 27 Julio 2017

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO  
DIRECCIÓN DE SALUD BUENOS AEROS  
Mg. Emilia Rodríguez  
PRESIDENTE DE EMERGENCIAS  
Micro Red Amarilis

Amarilis, 07 de Agosto del 2017

PROVEIDO N° 014- 2017-JO-HMI.CSF

Visto la solicitud de autorización para ejecutar proyecto de tesis por **Espinoza Meza Delmira e Izarra Rosales Silvia**, esta Jefatura autoriza el acceso al libro de partos, RUA de Hospitalización y RUA de Emergencia para la recolección de datos por el período de 01 mes con fecha de inicio 07 de Agosto del 2017.

Atentamente

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
VICERRECTORIA REGIONAL HUÁNUCO  
Obst. Rocío María Córdova  
JEFA DE OBSTETRICIAS  
DGR 0000

## ANEXO N° 09



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"  
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" - HUÁNUCO  
FACULTAD DE OBSTETRICIA



## RESOLUCIÓN N° 174-2017-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 06 de junio de 2017.

**VISTO:**

El FÚT N° 0355149, de fecha 16.MAY.2017, presentada por las alumnas ESPINOZA MEZA, Delmira Alfonsina y IZARRA ROSALES, Silvia Marisol; quienes solicitan aprobación de exclusividad de tema y nombramiento del asesor;

**CONSIDERANDO:**

Que, las alumnas de la Facultad de Obstetricia ESPINOZA MEZA, Delmira Alfonsina y IZARRA ROSALES, Silvia Marisol, solicitan nombramiento del Asesor y la exclusividad de tema para el Proyecto de Investigación titulado: "FACTORES DE RIESGO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL "CARLOS SHOWING FERRARI" JULIO – DICIEMBRE 2016";

Que, con Proveído N° 017-COM-UI/FOBST-UNHEVAL-2017, de fecha 02.JUN.2017, la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, indica que la comisión ha revisado el tema en la base de datos y opina FAVORABLE la aceptación como exclusividad de tema, dando por aceptado para su ejecución y quedando registrado como exclusividad, y asesoría respectiva;

Que, el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Obstetricia, establece que la elaboración de su Proyecto de Investigación para acceder al Título Profesional requiere del patrocinio de un asesor, de tal modo que garantice la calidad del trabajo, desde la elaboración del proyecto hasta la redacción del documento final;

Que, la Mg. Jessye Mirtha Ramos García ha presentado la constancia de aceptación para el asesoramiento del Proyecto de Investigación de las alumnas ESPINOZA MEZA, Delmira Alfonsina y IZARRA ROSALES, Silvia Marisol, y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

**SE RESUELVE:**

- 1º **APROBAR** como exclusividad el título de Proyecto de Investigación: "FACTORES DE RIESGO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL "CARLOS SHOWING FERRARI" JULIO – DICIEMBRE 2016", de las alumnas ESPINOZA MEZA, Delmira Alfonsina y IZARRA ROSALES, Silvia Marisol y queda registrado en el cuaderno de Actas del Instituto de Investigación de la Facultad de Obstetricia.
- 2º **NOMBRAR** a la Mg. Jessye Mirtha Ramos García, Asesora de las alumnas ESPINOZA MEZA, Delmira Alfonsina y IZARRA ROSALES, Silvia Marisol; para la elaboración de su Proyecto de Investigación, así como la orientación de su desarrollo.
- 3º **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a las interesadas.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN  
FACULTAD DE OBSTETRICIA  
  
Dra. Mary L. Mayta

Distribución: DUIFO, Asesora, Interesadas y Archivo.

Av. Universitaria N° 601-607 –Cayhuayna-Telef 591077



## ANEXO N° 10



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"  
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILO VALDIZÁN" - HUÁNUCO  
FACULTAD DE OBSTETRICIA

**RESOLUCIÓN N° 211-2017-UNHEVAL/FOBST-D.**

Huánuco, 14 de julio de 2017.

**VISTO:**

El Informe S/N° UNHEVAL-FOBST-MLMP-DJT, de fecha de recepción 12.JUL.2017, presentada por la Dra. Mary Luisa Maque Ponce y el Informe N° 015- UNHEVAL-FOBST-JIPJ-DJT, de fecha de recepción 12.JUL.2017, presentada por la Dra. Justina Isabel Prado Juscamaíta, mediante el cual informan de la suficiencia de Proyecto de Tesis de las alumnas ESPINOZA MEZA, Delmira Alfonsina y IZARRA ROSALES, Silvia Marisol, de la Facultad de Obstetricia;

**CONSIDERANDO:**

Que las alumnas de la Facultad de Obstetricia ESPINOZA MEZA, Delmira Alfonsina y IZARRA ROSALES, Silvia Marisol, presentaron dos (02) ejemplares del Proyecto de Tesis titulado: "FACTORES DE RIESGO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL "CARLOS SHOWING FERRARI". HUÁNUCO, JULIO – DICIEMBRE 2016", para su aprobación, habiendo quedado registrado en el Instituto de Investigación;

Que, con Informe S/N° UNHEVAL-FOBST-MLMP-DJT, de fecha 12.JUL.2017, la Dra. Mary Luisa Maque Ponce y con Informe N° 015- UNHEVAL-FOBST-JIPJ-DJT, de fecha 12.JUL.2017, la Dra. Justina Isabel Prado Juscamaíta, Comisión Revisora Ad Hoc del Proyecto de Tesis titulado: "FACTORES DE RIESGO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL "CARLOS SHOWING FERRARI". HUÁNUCO, JULIO – DICIEMBRE 2016", de las alumnas ESPINOZA MEZA, Delmira Alfonsina y IZARRA ROSALES, Silvia Marisol, de la Facultad de Obstetricia, indican que se encuentra APTA para su aprobación y ejecución;

Que, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad, en su Capítulo IV de la modalidad de la tesis, Art. 18º dice: Emitida la Resolución de Decanato, el alumno(a) procederá a desarrollar su Proyecto de Tesis en un tiempo mínimo de sesenta (60) días hábiles. Si no lo desarrollara en un plazo de catorce meses, debe presentar un nuevo Proyecto de Tesis, y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

**SE RESUELVE:**

- 1º **APROBAR** el proyecto de tesis titulado: "FACTORES DE RIESGO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL "CARLOS SHOWING FERRARI". HUÁNUCO, JULIO – DICIEMBRE 2016", a partir del 12.JUL.2017, de las alumnas **ESPINOZA MEZA, Delmira Alfonsina y IZARRA ROSALES, Silvia Marisol**, de la Facultad de Obstetricia, asesoradas por la Mg. Jessye Mirtha Ramos García.
- 2º **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a las interesadas.

Regístrese, comuníquese y archívese.

**DISTRIBUCIÓN:**

CUJFO  
Asesora  
Interesadas  
Archivo

## ANEXO Nº 11



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"  
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" - HUÁNUCO  
FACULTAD DE OBSTETRICIA

**RESOLUCIÓN Nº 285-2017-UNHEVAL/FOBST-D.**

Huánuco, 15 de setiembre de 2017.

**VISTO:**

La Solicitud Nº 0357606, de fecha 12.SET.2017, presentada por las Bachilleres en Obstetricia ESPINOZA MEZA, Delmira Alfonsina y IZARRA ROSALES, Silvia Marisol, de la Facultad de Obstetricia;

**CONSIDERANDO:**

Que, en el Art. 17º del Reglamento General de Grados y Títulos de la UNHEVAL señala: "Una vez que el tesista ha elaborado el Borrador de Tesis, con el visto bueno de su Asesor, y obtenido el grado de bachiller, solicitará al Decano, en el Formato Único de Trámite, se designe al Jurado de Tesis, adjuntando a su solicitud, la copia de la resolución que aprueba el Proyecto de Tesis y cuatro (04) ejemplares del Borrador de Tesis, un ejemplar para cada miembro del Jurado". Art. 18º señala: "El Jurado de Tesis es designado por el Decano, integrado por cuatro (04) profesores ordinarios: tres (03) serán titulares y un (01) accesitario. El Jurado se compone de: Presidente, Secretario y Vocal. De los cuales dos son especialistas del tema de la Tesis y un especialista en metodología de la investigación. El de mayor categoría y precedencia preside dicho Jurado";

Que, con Solicitud Nº 0357606, de fecha 12.SET.2017, las Bachilleres en Obstetricia ESPINOZA MEZA, Delmira Alfonsina y IZARRA ROSALES, Silvia Marisol; comunican que han culminado con la elaboración del Borrador de la Tesis titulada: "FACTORES DE RIESGO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL "CARLOS SHOWING FERRARI". HUÁNUCO, JULIO – DICIEMBRE 2016", bajo el asesoramiento de la Mg. Jessye Mirtha Ramos García, quien mediante Informe Nº 002-2017-UNHEVAL-MUMRG-FOBST.D, de fecha 12.SET.2017, comunica la culminación de elaboración del Borrador de Tesis; y que cumple con los estándares exigidos del Reglamento de Grados y Títulos, y se encuentra en condiciones de ser revisado por el Jurado de Tesis, y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución Nº 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

**SE RESUELVE:**

- 1º **DESIGNAR**, dictaminadores de Jurado de la Tesis titulada: "FACTORES DE RIESGO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL "CARLOS SHOWING FERRARI". HUÁNUCO, JULIO – DICIEMBRE 2016", presentada por las Bachilleres **ESPINOZA MEZA, Delmira Alfonsina** y **IZARRA ROSALES, Silvia Marisol**, de la Facultad de Obstetricia, debiendo el jurado estar integrado de la siguiente manera:

PRESIDENTE	:	Dra. Justina Isabel Prado Juscamaita
SECRETARIA	:	Dra. Mary Luisa Maque Ponce
VOCAL	:	Mg. Clara Fernández Picón
ACCESITARIA	:	Mg. Rosario Del Pilar De La Mata Huapaya

2. **DISPONER**, que los docentes designados informen al Decano acerca de la suficiencia del Borrador de Tesis en un plazo que no exceda los quince días hábiles.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN  
FACULTAD DE OBSTETRICIA

Dra. Mary L. Maque Ponce  
RECTORA

**Distribución:** Jurados, Asesora, Interesadas y Archivo.

## ANEXO N° 12



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"  
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" - HUÁNUCO  
FACULTAD DE OBSTETRICIA

**RESOLUCIÓN N° 0305-2017-UNHEVAL/FOBST-D.**

Huánuco, 31 de octubre del 2017.

**VISTO:**

La Solicitud N° 0378978, de fecha 25.OCT.2017, presentada por las Bachilleres en Obstetricia ESPINOZA MEZA, Delmira Alfonsina y IZARRA ROSALES, Silvia Marisol;

**CONSIDERANDO:**

Que, las Bachilleres ESPINOZA MEZA, Delmira Alfonsina y IZARRA ROSALES, Silvia Marisol; solicitan fijar fecha, hora y lugar para la Sustentación de su tesis: **"FACTORES DE RIESGO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL "CARLOS SHOWING FERRARI", HUÁNUCO, JULIO – DICIEMBRE 2016"**;

Que, los miembros de Jurado de Tesis después de haber realizado la revisión de dicha tesis informan que se encuentran APTAS para ser sustentado, dado que se ajusta a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL;

Que, el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, en el Capítulo IV, de la Modalidad de Tesis, en su art. 25° dice: "Una vez que los miembros del Jurado hubieran informado al Decano acerca de la suficiencia del trabajo de tesis, el Decano emitirá la resolución fijando día, hora y lugar para la sustentación..."; y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

**SE RESUELVE:**

1° **FIJAR fecha, hora y lugar** de sustentación de la tesis Titulado: **"FACTORES DE RIESGO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL "CARLOS SHOWING FERRARI". HUÁNUCO, JULIO – DICIEMBRE 2016"**, presentada por las Bachilleres **ESPINOZA MEZA, Delmira Alfonsina y IZARRA ROSALES, Silvia Marisol**; por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.

**DÍA** : VIERNES 03 DE NOVIEMBRE DE 2017

**HORA** : 11:00 a.m.

**LUGAR** : Sala de Conferencia de la Facultad de Obstetricia.

2° **COMUNICAR** a los Miembros del Jurado Calificador integrado por los siguientes docentes y a la Asesora Mg. Jessye Mirtha Ramos García:

- Dra. Justina Isabel Prado Juscamaíta	Presidenta
- Dra. Mary Luisa Maque Ponce	Secretaria
- Mg. Clara Fernández Picón	Vocal
- Mg. Rosario Del Pilar De La Mata Huapaya	Accesitaria

3° **DISPONER** que los docentes designados deberán ceñirse a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"  
FACULTAD DE OBSTETRICIA

*Dr. Justina Isabel Prado Juscamaíta*  
DECANA

**DISTRIBUCIÓN:**

Jurados, Asesora, Interesadas, Publicación y archivo.

## ANEXO N° 13



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"  
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"- HUÁNUCO  
FACULTAD DE OBSTETRICIA



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO  
PROFESIONAL DE OBSTETRA**

En la ciudad de Huánuco, a los tres días del mes de noviembre del 2017 siendo las 11:30 Horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en el aula Auditorio, los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis Titulado: "FACTORES DE RIESGO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL "CARLOS SHOWING FERRARI", HUÁNUCO, JULIO - DICIEMBRE 2016", presentada por la Bachiller en Obstetricia ESPINOZA MEZA, Delmira Alfonsina, para obtener el TÍTULO DE OBSTETRA, estando integrado por los siguientes docentes:

- Dra. Justina Isabel Prado Juscamaita	Presidenta
- Dra. Mary Luisa Maque Ponce	Secretaria
- Mg. Clara Fernández Picón	Vocal

Finalizado el acto de Sustentación los Miembros del Jurado procedieron a calificar, efectuándose la votación con el siguiente resultado:

..... 03 ..... Papeleta (S) APROBADOS  
..... - ..... Papeleta (S) DESAPROBADOS

Con nota cuantitativa de: 17 y cualitativa de: May. bueno

Con lo que se dio por concluido el acto de graduación.

En fe, de lo cual firmamos.

  
Dra. Justina Isabel Prado Juscamaita  
**PRESIDENTA**

  
Dra. Mary Luisa Maque Ponce  
**SECRETARIA**

  
Mg. Clara Fernández Picón  
**VOCAL**

## ANEXO N° 14



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"  
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"- HUÁNUCO  
FACULTAD DE OBSTETRICIA



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO  
PROFESIONAL DE OBSTETRA**

En la ciudad de Huánuco, a los tres días del mes de noviembre, del 2017 siendo las 11:30 Horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en el aula Auditorio, los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis Titulado: "FACTORES DE RIESGO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL "CARLOS SHOWING FERRARI", HUÁNUCO, JULIO – DICIEMBRE 2016", presentada por la Bachiller en Obstetricia IZARRA ROSALES, Silvia Marisol, para obtener el TÍTULO DE OBSTETRA, estando integrado por los siguientes docentes:

- Dra. Justina Isabel Prado Juscamaíta	Presidenta
- Dra. Mary Luisa Maque Ponce	Secretaria
- Mg. Clara Fernández Picón	Vocal


Finalizado el acto de Sustentación los Miembros del Jurado procedieron a calificar, efectuándose la votación con el siguiente resultado:


.....<sup>03</sup>..... Papeleta (S) APROBADOS  
.....<sup>-</sup>..... Papeleta (S) DESAPROBADOS

Con nota cuantitativa de: 17 y cualitativa de: Muy bueno

Con lo que se dio por concluido el acto de graduación.

En fe, de lo cual firmamos:

  
Dra. Justina Isabel Prado Juscamaíta  
**PRESIDENTA**

  
Dra. Mary Luisa Maque Ponce  
**SECRETARIA**

  
Mg. Clara Fernández Picón  
**VOCAL**