



UNAP



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PREDISPOSICIÓN DE LAS HEMORRAGIAS POS ALUMBRAMIENTO EN
RELACIÓN CON LOS COMPONENTES DE RIESGO OBSTÉTRICOS EN
GESTANTES POR PARTO VAGINAL, HOSPITAL IQUITOS “CÉSAR
GARAYAR GARCÍA”, II-2 ENERO 2022- JUNIO 2022**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
MEDICINA HUMANA VÍA RESIDENTADO MÉDICO CON MENCIÓN EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**PRESENTADO POR:
HIMMBLER ALEXEI GOZAR MENA**

**ASESOR:
M.C. BEDER CAMACHO FLORES, Dr.**

**IQUITOS, PERÚ
2024**



UNAP

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"Rafael Donayre Rojas"
UNIDAD DE POS GRADO



PROYECTO DE INVESTIGACION N.º 026-2024-DUPG-FMH-UNAP

En la ciudad de Iquitos, en el Salón de Grados de la Facultad de Medicina Humana, a los 23 días del mes de julio del año 2024; a horas 12:00, se dio inicio a la Ejecución del Proyecto de Investigación Titulado: **"PREDISPOSICIÓN DE LAS HEMORRAGIAS POS ALUMBRAMIENTO EN RELACION CON LOS COMPONENTES DE RIESGO OBSTÉTRICOS EN GESTANTES POR PARTO VAGINAL, HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCÍA", II-2 ENERO 2022- JUNIO 2022"** con Resolución Decanal N.º 175 - 2024 - FMH-UNAP, del 25 de abril 2024, presentado por el Médico Cirujano **HIMBLER ALEXEI, GOZAR MENA**, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Medicina Humana, vía Residentado Médico, con mención en **GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**, de la Facultad de Medicina Humana "Rafael Donayre Rojas" de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, en la modalidad presencial, que otorga la universidad de acuerdo a Ley y Estatuto.

El jurado calificador y dictaminador designado mediante Resolución Decanal N.º 062 - 2024 - FMH-UNAP, del 14 de febrero 2024, está integrado por:

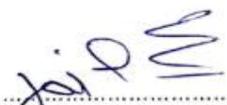
Mc. Javier Vasquez Vasquez, Dr.	Presidente
Mc. Luis Gabriel Godoy Pérez, Dr.	Miembro
Mc. Yessenia Vanessa Sherrezade Ramos Rivas, Esp.	Miembro

Luego de haber revisado y analizado con atención el Proyecto de Investigación; El Jurado después de las deliberaciones correspondientes, llegó a las siguientes conclusiones:

El Proyecto de Investigación ha sido: Aprobado por Unanimidad con la Calificación: **18 (Dieciocho)**

Estando el Médico Cirujano apto para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional en Medicina Humana Vía Residentado Médico con Mención en **GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**.

Siendo las 13:00 horas, se dio por terminado el acto.

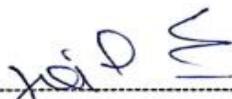

.....
M.C. Javier Vasquez Vasquez, Dr.
Presidente


.....
M.C. Luis Gabriel Godoy Pérez, Dr.
Miembro


.....
M.C. Yessenia Vanessa Sherrezade Ramos Rivas, Esp.
Miembro


.....
M.C. Eder Santucho Flores, Dr.
Asesor

PROYECTO DE INVESTIGACION APROBADA EL 23 DE JULIO DEL 2024 A LAS 12:00 HORAS EN EL SALON DE GRADOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA, EN LA CIUDADA DE IQUITOS – PERÚ.



M.C. JAVIER VASQUEZ VASQUEZ, Dr.
Presidente



M.C. LUIS GABRIEL GODOY PÉREZ, Dr.
Miembro



M.C. Yessenia Vanessa Sherrezade Ramos Rivas, Esp.
Miembro



M.C. BEDER CAMACHO FLORES, DR.
ASESOR

NOMBRE DEL TRABAJO

FMH_2DA ESP_PROY DE INV_GOZAR MENA (3era rev).pdf

AUTOR

HIMMBLER ALEXEI GOZAR MENA

RECUENTO DE PALABRAS

13755 Words

RECUENTO DE CARACTERES

75920 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

50 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

403.9KB

FECHA DE ENTREGA

Jul 14, 2024 7:38 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jul 14, 2024 7:38 PM GMT-5**● 12% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 6% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

ÍNDICE

PORTADA	1
ACTA	2
JURADOS	3
RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD	4
ÍNDICE	5
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
1.1. Descripción del problema.....	9
1.2. Formulación del problema.....	12
1.2.1. Problema General.....	12
1.2.2. Problemas Específicos.....	12
1.3. Objetivos.....	12
1.3.1. Objetivos General.....	12
1.3.2. Objetivos Específicos.....	13
1.4. Justificación e importancia.....	13
1.4.1. Justificación social.....	13
1.4.2. Justificación práctica.....	14
1.4.3. Justificación teórica.....	14
1.4.4. Justificación metodológica.....	14
1.5. Limitaciones.....	14
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	15
2.1. Antecedentes.....	15
2.2. Bases teóricas.....	19
2.2.1. Componentes de riesgo.....	19
2.2.2. Hemorragia post parto vaginal.....	40
2.3. Definición de términos básicos.....	43
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	45
3.1. Hipótesis.....	45
3.1.1. Hipótesis general.....	45
3.1.2. Hipótesis específica.....	46
3.2. Variables.....	47
3.2.1. Variable de estudio 1.....	47
3.2.2. Variable de estudio 2.....	47
3.3. Operacionalización de variables.....	48
CAPITULO IV: MARCO METODOLÓGICO	50
4.1. Nivel de investigación.....	50
4.2. Tipo de investigación.....	50
4.3. Diseño y esquema de investigación.....	51
4.4. Determinación de población.....	51
4.5. Selección de muestra.....	52
4.6. Fuentes, Técnicas e instrumento de recolección de datos.....	52
4.6.1. Fuentes.....	52

4.6.2.	Técnica.....	53
4.6.3.	Instrumento.....	53
4.7.	Técnica de recojo, procesamiento y presentación de datos.....	53
4.7.1.	Técnica de recojo.....	53
4.7.2.	Porcesamiento.....	53
4.7.3.	Presentación de resultados.....	54
4.8.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	54
CAPITULO V: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y PRESUPUESTALES ...		55
5.1.	Potencial Humano.....	55
5.2.	Recursos Materiales.....	55
5.3.	Presupuesto.....	56
5.4.	Cronograma.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....		57
ANEXOS.....		65
	Anexo 1: Matriz de Consistencia.....	65
	Anexo 2: Instrumentos de Recolección de Datos.....	67
	Ficha de Recolección de Datos.....	67

RESUMEN

Título del Proyecto: Predisposición de las hemorragias pos alumbramiento en relación con los componentes de riesgo obstétricos en gestantes por parto vaginal. Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022- junio 2022. Objetivo General: Determinar la predisposición de las hemorragias pos alumbramiento en relación con los componentes de riesgo obstétricos en gestantes por parto vaginal. Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022. Metodología: La investigación será acorde a su finalidad básico en vista a que está orientada a explorar recientes conceptos con una finalidad practica detallada y rápida. Averiguar principios y códigos científicos, realizando un concepto científico. Por lo tanto, se la llama: investigación científica básica. Diseño de Investigación: La presente investigación será de enfoque cuantitativo, epidemiológico descriptivo y de diseño de correlacional. Población y Muestra: El presente proyecto de estudio, al ser epidemiológico de las hemorragias post alumbramiento en relación con los componentes de riesgo obstétricos en gestantes por parto vaginal; se trabajará con la población censal de pacientes púérperas que realizaron hemorragia luego del parto vaginal, siendo un total de 193. El tipo de muestreo será no probabilístico en modalidad intencionada, en el cual se tendrá en consideración los criterios de inclusión y exclusión. Técnica de recolección, procesamiento y presentación de datos: Se procederá a seleccionar las muestras de estudio, cuya información se recogerán con la ficha de recolección de datos, los cuales será vertido en la base de datos del office de Excel. Se revisará las historias clínicas, identificando y registrando la información de los ítems estipulados en la ficha de análisis documental. Se usará las medidas de bioseguridad al momento de la recopilación de información. Procesamiento de la Información: Se pasará a la base de datos del office de Excel al software de estadística SPSS 26 según las variables e ítems del instrumento de recopilación, para ello se codificará las variables y etiquetas de cada variable en la información de base de datos. Protección de los Derechos Humanos: Se revisará historias clínicas para obtener datos, guardando estricta confidencialidad y bajo codificación.

ABSTRACT

Project Title: Predisposition of postpartum hemorrhages in relation to obstetric risk components in pregnant women undergoing vaginal delivery. Iquitos “César Garayar García” Hospital II-January 2, 2022- June 2022. General Objective: Determine the predisposition of post-birth hemorrhages in relation to the obstetric risk components in pregnant women undergoing vaginal delivery. Iquitos Hospital “César Garayar García” II-January 2, 2022 - June 2022. Methodology: The research will be in accordance with its basic purpose in view of the fact that it is oriented towards the exploration of new concepts without a specific and immediate practical purpose. Find out scientific principles and codes, creating a scientific concept. Therefore, it is called: basic scientific research. Research Design: This research will have a quantitative, descriptive epidemiological and correlational design approach. Population and Sample: The present study project, being epidemiological of post-birth hemorrhages in relation to the obstetric risk components in pregnant women due to vaginal delivery; We will work with the census population of postpartum patients who suffered bleeding after vaginal delivery, with a total of 193. The type of sampling will be non-probabilistic in an intentional modality, in which the inclusion and exclusion criteria will be taken into consideration. Data collection, processing and presentation technique: The study sample will be selected, whose information will be collected with the data collection form, which will be entered into the Excel office database. The medical records will be reviewed, identifying and recording the information on the items stipulated in the documentary analysis sheet. Biosafety measures will be used when collecting information. Information Processing: The Excel office database will be transferred to the SPSS 26 statistical software according to the variables and items of the collection instrument, for this the variables and labels of each variable will be coded in the database information. . Protection of Human Rights: Medical records will be reviewed to obtain data, maintaining strict confidentiality and under coding.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

La hemorragia después del parto son causas principales de morbimortalidad puerperal, llegando siendo problemática en salud pública a nivel mundial y principalmente en ciudades tercermundistas, donde las causas llegan a ser múltiples, pudiéndose desencadenar atonía uterina (hipotonía uterina), desgarros vaginales o cervicales y alumbramiento incompleto (1). Los componentes de riesgo se definen como circunstancias o características detectables en una persona o grupos colectivos pacientes que incrementan la posibilidad de encontrarse concretamente expuesto a padecer o desarrollar algún cuadro mórbido, asociándose sus formas a cualquier variedad de daño a la salud (2). Las hemorragias después del parto se entienden como la disminución sanguínea $> o = a$ 500 ml durante las próximas 24 horas al parto, causando la principal muerte en pacientes de países bajos en recursos económicos, siendo causa primordial del 25% del total de muertes maternas en el globo terráqueo (3).

Anualmente en el mundo mueren Quinientos Mil pacientes puérperas que oscilan entre mayores de 14 años a menores de 50 años por emergencias dadas en sus diferentes componentes propios de la gestación, en el parto y como puérperas, siendo las hemorragias luego del parto la que encabeza el problema de muerte, representando un 75% de las complicaciones postparto; aparte que es estimado que la hemorragia luego del parto aparecería en un 40% de cada parto eutócico y un 30% de partos por cesárea (4). Según *Statista Research Department*, durante el 2017, solo en la región de África se produjeron alrededor de 250,000 muertes maternas, principalmente por nacimiento, aborto natural o muerte fetal, seguido por el Sudeste Asiático con alrededor de 112,000 muertes maternas, el Mediterráneo Oriental con alrededor de 35,000 muertes maternas, América con alrededor de 17,500 muertes maternas, y finalmente Europa con alrededor de 1,100 muertes maternas; demostrando ello que en países desarrollados es

menor la tasa de mortalidad que en países del tercer mundo (5). La razón y tasa de muertes en mujeres en ciudades en vías de crecimiento es de 415 defunciones x 100 000 nacidos vivos, siendo Cuarenta % más incrementada que la razón de mortalidad materna de Europa y Sesenta % más incrementada que Nueva Zelanda y Australia; asimismo, en África y Asia produjeron el 86% de defunciones maternas durante el 2017, teniendo por lugares con aumento de mortalidad a Sudán del Sur con 1150 muertes maternas x 100 000 nacidos vivos, el Chad con 1140 muertes maternas x 100 000 nacidos vivos y Sierra Leona con 1120 muertes x 100 000 nacidos vivos. Además, Nigeria y la India registraron alrededor del 35% del total de fallecidas en el mundo, sumando 102,000 defunciones (6).

En nuestro país (Perú), la tendencia de las muertes maternas ha disminuyó considerablemente desde el año 2000 donde hubieron 605 fallecimientos maternas, tanto directa e indirecta que ocurre hasta los 42 días de culminar la gestación; este ha ido disminuyendo en los años subsiguientes, encontrando así que para el año 2005 se presentaron 587, mejorando a 457 en el año 2010, 415 en el año 2015, seguido por el 2016 donde se tuvo la mayor reducción sucedida desde el año 2000, donde se tuvo 327 defunciones maternas, decreciendo en un 26% en comparación al año 2015 y disminuyendo igualmente a 302 en el año 2019, representando una buena reducción en comparación al año 2018 con 360 defunciones, decreciendo un 19,2%, y finalmente en el año 2020 con 219 muertes maternas, teniendo 8 muertes maternas tardías (7). Enumerando de forma decreciente tenemos la causa de fallecimientos por hemorragia 47%, infección 15%, hipertensión gestacional 12%, aborto 5% y parto obstruido 1%, principalmente ocurriendo la muerte en las primeras 24 horas postparto (8). Estos números se explican por las barreras existentes en acceder a los establecimientos médicos, siendo más afectados pacientes en situación de pobreza, a quienes deben dirigirse esfuerzos mayores para mejorar su condición de riesgo, que afecta su vida digna y su futuro, donde se tiene como problemas graves la alta mortalidad materna infantil y desnutrición.

Para manejar las situaciones de emergencias durante el embarazo y parto, el INMP en el 2016 atendió a 472 gestantes con morbilidad materna extrema derivada de cada establecimiento del sistema de salud nacional, con índice de mortalidad de 1,5%, significando el mismo número de muertes maternas que se evitaron. Asimismo, se incrementó la atención de partos en establecimiento de salud que disminuyeron la mortalidad y morbilidad durante el embarazo, presentándose como el primer puesto en muerte materna las hemorragias después del parto, donde a nivel nacional el parto institucional fue de 91,9%. Finalmente, el gobierno dispuso una política para apoyar el acceso a los métodos anticonceptivos a partir del 2013, incluyendo el inyectable mensual, implante subdérmico y condones femeninos principalmente para adolescentes que eviten embarazos no deseados en edades tempranas, donde por el aborto en condición riesgo podría generar la muerte de la mujer (9).

A nivel local, en Loreto, desde el año 2016 hasta el año 2022 sucedieron 177 muertes maternas, representado como peor año el 2020, donde se tuvo 38 muertes maternas en este departamento, decreciendo considerablemente para el año 2021 con 29 muertes maternas. Este departamento representa el 7,49% de la totalidad de muertes maternas presentadas en el país, lejana al peor caso del país, como es Lima, teniendo 401 muertes maternas entre los años 2016 y 2022, que mencionan el 16,97% la acumulación total de fallecimientos maternos. A pesar de que muchos partos se atienden por médicos o especialistas, existe el persistente problema de falta de atención para mujeres pobres de zonas remotas donde poseen menor probabilidad para recibir atención médica adecuada, sumándose a este obstáculo, el desconocimiento y falta información en determinadas comunidades. Cabe mencionar, pese a que la hemorragia luego del parto resulta una emergencia obstétrica grave, igualmente es altamente prevenible.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la predisposición de las hemorragias pos alumbramiento en relación con los componentes de riesgo obstétricos en gestantes por parto vaginal, Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022?

1.2.2. Problemas Específicos

1. ¿Cuál es la predisposición de las hemorragias pos alumbramiento en relación con los componentes de riesgo del tono uterino anormal en gestantes por parto vaginal, Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022?

2. ¿Cuál es la predisposición de las hemorragias pos alumbramiento en relación con los componentes de riesgo del trauma obstétrico en gestantes por parto vaginal, Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022?

3. ¿Cuál es la predisposición de las hemorragias pos alumbramiento en relación con los componentes de riesgo del tejido retenido en gestantes por parto vaginal, Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022?

4. ¿Cuál es la predisposición de las hemorragias pos alumbramiento en relación con los componentes riesgo de la coagulación sanguínea en gestantes por parto vaginal, Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivos General

Determinar la predisposición de las hemorragias pos alumbramiento en relación con los componentes de riesgo obstétricos en gestantes por parto vaginal. Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022.

1.3.2. Objetivos Específicos

1.3.2.1 Relacionar la predisposición de las hemorragias pos alumbramiento en relación con los componentes de riesgo del tono uterino anormal en gestantes por parto vaginal. Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022.

1.3.2.2 Relacionar la predisposición de las hemorragias pos alumbramiento en relación con los componentes de riesgo del trauma obstétrico en gestantes por parto vaginal. Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022.

1.3.2.3 Relacionar la predisposición de las hemorragias pos alumbramiento en relación con los componentes de riesgo del tejido retenido en gestantes por parto vaginal. Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022.

1.3.2.4 Relacionar la predisposición de las hemorragias pos alumbramiento en relación con los componentes de riesgo de la coagulación sanguínea en gestantes por parto vaginal. Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022.

1.4. Justificación e Importancia

1.4.1. Justificación social

El proyecto de investigación encuentra justificación social en vista que el estudio de las variables predisposición de las hemorragias pos alumbramiento por parto vaginal son muy importantes ya que existen evidencias de un alto índice de muerte materna por estos componentes obstétricos y que por intermedio de la investigación realizada se sepa con más profundidad sobre las predisposiciones que aumentan las condiciones de deterioro en salud materna por una de las causas y componentes de riesgo de mayor frecuencia que es las hemorragias en el pos alumbramiento.

1.4.2. Justificación práctica

Este proyecto obtiene validez en vista de que da a conocer la predisposición de los componentes de riesgo obstétricos en las hemorragias pos alumbramiento, desde la gestación se irá priorizando, reforzando el estado de salud en gestantes y durante la realización de la atención del trabajo de parto; el personal obstétrico prevea anticipadamente los equipos, medicamentos y personal de apoyo que actuarán frente a la emergencia obstétrica.

1.4.3. Justificación teórica

Este estudio se muestra justificada al pretender reforzar los conocimientos primarios y a su vez actualizar de acuerdo a la realidad de la zona la predisposición más relevante en las hemorragias pos alumbramiento por parto vaginal. Además, la investigación al generar nuevos datos actualizados aporta y afianza las teorías con relación a variables objeto de estudio.

1.4.4. Justificación metodológica

Este estudio muestra justificación de metodología en vista que la metodología de investigación aplicada servirá de guía a futuros investigadores y a su vez indicará antecedente para el estudio a otras personas que investiguen trabajos en similitud, además puedan guiar profesionales y demás personas que desarrollen trabajos similares y con misma metodología.

1.5. Limitaciones

Las principales limitaciones la secuencia de elaboración del proyecto será la falta de bibliografía pertinente y el poco ingreso a la información. La primera limitación será oportunamente superada por venirse afiliando a los sistemas virtuales tanto de acceso gratuito como aquellos que involucra un costo como: Scopus, Scielo, etc. La segunda limitación será superada en vista que el investigador tiene vínculo laboral con el lugar donde se aplicara la investigación por lo que le es más accesible a solicitar el acceso a la información al responsable en el Hospital de Iquitos “César Garayar García” II-2.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Antecedentes Internacionales:

Flores C, Isabel L. (Ecuador, 2021) Presentado proyecto tesis “Factores riesgo en obstetricia asociados a hemorragia después del parto. Establecimiento de Salud Bastión Tipo C. 2021” se buscó determinar las incidencias de riesgo obstétrico frente a las hemorragias luego del parto del Salud Bastión Popular Tipo C 2021. Se realizó una vista cuantitativa con diseño no experimental, transversal y de correlación causal; La forma de utilidad fue los documentos de historia clínica de 27 pacientes atendidas en el área materno del popular Centro de Salud Tipo C de Bastión. Teniendo resultados de 63 mujeres en EF con factores que causan riesgo para el trabajo de parto, edad EG: 37-38 semanas, si asistieron hasta 2 CPN. Se llego a la conclusión que: Los Factore riesgo presentan más impacto en la edad joven, la enfermedad reapareciente, el sangrado luego del parto más temprano, pueden manejarse rápidamente, y así prevenir el control del sangrado en las puérperas.

Leeme J. et. al. (Francia, 2019), Estudió: “Calculo visual de la disminución de sangre luego del parto etapa de unas pruebas de ensayos: Estudios prospectivos”, presentó como objetivo ver la diferencia la disminución de sangre percibida a simple vista (con recipientes de bolsas colectoras y con almohadillas de absorción) durante el proceso luego del parto con cantidades reales en el entrenamiento de simulacro, con sesiones de adiestramiento del tema de las hemorragias luego del parto. Por otro lado, a 137 pacientes se les evidenciaron visualmente baja desangre contenidas en 5 recipientes de colectoras graduadas (de 600 a 1800 ml) y en 5 almohadillas de absorción (de 200 a 1000 ml). Se evidenció que los resultados en pérdida de sangre obtenida fueron muy diferentes del resultado real, en diferencia a las almohadillas de absorción

contienen 400 ml de pérdidas. Los volúmenes disminuidos evidencian mejor tanto en las almohadillas de absorción como en las bolsas colectoras.

Columbié T, Pérez R, Cordero Y. (Costa Rica, 2019), Tesis realizado “Amenazas de la hemorragia en obstetricia luego del parto inmediato: Hospital Juan Bruno Zayas”, Tuvo como objeto dar a conocer la intervención médica estandarizada para la realización practica de los factores asociados a la pérdida sanguínea luego del parto en el puerperio inmediato. El tipo empleado fue el estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo de enero de 2015 a diciembre de 2018 en el Hospital Juan Bruno Zayas con muestra de 105 pacientes post parto. Sus conclusiones son: Los factores de riesgo con el uso de oxitocina que induce el trabajo de parto (8,7 %), la sobrepresión uterina (7%) con más probabilidades de dar una atonía uterina (35,2 %) y daño en los conductos blandos (35,2%). Rápidamente revirtieron la disminución de sangre mediante el plan de acción de hemorragia luego del parto como intervenciones de prevención, las pruebas en banco de sangre y el trabajo de parto activo introdujeron en el 100% de las situaciones en las intervenciones.

Sánchez, M., et al., (España, 2019), Quien realiza la tesis de título: “Frecuencia y causas de riesgo en la pérdida sanguínea masiva luego del parto inmediato”, para así evaluar la causas e incidencia y factores de riesgo en la hemorragia luego del parto como una de las causas mayores causas de morbilidad materna. El estudio resultó retrospectivo de cohortes del 2016 al 2017, se tuvo una población de 2,938 pacientes, los que participaron 95 de estos que presentaron hemorragia postparto precoz. Como resultado, de 1,093 embarazos inducidos, 52 tuvieron hemorragia luego del parto inmediato (4,76%, IC 95% inicialmente 3,5% finalmente 6,02%), y de los 1,845 embarazos con partos no inducidos, hubo 43 con pérdidas sanguíneas luego del parto precoz (2,33%, IC 95% desde 1,64% hasta 3,02%); así como también de 1,209 partos vía vaginal previos, siendo 26 episodios de hemorragias luego del parto (2,5%, IC 95% desde 1,33% hasta 2,97%), entre las pacientes que se les practicó una cesárea, la hemorragia postparto resulto mayor que gestantes pacientes de parto vaginal (p-

valor=0.0054). Obteniendo, la proporción de hemorragias luego del parto en mujeres con inducción y estimulación al parto vaginal resulta ampliamente aumentado que en mujeres con partos normales eutócicos.

Antecedentes Nacionales:

Castiblanco R, et al, en el año 2022, en C. En Perú realizaron un proyecto investigación que lleva por título “Pérdidas sanguíneas post parto: factores desencadenantes, intervenciones y tratamiento”. La finalidad del proyecto fue de conocer las causas de riesgo para las hemorragias después del parto. El método de estudio fue con el tipo revisión, utilizando 20 artículos. Teniendo resultados que se mostraron acorde a las características generales de pacientes con hemorragia luego del parto, en edades promedio de 31 años, estado civil soltera, con nivel o estatus socioeconómico bajo. Las causas de riesgo fueron multiparidad 24%, la gestación múltiple 18%, los antecedentes de hemorragia luego del parto 10%, y anemia 6%. Los autores llegaron a la conclusión de que si existen causas de riesgo para hemorragia luego del parto.

Ramos C, en el año 2021, en C. En Perú, Realizó un proyecto titulado: “Atonía uterina en el post parto con pérdida sanguíneas luego del parto que fueron atendidas en el centro de Salud La Libertad”. Teniendo como objeto principal conocer cómo se manifiestan las atonías uterinas en puérperas. El método de estudio realizado fue tipo cuantitativo descriptivo de corte transversal, con una población muestra de 34 pacientes puérperas. Las conclusiones mostraron algunas causas de riesgo, siendo: RPM (ruptura prematura de membrana) 41%, antecedente de hemorragia luego del parto 26%, multíparas 17%, el 14% pacientes puérperas padecieron anemia y el 47% sin los controles prenatales completos. Los investigadores llegaron a concluir que debemos necesariamente mejorar los controles pre natales para identificar las diversas causas de riesgo para prevenir las hemorragias después del parto.

Gonzales, L., (Puno, 2021), Hizo la Tesis “Causas de riesgo para hemorragia luego del parto temprano en pacientes puérperas con parto eutócico en el

Hospital Manuel Núñez Butrón”, el objetivo de que el estudio cuantitativo, análisis de casos y controles, observacional, retrospectivo, transversal con diseño no experimental, teniendo como 91 usuarios atendidas y 91 controles con hemorragia luego del parto. Como resultado, se presentó una frecuencia de 7,5% en hemorragia postparto, teniendo por factores a pacientes de menor edad: menor a 20 años (OR:2.3, IC: 1.01-5.9,p: 0.04), edad mayor a 35 años (OR:4.2, IC: 1.7-10.4,p: 0.0002), haber tenido diabetes (OR:45.4, IC: 6.1-934.7,p: 0.0000001), miomatosis (OR:21.7, IC: 2.7-465.5,p: 0.0001), hipertensión arterial (OR:7.9, IC: 1.01-191.7,p: 0.03), obesidad (OR:8.0, IC: 1.01-194.2,p: 0.03) y parto rápido o precipitado (OR:12.3, IC: 1.5-261.2,p: 0.002). Concluyendo, se tuvo como factores vinculados ser menor a 20 años, ser mayor de 35 años, tener miomatosis, diabetes, obesidad, periodo intergenésico largo mayor a 60 meses, hipertensión arterial, desgarro perineal y vulvo perineal, relajación del útero o atonía uterina, parto precipitado y retención de restos placentarios y feto grande o macrosomía fetal.

Vicuña, S., (Junín, 2019) Se tubo planteando como objetivo principal identificar las causas de riesgo asociados a las pérdidas sanguíneas luego del parto en el Hospital Pichanaqui entre 2015 y 2017. El estudio que se dio fue observacional, retrospectivo, analítico y de diseño de caso control, teniendo como participantes unas 50 HCl de pacientes con hemorragia luego del parto y 100 historias clínicas donde no se presentó hemorragia. Como resultado, hubo un grupo significativo de causas de riesgo antes del parto con pérdidas sanguíneas luego del parto $P=0,009<0,05$ ¿por la edad, macrosomía fetal, gran multiparidad, síndrome de hipertensión que tuvo $OR>de 1$ y embarazo múltiple; los factores de riesgo intraparto no tuvieron significancia con retención de restos placentarios con $OR>15$, pero si se presentó un grupo significativo de las causas de riesgo luego del parto $p\text{-valor } 0,008<0,05$. Concluyendo: existen grupos significativos de factores de riesgo antes del parto, en el intraparto y luego del parto con las pérdidas de sangrado postparto $p\text{-valor}= 0,000<0,05$.

Antecedentes Locales:

Santana L, Iquitos (2018) Hizo su tesis de tipo no experimental, analítico, caso control y retrospectivo. Con el fin de dar a conocer las causas maternas y obstétricas que van de la mano con las hemorragias luego del parto inmediato en el Hospital Regional de Loreto “Felipe Santiago Arriola Iglesias” del año 2015 al 2017. Concluyeron en que muestra sólo procedencia rural o marginal (OR: 3.35; IC: 1.45 - 7.72), THE (enfermedad hipertensiva del embarazo) (OR: 3.97; IC: 1.74 - 9.04), el Control pre natal insuficiente e inadecuado (OR: 2.44; IC: 1.23 - 4.82) y el antecedente de ITU (infección de tracto urinario) (OR: 3.31; IC: 1.68 - 6.53) son causas de riesgo; mientras que la enfermedad de diabetes en la gestación, estado civil soltera, parto pre término (prematuridad) y obesidad son causas intervinientes.

Mafaldo V, Iquitos (2018) Investigó las caudas más frecuentes de sangrado luego del parto inmediato en puérperas de PV en el Hospital Regional de Loreto en Punchana - Iquitos, entre julio a diciembre del 2016. De ellas el 15.09% manifestó hemorragias luego del parto. Se tuvieron como análisis las manifestaciones sociodemográficas de: Personas adultas el 72.0%, E. civil solteras el 42%, conviviente el 45.7%, estudios: primaria el 28.88%, de procedencia de la zona rural el 50.74%. Las particularidades obstétricas fueron: EG llegando a término el 84.67%, periodo intergenésico acorde en el 64.17%, múltiples partos el 50.71%, la atención de control prenatal 16 siendo inadecuado en el 51.48%. Llegando a la conclusión que: Las formas o causas más frecuentes de pérdidas sanguíneas luego del parto inmediato en orden de mayor a menor fueron: Retención de restos placentarios el 63.99%, traumas por lesión de desgarro de cervical 25.73%, alumbramiento bimanual 5.88%, atonía uterina evidente 3.67 %, hipotonía uterina complicada (0.73%).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Componentes de riesgo

El componente de riesgo se conceptualiza como alguna circunstancia o característica detectable de un individuo o de individuos que se encuentra

asociada a la probabilidad de encontrarse casi expuesto a padecer o desarrollar algún proceso mórbido, asociándose sus formas o a cualquier tipo de daño a la salud.

Asimismo, es cualquier característica endógena o ambiental que antecede el comienzo de alguna enfermedad, o hallándose vinculada al deterioro de la enfermedad al incrementar la probabilidad en un individuo para contraer una enfermedad o demás problemas de salud (22).

En la misma línea, se define en general como la caída de la cantidad de sangre que origina signos de desequilibrio hemodinámica en la paciente, al igual que la baja de un 10% en el hematocrito basal de la paciente, siendo importante por producir un importante número de casos de morbilidad materna extrema o cerca de muerte representada por el requerimiento de histerectomías, trasfusión de hemoderivados, choque hipovolémico, coagulopatía y anemias severas que terminarían en deterioro permanente de órgano blanco (23).

Los factores de riesgo frecuentemente resultan interdependientes, no obstante, pese a que existan herramientas para poder identificarlas, la significancia clínica resulta baja, donde en gran variedad de casos la hemorragia postparto ocurriría en pacientes sin factores de riesgo conocidos, debiéndose reforzar la necesidad de seguimiento clínico para poder prevenirlos (24).

2.2.1.1. Tono uterino anormal

La atonía uterina se identifica tras diagnosticarse un útero blando, caído o poco contraído, seguido del manejo activo del alumbramiento o período tercero del trabajo de parto, donde la pérdida de la contractibilidad muscular inicia una disminución y ausencia de contracciones uterinas que son muy importantes para su regresión (24).

Asimismo, es la alteración total o parcial de la funcionabilidad de contractibilidad del musculo del miometrio luego de la expulsión de la placenta, siendo la causa

más importante y se da en una aproximación de entre un 80% o 90% de las incidencias de pérdida sanguínea luego del parto (23).

Esta representa la causa más frecuente de la hemorragia postparto, siendo responsable incluso del 90% de los casos, teniendo por componentes de peligro el incremento desmedido de tamaño uterino, debido a embarazos múltiple, polihidramnios o macrosomía fetal; cansancio u agotamiento del musculo, debido a un trabajo de parto muy prolongado, rápido o gran multiparidad; corioamnionitis, con alza térmica elevada y RPM de tiempos prolongados (25).

2.2.1.1.1. Labor de parto prolongada

El trabajo de parto prolongado resulta del periodo de dilatación del cérvix o bajada fetal anómalo por ser lento en relación a un largo del trabajo del parto. Se diagnostica clínicamente, realizándose su tratamiento con oxitocina, parto vaginal operatorio o instrumental, o cesárea (26).

Esta prolongación se produciría por una desproporción del feto y la pelvis, donde el feto no podría deslizarse en la pelvis materna, produciéndose la pelvis de la madre anormal en un tamaño pequeño o por un feto irregularmente grande o mala posición. Asimismo, se tiene por causas de la labor de un trabajo de parto largo o prolongado a las contracciones del útero muy baja intensidad, duración y frecuencia, llamado disfunción del útero de poco bajo tono (hipotonía) o incluso en ciertos casos demasiado frecuentes o potentes, llamado disfunción uterina hipertónica (26).

Un parto o alumbramiento prolongado es un periodo con una duración superior a 30 minutos, donde se ven en aumento los peligros para una morbilidad materna, incluyendo la pérdida de sangre en gran medida y por ende el requerir de transfusiones de paquetes globulares de sangre. No obstante, el riesgo de hemorragia postparto incrementa de manera significativa al momento en que el tercer periodo del parto o alumbramiento duraría más de 20 minutos (23).

2.2.1.1.2. Uso excesivo de oxitocina para inducción de la labor de parto

La oxitocina es la primera línea de tratamiento al ser una hormona compuesta por nueve aminoácidos y secretado por el hipotálamo. Posee un tiempo de vida media corta, con un aproximado de 5 min. iniciando trabajo entre 2 y 3 min. posteriores a su administración vía intramuscular, pudiendo conservar una duración de hasta una hora posterior a su administración, recomendándose por la Organización Mundial de la Salud como droga de elección para manejar una hemorragia postparto. Se administra en 10 UI intramusculares o 5 UI de manera lenta en más de 3 minutos, conforme la disponibilidad del recurso, debiéndose conservar en continua infusión luego de iniciar la dosis a goteo de 40 a 165 mU/min durante 4 horas como mínimo, permitiendo inducir de manera simultánea en forma líquida el medicamento (23).

La oxitocina es una sustancia que más se emplea en la estimulación de contracciones uterinas y de esta manera realizar el trabajo de parto al presentarse variaciones. Sin embargo, no existe con exactitud la dosis ideal para aplicarla, existiendo una variación considerable entre los distintos hospitales, relacionada a la dosis inicial y a los intervalos de tiempo para aumentar la dosis, teniéndose como tasa máxima de infusión a 30 mu/min en la primera etapa del trabajo de parto. En la misma línea, a pesar que se aplica de manera diluida en suero por vía intravenosa, idealmente en bomba de infusión, la cual hace menos probable la sobredosificación y al presentarse taquisistolia puede interrumpirse con facilidad su administración; la complicación de emplear la oxitocina resulta en la taquisistolia, pudiendo generar una amplia variedad de complicaciones, desde el parto precipitado, presencia de meconio, APGAR bajo, déficit cognitivo y llegando a generar parálisis cerebral infantil, muerte materna y perinatal (27).

2.2.1.1.3. Multiparidad

Esta se define como la mujer que ha tenido varios partos, aceptándose que una mujer resulta múltipara al tener más de cinco partos (28).

El embarazo múltiple es un elemento de peligro relevante para el embarazo, parto o puerperio al relacionarse de manera estrecha con la morbimortalidad materna y demás complicaciones a las que se predispone en gestación. Una mayor cantidad de alumbramientos previos genera que las fibras del músculo uterino reduzcan su contractibilidad y elasticidad. En consecuencia, con un parto, el útero se contrae con poca energía, generando poca resistencia en el cuello uterino, provocando que el tiempo de los partos se extienda, y se emplee oxitocina, también causa retenciones de la placenta, rasgaduras en partes blandas y hemorragia postparto por la pérdida del tono muscular del útero (29).

Asimismo, el riesgo para la hemorragia posparto incrementa entre 2 y 4 veces, ya que, la fibra del músculo miometrial no se retrae con normalidad, viéndose casi siempre afectada por la cicatrización, edad, debilidad y desgaste. Asimismo, la alteración esclerótica en el sistema de vasos uterinos lleva a que éstos se cierren con mayor problema, facilitando la merma continua de sangre, y, por ende, sangrado excesivo después de dar a luz.

Las mujeres que han dado a luz varias veces, tienden a ser de mayor edad que las mujeres primerizas, y no tienen un apropiado control prenatal, incrementado ello el riesgo a ciertas complicaciones (30).

2.2.1.1.4. Corioamnionitis

Es la existencia de gérmenes dentro del líquido amniótico, que en situaciones normales es estéril y se encarga de tolerar manifestaciones clínico-analíticas para el feto y la gestante. Esta complicación debe descartarse en todas las gestantes que presentan fiebre sin foco aparente, principalmente al sospecharse o confirmarse una rotura de membranas, siendo por criterios más utilizados la fiebre materna y, mínimamente dos signos de taquicardia materna, irritabilidad uterina, taquicardia fetal, líquido amniótico maloliente o leucocitosis materna. (31).

Su diagnóstico es básicamente clínico, sin embargo, en la mayoría de casos el desarrollo de la corioamnionitis es subclínico, y su diagnóstico es en base a la identificación de complicaciones. Frecuentemente, la corioamnionitis se presenta después del parto, al momento en que la madre presenta fiebre durante el postparto precoz, útero irritable y si el feto presenta hedor o señales de infección. Una alerta de sospecha distinta en las gestaciones pre-término, es la amenaza de alumbramiento prematuro refractaria al tratamiento (32).

2.2.1.1.5. Gestación múltiple

La gestación múltiple es la estancia de dos o más fetos dentro de un mismo útero, puede ser monocigótico, dicigótico, etc. Este embarazo se asocia a un mayor riesgo para la integridad del recién nacido y de la madre. Las madres con embarazo múltiple llegan a ser hospitalizadas por poseer seis veces mayor riesgo al aborto, trastornos hipertensivos, anemia, hemorragia, cesárea y complicaciones postparto; asimismo, resultan más propensas a tener sintomatología más severa, como vómitos y náuseas, a comparación de las mujeres con embarazos únicos (33).

Los factores de riesgo para el desarrollo de gestación múltiple son los precedentes familiares y personales de embarazo múltiple, la edad avanzada de la madre, la gestación luego de haber usado anticonceptivos orales de manera prolongada y ser una paciente con tez oscura, así como también, haber sido participe de procedimientos de reproducción asistida con incitación a la ovulación múltiple con transferencia del embrión o citrato de clomífero.

La gestación múltiple se asociada al aumento de anemia en las madres, a la presencia de microorganismos que infectan las vías urinarias y respiratorias, a la preeclampsia, hemorragia (antes, durante y después de dar a luz) y atonía uterina (34).

Como método para manejar los riesgos dentro del periodo prenatal, se recomienda tener una ingesta adicional de suplementos y de alimentos para ganar peso semanalmente para optimizar los resultados del embarazo. La razón

de ello es que la anemia es común en este tipo de embarazos, y debido al mayor riesgo de operación cesárea y de hemorragia postparto, se busca optimizar los niveles de hemoglobina como acción preventiva (33).

2.2.1.1.6. Polihidramnios

Es la acumulación patológica de líquido amniótico, provisional al aumento de la elaboración y carencia en la eliminación (35).

El polihidramnios produce distensión uterina, también es la causa total o parcial del riesgo para la atonía uterina, pudiendo también ser una fisiología uterina anómala o desperfecto en el parto, que genera hemorragia. La escasa contracción del miometrio, se produce por agotamiento, por el trabajo de parto extenso, principalmente si existe estimulación como conducción e inducción. En ciertos casos puede ser por retraimiento de las contracciones a causa del uso de sustancias, como anestésicos halogenados, sulfato de magnesio, nifedipino y simpaticomiméticos beta (37).

Mayormente se dan casos de polihidramnios leves, debido al acopio progresivo de líquido amniótico en la segunda mitad del embarazo, pero en casos graves podría ocasionar dificultades en la respiración y alumbramiento prematuro. Asimismo, las complicaciones que se asocian al polihidramnios es agrietamiento prematuro de membranas, desprendimiento de placenta antes del parto, prolapso del cordón umbilical, parto por cesárea, muerte fetal y hemorragia por carencia de tono muscular después del parto (36).

2.2.1.1.7. Macrosomía

Etimológicamente, la macrosomía es el tamaño grande del cuerpo, con lo cual, la macrosomía fetal se define como el peso de 4000 o 4500 g al nacer, donde el cuerpo del feto de gran proporción, ocasiona traumas para la gestante y para él mismo, generando alto riesgo obstétrico por distensión uterina, causando la rotura de los microfilamentos de actina y miosina, que debilita la fuerza contráctil e induce a complicaciones durante la gestación, tales como la atonía uterina (38).

Como factores que contribuyen en incrementar la incidencia de macrosomía, están la diabetes mellitus gestacional, altura materna, obesidad pregestacional, multiparidad, edad materna, sexo infantil, historia previa de parto macrosómico y edad gestacional. Un elemento significativo para detectar el desarrollo fetal es el incremento del peso de la madre en el embarazo. Este factor es afectado por la manifestación de un embarazo previo en obesidad y condición nutricional de la gestante mientras se desarrolla el embarazo. Asimismo, una gestación prolongada mayor a 42 semanas permite una mayor prevalencia de fetos macrosómico debido a que continúan creciendo; con lo cual, se aumenta las complicaciones que ponen en riesgo a la madre con histerectomías, infecciones, hemorragias postparto, laceraciones perineales y necesidad de transfusión de sangre (39).

Las complicaciones que presentaría un feto macrosómico, es el de presentar riesgo de asfixia, distocia de hombros, hemorragia intracraneal, parálisis del plexo braquial, nacimiento de mortinatos, fracturas de clavícula, hipocalcemia, hipoglucemia, hiperbilirrubinemia y estancia extensa en la unidad de cuidados intensivos neonatales, por ello, su prevención, diagnóstico y tratamiento para esta afección resulta de mucha importancia (38).

Por otro lado, el riesgo de atonía uterina en madres de niños macrosómico, aumenta fisiopatológicamente debido a la sobredistensión de la musculatura uterina, generando que no se pueda contraer de manera adecuada y no se presen los vasos locales, produciendo la atonía uterina; por lo cual, los profesionales que participan en los alumbramientos deben identificar a las mujeres con riesgo de atonía uterina (39)

2.2.1.1.8. Múltiples fibroides uterinos

Se define como tumores no cancerosos del útero que brotan frecuentemente en los años fecundos. Conocidos igualmente como miomas o leiomiomas, que no necesariamente se relacionan con una mayor incidencia de cáncer de útero y casi nunca se convierten en cáncer. Su tamaño varía desde plántulas

indetectables para el ojo humano hasta aglomeraciones abultadas que podrían agrandar y deformar el útero. Para casos extremos, los múltiples fibromas podrían estirar tanto el útero que podría llegar a la caja torácica, añadiendo pesadez (40).

Asimismo, como complicaciones, en realidad existen pocos, siendo generalmente no peligrosos, pero podrían ser causa de molestias y producir complicaciones, como la reducción de glóbulos rojos (anemia), ocasionando agotamiento por la merma excesiva de sangre. En pocos casos se requiere una transfusión por el quebranto de sangre. En embarazos, el fibroma no suele interferir en este, pero es probable que los submucosos ocasionen infertilidad o pérdida de embarazo; aparte de incrementar el peligro de padecer algunos obstáculos del embarazo, como desprendimiento de placenta, restricción del crecimiento fetal y parto prematuro (40).

Los fibromas uterinos con anterioridad al embarazo, se da frecuentemente en mujeres de 35 años en adelante, y si en su historia clínica anterior al embarazo muestran mayor dolor pélvico, cirugía pélvica, dismenorrea e hipermenorrea. En la etapa de gestación, las mujeres con fibromas uterinos al momento del nacimiento estuvieron con mayor amenaza de prematuridad, incremento de peso, hipertensión gestacional e hiperémesis, relacionándose a un embarazo desfavorable al desencadenar la hemorragia postparto y frecuentemente la necesidad de cesárea de emergencia (41).

2.2.1.1.9. Tracción excesiva del cordón umbilical

La tracción excesiva del cordón genera sangrado de baja presión, derivado del quiebre de ramificaciones de los vasos del cordón umbilical cerca de la inserción de éste, usualmente por tensión de este mismo (origen fetal); con lo cual, mayormente es diagnosticado en el postparto, por tracciones excesivas del cordón durante el alumbramiento. Asimismo, se produciría como consecuencia de un procedimiento invasivo, como la fetoscopia y la cordocentesis (42).

Por ello, es recomendable realizar la tracción controlada del cordón umbilical para simplificar la separación y la expulsión de la placenta y reducir el tiempo de la tercera etapa del parto (23).

La tracción controlada se hace pinzando el cordón umbilical cerca del perineo, sosteniéndose el extremo de la pinza con una mano. Se estabiliza el útero usando contra-tracción en la tracción controlada del cordón umbilical, ayudando a prevenir la inversión uterina. Esta inversión uterina se da por la atracción vigorosa del cordón al igual que de la presión sobre el fondo uterino, resultando un potencial riesgo para la mujer asociado a la tracción controlada del cordón, donde la porción superior del útero se desplaza hacia adelante a través del cérvix, y que el cordón umbilical se aparte de la placenta (43).

Asimismo, esta alteración uterina es una complicación obstétrica no habitual atribuible a una desmesurada tracción del cordón umbilical y opresión sobre fondo uterino, generando el desplazamiento del fondo uterino en la cavidad endometrial. Como factores primordiales de riesgo están el acretismo placentario y alumbramiento manual. El prolapso resulta notorio que no es necesario hacer estudios de imagen confirmatorias, excepto en situaciones de inversiones parciales con estabilidad hemodinámica de la madre y mínimo sangrado (25).

2.2.1.1.10. *Cordón corto*

Este síndrome es el acortamiento anormal del cordón, siendo su longitud normal entre 32 y 120 cm. Este acortamiento se encuentra asociado con anomalías del desarrollo de estructuras mayores, especialmente con defectos de pared abdominal, del sistema nervioso central y con bandas amnióticas. Es considerado un evento aislado con un riesgo de ocurrir inferior al 1% en embarazos subsecuentes, similar al de la población general (44).

Es una anomalía incompatible con la vida y poco común, tratándose de la deformación fenotípicamente inconstante que es asociada a defectos de la pared anterior del feto, cordón umbilical ausente y/o corto y anomalías de los miembros.

Esta anomalía posee como única manera de poder detectarse de manera oportuna mediante una ultrasonografía, considerándose esta patología ante un severo defecto de la pared abdominal (45).

El tener un cordón umbilical corto puede ser la causa de un desprendimiento de placenta, aparte de la asociación a traumatismos directos del útero, debido a un impacto fuerte. Este desprendimiento durante o antes del parto provocaría sangrado excesivo debido a la rotura de vasos sanguíneos que acoplan el útero y placenta, donde la carencia de placenta supondría la carencia de oxígeno y nutrientes para el feto (46).

En adición, un control prenatal apropiado proporcionaría favores para el diagnóstico prenatal y crea objetivos concretos para manejar los casos, determinando la compatibilidad con la vida del recién nacido, aparte del manejo y consejería psicológica de la gestante y apresto de un equipo multidisciplinario para la asistencia prenatal y el parto (45).

2.2.1.2. Trauma obstétrico

Este factor de riesgo incluiría hematomas, laceraciones y ruptura o inversión uterina, su aparición es multifactorial, pero el desfallecimiento de los músculos del piso pélvico imbuye a su sintomatología múltiple. Una laceración vaginal o cervical podría presentarse ya sea como parte del desarrollo natural o en asociación a maniobras médicas (24).

Son desgarros de nivel variable en algún lugar de la anatomía de la inversión uterina (23).

Este trauma se refiere al desgarro del canal genital, inversión o rotura uterinas. El desgarro supone la segunda causa de hemorragia postparto con mayor frecuencia, solo detrás de la atonía uterina, manifestándose como una hemorragia vaginal activa natural de partos instrumentados o con episiotomía donde se procede a reparar a través de sutura; asimismo, a veces también se pueden hacer como hematomas vaginales y vulvares debiéndose tratar de

manera conservadora. El desgarro uterino es la pérdida de integridad de la pared del útero; la cirugía uterina previa es el factor de riesgo con mayor implicancia, siendo la cesárea con histerotomía transversa segmentaria baja la más recurrente, donde los desgarros asociados a traumatismos externos, que incluye la versión cefálica externa, resultan extraños.

En adición, la dehiscencia uterina, es la disgregación de la capa miometrial que asentaría sobre una lesión uterina previa, pero siendo muy poco frecuente el responsable de una hemorragia postparto grave. Por otro lado, la inversión uterina, se define como una complicación obstétrica no usual atribuible a una desmesurada tracción de cordón umbilical y opresión sobre fondo uterino, generando el deslizamiento del fondo uterino en la cavidad endometrial, teniendo por elementos de peligro principales al acretismo placentario y alumbramiento manual; este resulta muy obvio, no siendo necesario realizar pruebas de imagen para confirmación, excepto en casos de inversiones inconclusas con estabilidad hemodinámica de la mujer y sangrado mínimo (25).

2.2.1.2.1. Parto vaginal operatorio

Este parto implica usar el fórceps o una ventosa o vacuum extractor sobre la cabeza fetal mientras se desarrolla la segunda etapa del parto que facilite la salida del feto. Se realiza por la segunda etapa del parto prolongado, desde la dilatación cervical completa hasta la salida del feto; sospecha de compromiso fetal, como patrón anormal de frecuencia cardíaca fetal; y por urgencia de reducir la segunda etapa del parto para el beneficio de la madre, debido a la insuficiencia cardíaca materna o trastornos neurológicos que contraindican los pujos (26).

Como contraindicaciones, se tiene la cabeza fetal no articulada, la desconocida colocación del feto y algunos trastornos como la hemofilia. Una extracción con ventosa es calificada como contraindicación en embarazos pre-término menor a treinta y cuatro semanas, debido a que el peligro de sangrado intenso intraventricular es grande. Asimismo, las más graves complicaciones se dan por lesiones maternas y fetales y las hemorragias fetales y maternas, especialmente

si el ejecutor no cuenta con la práctica necesaria o si las pacientes no fueron identificadas de forma adecuada. El traumatismo perineal y las magulladuras neonatales resultan muy frecuentes con los fórceps; y la distocia del hombro, ictericia, cefalohematoma y sangrado retiniano se dan comúnmente con el extractor por vacío o vacuum (26).

Sin embargo, una situación insatisfactoria e indeseable es la del parto operatorio vaginal fallido, donde al usar el instrumento definido para la asistencia al parto vaginal mientras ocurre el periodo de expulsión, no lograría el desplazamiento de la cabeza fetal, dentro de tiempo y después de un varias tracciones determinadas, con lo cual, no se obtiene el parto vaginal, culminando la ruta del parto al abdominal a través de la ejecución de la cesárea (47). Asimismo, si existe hemorragia por trauma, ya sea desgarró vaginal, de cérvix o perineal, se debe enmendar de inmediato, garantizando que existe hemostasia y que no exista hematoma en crecimiento (48).

2.2.1.2.2. Parto precipitado

Este parto, conocido también como parto rápido, es caracterizada por el proceso que podría durar alrededor de 3 horas y, generalmente, menor a 5 horas. Como factores que contribuyen a tener este parto, está el tener un útero que se contrae con gran fuerza, lo que produce un parto muy obediente, el nacimiento de un bebé menor que el promedio y una historia anterior de parto rápido (49).

Como dificultad evidente en un parto precipitado está la agitación emocional, pudiendo dejar a la mujer embarazada fuera de control. Asimismo, otras dificultades potenciales para la madre es el aumento del riesgo de desgarró y lesión del cuello uterino y la vagina; sangrado continuo del útero o vagina; y estado de choque posterior al alumbramiento que incrementa el tiempo para recuperarse. Para el bebé, se tiene el peligro de infección de entrega no esterilizado y potencial consumo de líquido amniótico (49).

Asimismo, entre las complicaciones que se identifican en un parto precipitado está la considerable probabilidad de desgarros graves del canal blando del parto, atonía uterina y retención placentaria. Su manifestación en partos rápidos es causa de un elevado ímpetu de las contracciones uterinas que impedirían la distensión paulatina del periné, incrementando el riesgo de desgarros graves, aparte del debilitamiento de la musculatura uterina tras el alumbramiento, implicando poca contractilidad del útero con resultado de atonía y retención de restos placentarios. Todas las consecuencias mencionadas poseen un efecto en común, el cual es el incremento de riesgo de hemorragia postparto, produciendo con ello la inestabilidad hemodinámica de la madre (50).

2.2.1.2.3. Tejido retenido

Es la detención de tejido placentario o placentación anormal, la cual se diagnostica mediante la evaluación manual de la cavidad uterina o con técnicas ultrasonográficas al no haber expulsión placentaria natural en los 30 minutos posteriores al parto fetal. Una hemorragia frecuentemente se da tras el parto, por ello, la remoción manual de la placenta se debe efectuar con prudencia (24).

Asimismo, es la existencia de restos dentro de la cavidad uterina secundario a la expulsión inconclusa de la placenta (23).

Cuando la placenta no sale en los primeros 30 minutos después del parto, podría tratarse de una placenta fijada por la irregular implantación de la misma, pudiendo ser las placentas íncreta, ácreta o pécreta. El acretismo de la placenta resulta poco común, pero últimamente se viene registrando una incidencia creciente. Los riesgos aumentarían conforme la cantidad de cicatrices uterinas, donde al existir dudas sobre la localización de la placenta pese al control ecográfico, necesitará realizar una RNM para poder rechazar la presencia de una placenta pécreta. Asimismo, es afín a la presencia de placenta previa (25).

2.2.1.3. *Placenta succenturiata*

Se define como la rareza morfológica de la placenta, donde se muestran uno o más lóbulos adjuntos por fuera del cuerpo placentario, pudiendo resultar con distinto tamaño y estar conectados a través de vasos sanguíneos a la placenta principal. El lóbulo adjunto surge de las vellosidades coriónicas no coligadas al corion leve. Presenta poca frecuencia a nivel mundial, teniendo por principales elementos de peligro la edad avanzada de la madre y el historial de haber sido sometida a fertilización in vitro (51).

Asimismo, los antecedentes que aumentan su incidencia es una infección pélvica, embarazo gemelar, infertilidad y la preeclampsia. A pesar de tener una incidencia baja, representando mayormente un hallazgo obstétrico anecdótico, es considerado igualmente una razón significativa de complicaciones en el tercer estadio del parto, generando retención de placenta o hemorragia postparto, implicando un incremento de la morbimortalidad fetal y maternal, aparte de provocar el incremento de los nacimientos prematuros y bajo peso en los fetos. El riesgo principal que ocurre durante el parto se debe a que los vasos adjuntos podrían partirse al momento de las contracciones uterinas y ocasionar la muerte fetal; y en el parto, el lóbulo adjunto podría estancarse y ocasionar hemorragia postparto, pasando a comprometer la integridad de la madre (52).

A existir esta anomalía se debe realizar una análisis rápido y examen de la anomalía y de la paciente, verificando su tamaño, ubicación, extensión, forma, consistencia, sensibilidad y resistencia (48).

2.2.1.3.1. *Placenta incompleta tras parto*

Esta retención es una sub-involución uterina, en donde la placenta está incompleta, con ausencia de cotiledones o parte de membranas ovulares. Es la no expulsión de la placenta entre los 15 y 30 minutos tras la salida del feto, produciéndose por adherencia parcial o total en aquellos que no poseen una capa de decidua interpuesta con el miometrio, en otras palabras, sin plano de

separación entre la pared uterina y placenta. Esto genera la hemorragia intraparto, llegando incluso a la muerte materna; por lo cual, debe realizarse inmediatamente la extracción de la placenta, debiéndose administrar una dosis única de antibióticos profilácticos (53).

Si existe retención placentaria se debe realizar la extracción manual del feto de inmediato con anestesia en hospitales o aplicando algún analgésico por vía parenteral en centros de salud, a excepción de Morfina, Tramadol, Fentanil y Meperidina (48).

Asimismo, la retención de sobras placentarios resulta más frecuente si la placenta crece como succenturiada o con un lóbulo adjunto. Generalmente, después de expulsar la placenta debe examinarse, principalmente si posterior a la expulsión existe sangrado, pretendiendo garantizar la integridad de los vasos sanguíneos y la integridad de las membranas. Si el sangrado se da por retención de restos placentarios se ejecuta un examen de la cavidad uterina prontamente al diagnosticar en efectos de anestesia en el centro de salud hospitalario (37).

2.2.1.4. Trastornos de la coagulación sanguínea

Se define como las alteraciones propias de la coagulación (23). Se evidencia tras la evaluación de existencia de coagulopatía, pudiéndose heredar o adquirirse; la cual se presenta al reducirse severamente los componentes de coagulación después de la pérdida sanguínea o por la extracción de los factores restantes (24).

Esta alteración se da por coagulopatías congénitas o adquiridas durante el embarazo. Las congénitas son la Hemofilia tipo A y enfermedad de Von Willebrand; y las obtenidas son preeclampsia grave, Síndrome HELLP, *abruptio placentae*, embolismo del líquido amniótico y sepsis. Asimismo, se encuentran demás elementos de peligro como la edad avanzada de la madre, miomatosis uterina y el haber sufrido una hemorragia postparto en gestaciones anteriores. Conocer sobre estos factores de riesgo y saber si alguna gestante lo presenta

resulta importante para prevenirse la hemorragia postparto, considerando igualmente que la mayoría de los casos de hemorragia postparto suceden en féminas sin elementos de riesgo (25).

En coagulopatía por hemorragia severa y trauma existiría inestabilidad entre el sistema hemostático y fibrinolítico de la madre, estabilizado fundamentalmente por liberación relevante de factor tisular, estimulando en un inicio la fase protrombótico y de gasto elevado de factores de coagulación. Tal gasto incrementado sumado al trabajo enzimático anormal e inactivación formado por hipotermia y acidosis generaría control pobre del sangrado que es exacerbada por la hemodilución de factores de coagulación debido a la reanimación con cristaloides muy agresora a la que podrían someterse aquellos pacientes. Mayormente se subestima la coagulopatía en estado temprano en las pruebas de coagulación ya que las pruebas no se encuentran diseñadas para pacientes en estado crítico, siendo por ello determinante la evaluación clínica y análisis de elementos de riesgo de manera intraoperatoria para estas situaciones (23).

2.2.1.4.1. Hematomas anormales

Un hematoma es una tumoración o endurecimiento anormal, ocasionado por la acumulación de sangre; este existe al haber endurecimiento, así haya o no coloración de la piel (54).

Estos hematomas se desarrollan por amontonamiento de sangre en el tejido conectivo cerca a la vagina, parametrio o cérvix, vinculado a una contusión vascular arterial o venosa. Entre estos, se encuentra el hematoma del ligamento ancho, el cual puede generar una hemorragia posparto, implicando una morbilidad elevada, debido a la falta de sangrado clínicamente visible que podría subestimarse hasta que la paciente entre en shock y culmine con su deceso. Como factores de riesgo se tiene el parto traumático o instrumental, desgarró, episiotomía, embarazo general y venas varicosas vulvovaginales. Presenta unos signos y síntomas inespecíficos con dolencia perineal, retención aguda de orina,

desviación uterina con existencia de una masa unilateral e incluso como shock hipovolémico (55).

Por ello, se deben evaluar comprobando su tamaño, ubicación, extensión, consistencia, forma, sensibilidad y resistencia; donde al tener menos de cinco centímetros y sin aumento de tamaño y alteraciones hemodinámicas se debe seguir un proceso conservador, incluyendo realizar compresión local, compresas frías en el área del hematoma, y antibióticos y analgésicos profilácticos. En cambio, al ser mayor a 5 cm, se debe realizar el vaciado, hemostasia y restauración en sala de operaciones bajo anestesia o sedación general. Cuando no existe desgarros sangrando, sin retención de placenta o restos placentarios se puede continuar con el manejo de la salud materna y fetal (48).

2.2.1.4.2. Petequias

Se definen como pequeñas manchas rojas, moradas o marrones en la piel, apareciendo generalmente en las piernas, brazos, estómago y las nalgas. Asimismo, se pueden encontrar dentro de la boca o en los párpados, pudiendo significar muchas condiciones distintas, algunas menores y otras graves. También aparecen a modo de reacción a algunos medicamentos. Por ello, es importante revisar las manchas con frecuencia para observar si cambian; al aumentar la cantidad de manchas, es posible que se tenga un trastorno hemorrágico. (56).

En el embarazo, podría ocurrir que la madre disminuye el nivel de plaquetas, que se objetiva con las analíticas propias del embarazo, ocasionando más tendencia al sangrado de encías, de nariz y del resto de mucosas y en la piel podría aparecer hematomas y petequias, requiriendo tratamiento con corticoides y en ciertas ocasiones con inmunoglobulinas intravenosas desde el servicio de salud (57).

2.2.1.4.3. *Óbito fetal*

Es el deceso de un bebé durante el alumbramiento, o la pérdida de un neonato posterior a veinte semanas de embarazo. Esta se cataloga en temprana, tardía o a término. La defunción fetal precoz sucede desde la semana completa 20 hasta la 27 de embarazo; la muerte fetal tardía sucede desde la semana completa 28 hasta la 36 de embarazo; y a término sucede después de la semana de embarazo 37 completa (58).

Asimismo, el óbito fetal es la muerte fetal intrauterina. Clínicamente la muerte fetal se da por la falta de crecimiento uterino, y por ausencia de movimientos y de latidos fetales, debiéndose comprobar la muerte fetal recurriendo a cada medio posible para un diagnóstico seguro. Si pasan entre 4 y 6 semanas desde que muera el feto, ocasionalmente podría producirse una coagulopatía de consumo, principalmente al final del embarazo (59).

2.2.1.4.4. *Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta*

Es la separación completa o parcial de la placenta, adherida comúnmente antes del parto o posteriormente a la semana veintidós de embarazo. Denota un accidente repentino para la mayoría de los casos con esta complicación (60).

Los síntomas que origina esta complicación es la hemorragia, dolor e hipertensión uterina, aparte de alteraciones como coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal y posteriormente la muerte. Generalmente, el sangrado propio del derrumbamiento prematuro de placenta es filtrado entre el útero y las membranas, escapándose luego por el cuello uterino y causando hemorragia externa. Muy pocas veces la sangre no es expulsada hacia el exterior, quedándose retenida entre el útero y la placenta desprendida, originando así una hemorragia oculta. Esta última resulta más peligrosa para el feto y la madre, no solo por la posible coagulopatía de consumo, sino también al no apreciarse con facilidad la dimensión de la hemorragia, generando que el diagnóstico se retrase frecuentemente (61).

La gravedad evidenciada del desprendimiento prematuro de placenta normo inserta depende mucho del tiempo transcurrido del inicio de los síntomas hasta la atención. Al retrasarse, genera la posibilidad de desprendimiento extensa que origina la muerte del feto, siendo igualmente muy poco frecuente entre los partos. Se tiene como factores asociados para su ocurrencia a la hipertensión inducida por el embarazo e hipertensión crónica, tener más de cuarenta y cinco años, multiparidad, sobredistensión uterina, tabaquismo y alcoholismo, malformación uterina y poco peso materno durante en el embarazo, menor a 0,15 kg semanales (60).

2.2.1.4.5. *Fiebre o sepsis*

Se define como el proceso de infección septicémico y peligroso que afecta a todo el cuerpo, desencadenando respuesta inflamatoria general, que afecta mucho a mujeres después de un aborto o del alumbramiento (62).

La sepsis hace referencia a una amplia variedad de síntomas, abarcando a partir de señales menores hasta el estado de shock con fallo multiorgánico. Es una infección del tracto genital ocurrida entre el desgarro de membranas o nacimiento y los cuarenta y dos días después del parto, estando presente al menos uno de estos síntomas: flujo vaginal irregular, dolor pélvico, flujo vaginal pestilente o retraso en la regresión uterina; aparte de fiebre mayor a 38°C o temperatura menor a 36°C, ritmo cardíaco mayor a noventa pulsaciones por minuto, frecuencia respiratoria mayor a veinte respiraciones por minuto, e infección confirmada o probable (63).

La sepsis puerperal generalmente es ocasionada por rotura prolongada de membranas, desgarros del canal, conservación de restos placentarios, leucorrea, anemia, más de cinco tactos vaginales en la segunda fase de parto y hemorragia postparto, principalmente en la hemorragia tardía, que ocurre entre las veinticuatro horas y seis semanas del postparto, diferenciado por sangrado constante mal oliente y restos de la placenta, que debe manejarse como endometritis por restos placentarios (64).

2.2.1.4.6. Hemorragia

Toda hemorragia distinta a la menstruación se considera como anormal, siendo cualquier sangrado que se diferencie del patrón menstrual en cantidad, asiduidad y duración. Esta se relaciona en edades reproductivas a dispositivo intrauterino, adenomatosis, trastornos endocrinos anovulatorios, miomatosis, embarazo y cáncer. Específicamente en el embarazo, los orígenes de la hemorragia uterina anómala se dan por aborto, ectópico, enfermedad trofoblástica y hemorragias postparto (65).

Para la hemorragia en un embarazo debe considerarse dos arquetipos de situaciones, las cuales son: hemorragias durante el primer trimestre de gestación y las de postparto. La primera se confunde habitualmente con demás hemorragias uterinas anómalas, por ello, todas las mujeres en edad fértil con ciclos regulares y exposición sexual, ante cualquier hemorragia debe descartar primeramente problemas en el embarazo como aborto, embarazo ectópico o enfermedad trofoblástica, donde se debe realizar pruebas y su tratamiento debe ser específico. Por otro lado, la hemorragia postparto ocurriría entre las 24 horas y las 12 semanas, ocurrido no tan frecuente, pero requiere normalmente tratamiento quirúrgico ya que puede generar, junto a las hemorragias del parto, la mortalidad materna, teniendo por causas los desgarros, infección y restos placentarios (65).

El manejo oportuno y correcto de la paciente con hemorragia postparto deberá orientarse a advertir problemas vinculadas a la coagulopatía, evitando así el deceso de la madre. La triada del deceso en pacientes con hemorragia postparto se identifica con coagulopatía, acidosis metabólica e hipotermia (48).

2.2.1.4.7. Tratamiento anticoagulante actual

Un anticoagulante es un grupo de medicamentos que modifican la coagulación de la sangre, con el propósito de que el coágulo no sea formado dentro de los vasos sanguíneos, haciendo más complicado el producirse una trombosis o una

embolia. Su efecto principal se trata en retardar el tiempo de coagulación de la sangre (66).

Los anticoagulantes disponibles para tratar la trombosis venosa profunda y demás complicaciones incluyen el tratamiento anticoagulante oral, heparino-símiles, heparina y antiplaquetarios como el ácido acetilsalicílico (67).

Como anticoagulantes orales, se tienen dos grupos, siendo estos los indandionas y los derivados cumarínicos. Los dos resultan antagonistas de la vitamina K. Sin embargo, existen riesgos asociados a los anticoagulantes orales, presentándose principalmente en la segunda mitad del primer trimestre del embarazo y peripato, como embriopatías y hemorragia fetal y materna; aparte del riesgo de aborto, muerte de tal in útero, hemorragia intracraneal y secuelas neurológicas. Igualmente, es empleado en mujeres con válvulas mecánicas pese a la contraindicación para su uso en embarazadas, puesto que la trombosis valvular que tiene gran morbimortalidad se reporta inclusive con uso de altas dosis de heparina (67).

2.2.2. Hemorragia post parto vaginal

Se entiende como la existencia hemorragia abundante después del alumbramiento, con o sin variación hemodinámica en la madre (24).

La hemorragia postparto es definida como la merma de sangre mayor o igual a quinientos mililitros durante las próximas veinticuatro horas al parto, causando la principal mortalidad materna en países con bajos ingresos y siendo la razón primordial del veinticinco por ciento del total de muertes maternas en el mundo (2).

Asimismo, aparte de un sangrado excesivo, la hemorragia postparto es aquella que afecta a la madre y la hace mostrar síntomas evidentes de hipovolemia. Entre sus orígenes están la atonía uterina, laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación (25).

2.2.2.1. Hemorragia posparto primaria

Se define como la pérdida de sangre superior a quinientos mililitros para postparto vaginal y superior a mil mililitros en partos por cesárea en las primeras veinticuatro horas, o la pérdida sanguínea acompañada de señales de hipovolemia, sin considerar la vía de parto (24).

Las razones de su aparición contemplan anomalías del tono uterino, retención de restos del producto de concepción, trauma intraparto, o variaciones en la coagulación sanguínea de la madre. Al diagnosticarse, se la maneja oportunamente empleando reglas generales de soporte vital junto con estrategias de sujeción de la hemorragia con el propósito de reducir complicaciones procedentes de la patología (10).

Por lo tanto, para poder hacerle frente a este tipo de hemorragia, los nosocomios deben tener un protocolo de acción para situaciones de esta hemorragia postparto, siendo que el personal de salud tenga roles asignados y posean un kit pre armado y precintado con todos los recursos inmediatos para un manejo primario, contando con: Pinzas de anilla con caja para exploración de canal vaginal, sonda vesical, balones intrauterinos, atropina, carro de paro, drogas uterotónicas y guía de suero, entre otras (68).

2.2.2.2. Hemorragia posparto severa

Para poder indicar este tipo de hemorragia, el grado de fibrinógeno es el indicador de coagulación más efectivo para detectar el nivel de la hemostasia. El grado de fibrinógeno en plasma es considerado como un pronosticador independiente de la presencia de hemorragia postparto severa, que en caso de ser menor a 2g/L tiene una validez predictiva positiva de 100% para tal hemorragia. Es así como, se indica que cuando los niveles de fibrinógeno son < 2 g/L, debe considerarse el reemplazo del mismo, pero cuando los niveles son de < 1 g/L resulta indispensable su restitución.

Esta hemorragia severa genera un desequilibrio entre el sistema hemostático y fibrinolítico de la paciente, equilibrado primariamente por liberación significativo de Factor tisular, estimulando con ello primariamente un estado protrombótico y de dispendio elevado de factores de coagulación. Este dispendio más el trabajo enzimático anómalo e inactivación causado por acidosis e hipotermia causa un pobre control del sangrado que se agrava por la hemodilución de factores de coagulación dada por la reanimación con cristaloides exageradamente hostil a la que pueden estar sometidas estas pacientes. Lo dicho perpetua el sangrado, la hipoperfusión tisular, hipotermia y acidosis metabólica (23).

Por lo cual, para el manejo óptimo de este tipo de hemorragia se necesita de un laboratorio que incluya hemograma, lactato, fibrinógeno, lactato y déficit de bases como herramientas que permitan evaluar la perfusión tisular sistémica (68).

2.2.2.3. Hemorragia posparto secundaria o tardía

Se conceptualiza como la pérdida sanguínea posterior a las primeras veinticuatro horas hasta las doce semanas luego de dar a luz, asociándose frecuentemente a la conservación de productos de la concepción, subinvolución del lecho placentario o infección (24).

El sangrado postparto secundario, abarca distintas afecciones que únicamente comparten la característica de hemorragia, siendo etiológicamente heterogénea y no un diagnóstico. Las causas habituales en esta hemorragia son la endometritis, retención de restos placentarios, lesiones del canal de parto, subinvolución del lecho placentario, miomas uterinos submucosos, inversión uterina crónica y subaguda, coriocarcinoma, variaciones de la coagulación, malformación arteriovenosa uterina y pseudoaneurisma de arteria uterina (69).

Las formas de prevenir esta hemorragia se dan mediante la atención prenatal de rutina, permitiendo disminuir su incidencia, aparte del examen y legrado de la cavidad uterina postparto, aspiración, control ecográfico sistémico y protección antibiótica profiláctica. Esta hemorragia puede ocasionalmente ser un suceso

recurrente, particularmente cuando su origen es debido a la retención de sobrantes de la placenta, entonces, la planeación prenatal y postnatal disminuye el riesgo de muerte por hemorragia puerperal (69).

2.3. Definición de términos básicos

2.3.2. Componentes de riesgo: se define como cualquier circunstancia o característica detectable de un individuo o conjunto de individuos asociados a la posibilidad de encontrarse expuesto a padecer o desarrollar algún proceso patológico, asociando sus rasgos a cualquier tipo de afección a la salud (3).

2.3.3. Tono uterino anormal: se identifica tras diagnosticarse un útero suave, flácido o poco contraído, seguido del manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto, donde la pérdida del tono muscular genera la ausencia de contracciones uterinas primordiales para su involución (24).

2.3.4. Labor de parto prolongada: resulta en una dilatación cervical o descenso fetal anormalmente lento a lo largo del trabajo del parto. Se diagnostica clínicamente, realizándose su tratamiento con oxitocina, parto vaginal operatorio o instrumental, o cesárea (26).

2.3.5. Multiparidad: esta se define como la mujer que ha tenido varios partos, aceptándose que una mujer resulta múltipara al tener más de cinco partos (28).

2.3.6. Corioamnionitis: se define como la presencia de gérmenes en el líquido amniótico, que en condiciones normales es estéril, y que presentará manifestaciones clínico analíticas para un feto y la madre. Esta complicación debe descartarse en todas las gestantes que presentan fiebre sin foco aparente, principalmente al sospecharse o confirmarse una rotura de membranas, tiendo por criterios más utilizados la fiebre materna y, mínimamente dos signos de taquicardia materna, irritabilidad uterina, taquicardia fetal, líquido amniótico maloliente o leucocitosis materna (31).

2.3.7. **Gestación múltiple:** existencia de dos o más fetos adentro de un mismo útero, estos podrían ser monocigótico, dicigótico y demás. Este embarazo se asocia a un mayor riesgo para la integridad del recién nacido y de la madre. Las madres con embarazo múltiple llegan a ser hospitalizadas por poseer seis veces mayor riesgo al aborto, trastornos hipertensivos, anemia, hemorragia, cesárea y complicaciones postparto; asimismo, resultan más propensas a tener sintomatología más severa, como vómitos y náuseas, a comparación de las mujeres con embarazos únicos (33).

2.3.8. **Macrosomía:** es el tamaño grande del cuerpo, con lo cual, la macrosomía fetal se define como el peso de cuatro mil o cuatro mil quinientos gramos al nacer, donde estos fetos de gran tamaño ocasionan contusiones tanto para la gestante como para el mismo, generando un alto peligro obstétrico por la sobre distensión uterina, que provoca el quiebre de las fibras de actina y miosina que debilita su posterior fuerza contracción, e induce a complicaciones en el embarazo como la atonía uterina (38).

2.3.9. **Trauma obstétrico:** Este factor de riesgo incluiría hematomas, laceraciones y ruptura o inversión uterina, donde su aparición es multifactorial, pero la debilidad de los músculos del piso pélvico predispone a su sintomatología múltiple. Una laceración vaginal o cervical que podría mostrarse como proceso natural o en asociación a intervenciones médicas (24).

2.3.10. **Tejido retenido:** es la retención de tejido placentario o placentación anormal, la cual se diagnostica mediante la examinación manual de la cavidad uterina o con técnicas ultrasonografías al no haber expulsión placentaria espontánea en los 30 minutos posteriores al parto fetal. Una hemorragia frecuentemente se da tras el parto, por ello, la extracción manual de la placenta debe ejecutarse con cuidado (24).

2.3.11. **Petequias:** son pequeñas manchas rojas, moradas o marrones en la piel, apareciendo generalmente en las piernas, brazos, estómago y las nalgas. Asimismo, se pueden encontrar dentro de la boca o en los párpados, pudiendo

significar muchas condiciones distintas, algunas menores y otras graves. También aparecen a modo de reacción a algunos medicamentos. Por ello, es importante revisar las manchas con frecuencia para observar si cambian; al aumentar la cantidad de manchas, es posible que se tenga un trastorno hemorrágico. (56).

2.3.12. **Hemorragia post parto vaginal:** es definida como la pérdida de sangre mayor o igual a 500 ml durante las próximas 24 horas al parto, causando la principal mortalidad materna en países con bajos ingresos y siendo la causa primordial del 25% del total de defunciones maternas a nivel mundial (2).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

H1. La predisposición de las hemorragias pos alumbramiento están relacionadas significativamente con los componentes de riesgo obstétricos en gestantes por parto vaginal. Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022.

H0. La predisposición de las hemorragias pos alumbramiento no están relacionadas significativamente con los componentes de riesgo obstétricos en gestantes por parto vaginal. Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022.

3.1.2 Hipótesis específicas

H1.1. La predisposición de las hemorragias pos alumbramiento están relacionadas significativamente con los componentes de riesgo del tono uterino anormal en gestantes por parto vaginal. Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022.

3.1.2 Hipótesis específica

H0.1. La predisposición de las hemorragias pos alumbramiento no están relacionadas significativamente con los componentes de riesgo del tono uterino anormal en gestantes por parto vaginal. Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022.

H1.2 La predisposición de las hemorragias pos alumbramiento están relacionadas significativamente los componentes de riesgo del trauma obstétrico anormal en gestantes por parto vaginal. Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022.

H0.2 La predisposición de las hemorragias pos alumbramiento no están relacionadas significativamente con los componentes de riesgo del trauma obstétrico anormal en gestantes por parto vaginal. Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022.

H1.3 La predisposición de las hemorragias pos alumbramiento están relacionadas significativamente con los componentes de riesgo del tejido retenido en gestantes por parto vaginal. Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022.

H0.3 La predisposición de las hemorragias pos alumbramiento no están relacionadas significativamente con los componentes de riesgo del tejido retenido en gestantes por parto vaginal. Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022.

H1.4 La predisposición de las hemorragias pos alumbramiento están relacionadas significativamente con los componentes de riesgo de los trastornos de la coagulación sanguínea en gestantes por parto vaginal. Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022.

H0.4. La predisposición de las hemorragias pos alumbramiento no están relacionadas significativamente con los componentes de riesgo de los trastornos de la coagulación sanguínea en gestantes por parto vaginal. Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022.

3.2. Variables

3.2.1. Variable de estudio 1

X= Componente de riesgo obstétricos de las hemorragia pos alumbramiento. – “Son componentes obstétricos que mayormente tienen interrelación, sin embargo, teniendo materiales de información su importancia semiológica es disminuida es disminuida” (10).

3.2.2. Variable de estudio 2

Y = Hemorragia pos alumbramiento por parto vaginal. - “Se conceptualiza como perdida sanguínea luego de la expulsión del recién nacido y teniendo la paciente estable o inestable hemodinamicamente” (10).

3.3. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Tipo de variable	Escala	Instrumento
X= Componentes de riesgo obstétricos de las hemorragias pos alumbramiento	“Son componentes obstétricos que mayormente tienen interrelación, sin embargo, teniendo materiales de información su importancia semiológica es disminuida” (10).	Componentes obstétricos que será medido a partir de sus dimensiones: Tono uterino anormal, trauma obstétrico, tejido retenido Y trastornos de la coagulación sanguínea.	X1. Tono uterino anormal	X1.1. Trabajo de parto prolongado	Cualitativo	Ordinal	Ficha de datos
				X1.2. Uso de oxitócicos en acentuación e inducción de labor de parto			
				X1.3. Mayor números de partos			
				X1.4. Infecciones cori amnióticas			
				X1.5. Embarazos dobles o múltiples			
				X1.6. Incremento de líquido amniótico (poli hidramnios)			
				X1.7. Feto grande (Macrosomía)			
				X1.8. Fibroides Uterinos múltiples			
				X1.9. Mala técnica de alumbramiento (Tracción excesiva de CU)			
				X1.10. Cordón corto			
				X1.11. Placenta con implantación fúndica			
			X2. Trauma obstétrico	X2.1. Parto vaginal instrumentado			
				X2.2. Parto precipitado			
			X3. Tejido retenido	X3.1. Placenta succenturiata			
	X3.2. Cirugía uterina previa						
	X3.3. Retención placentaria tras parto						
X4. Trastornos de la coagulación sanguínea	X4.1. Hematomas anormales						
	X4.2. Petequias						
	X4.3. Óbito fetal						
	X4.4. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta						
	X4.5. Fiebre o sepsis						
	X4.6. Hemorragia						
	X4.7. Tratamiento anticoagulante actual						
Y = Hemorragias pos alumbramiento por parto vaginal	“Se conceptualiza como pérdida sanguínea luego de la expulsión del recién nacido”	Es la hemorragia postparto medido a partir de dimensiones: Hemorragia postparto	Y1. Hemorragia postparto primaria	Y1.1. Pérdida sanguínea > 500 ml	Cualitativo	Ordinal	Ficha de datos
			Y2. Hemorragia postparto severa	Y2.1. Pérdida sanguínea >2,000 ml			
				Y2.2. Disminución periparto de Hb en 4g/dl			

	nacido y teniendo la paciente estable o inestable hemodinamicamente” (10).	primaria, hemorragia posparto severa y hemorragia posparto secundaria o tardía.	Y3.Hemorragia posparto secundaria o tardía	Y3.1. Hemorragia entres las 24 horas y las 12 semanas posparto			
--	--	---	--	--	--	--	--

CAPITULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1 Nivel de Investigación

La investigación será correlacional en vista que asocia conceptos fenómenos y hechos o variables. Calcular variables correspondientes a conocimientos estadísticos” (71). De lo dicho en esta investigación se pretenderá asociar las variables predisposición y componentes de riesgo obstétricos de las hemorragias post parto vaginal.

4.2. Tipo de investigación

La investigación será acorde a su finalidad básico en vista a que está orientada en a la exploración de nuevos conceptos sin una finalidad practica especifica e inmediata. Averiguar principios y códigos científicos, realizando un concepto científico. Por lo tanto se la llama: investigación científica básica” (72).

La intervención del investigador, el presente trabajo será observacional en vista que el investigador no intervendrá en modificar a las variables predisposición y componentes de alarmas obstétrico en hemorragias después del parto vaginal tampoco a las de hemorragia luego del parto vaginal, sólo se observará para describir en su estado natural.

Según la planificación en el levantamiento de información, el presente estudio será retrospectivo en merito a que el investigador no participará en medir variables en estudio, sino se limitará a documentarlas mediante fuentes secundarias.

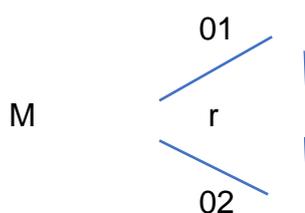
Según el recuento de situaciones en medición de las variables, la presente investigación será transversal, porque la información del periodo enero 2022 a junio 2022, será recopilada en una misma secuencia de días y no se realizará una próxima medición de la misma población.

Según el recuento de variables analíticas, el presente estudio será analítico porque realizará análisis de grupos entre variables de estudio, predisposición y componentes de alarma obstétricos de las hemorragias luego del parto vaginal, además el estudio no se limitará a describir, es decir, se contrastará mediante prueba de Hipótesis.

4.3. Diseño y esquema de investigación

Se diseñan estrategias de investigación metodológicas que se desarrollan para alcanzar objetivos específicos en la investigación con características particulares en el estudio (73).

La presente investigación será de enfoque cuantitativo, epidemiológico descriptivo y de diseño de correlacional, cuyo esquema es el siguiente:



M: Gestantes con hemorragia posparto vaginal

O1: Componentes de riesgo obstétricos

r: Posible relación

O2: Hemorragia post parto vaginal

4.4. Determinación de la población

Todos los pacientes post partos que desencadenaron hemorragias por la misma atendidas en el Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022, siendo un total de 193

Criterios de Inclusión:

- Historias clínicas de pacientes puérperas con hemorragias luego del vaginal de enero 2022 a junio 2022.
- Historias clínicas con datos completos requeridos para la investigación

Criterios de Exclusión:

- Fichas inconclusas o ilegibles en las historias clínicas de las puérperas en estudios.
- Historia clínica de pacientes post parto vaginal que no desarrollaron hemorragias.
- Historia clínica sin diagnóstico de hemorragia post parto.

4.5. Selección de la muestra

El presente proyecto de estudio, al ser epidemiológico de las hemorragias pos alumbramiento en relación con los componentes de riesgo obstétricos en gestantes por parto vaginal; se trabajará con la población censal de pacientes puérperas que realizaron hemorragia luego del parto vaginal, siendo un total de 193.

El tipo de muestreo será no probabilístico en modalidad intencionada, en el cual se tendrá en consideración los criterios de inclusión y exclusión.

4.6. Fuentes, Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos

4.6.1. Fuentes

Todas son instituciones que contienen información sistemática que pueden utilizar los investigadores. También se puede extender a bases de datos (72).

Para efectos en el proyecto se hará uso de fuentes primarios, secundarios e incluso terciarios.

4.6.2. Técnica

Para recopilar la información se utilizó como técnica el análisis documental que viene a ser “Análisis encontrados en fuentes documentales, extraídos como elementos de información muy significativos, organizándolos, analizándolos y clasificándolos desde la visión en objetivos del investigador” (72).

4.6.3. Instrumento

Es la FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS, herramienta que forma parte de un instrumento de adquisición de datos.

Recopilaos datos empleando como técnica adquisición de datos en ficha de captación de información, el cual fue realizado conforme a la historia clínica y las variables empleadas en la investigación.

4.7. Técnica de recojo, procesamiento y presentación de datos

4.7.1. Técnica de recojo: Se procederá a seleccionar la muestra de estudio, cuya información se recogerán con la ficha de recolección de datos, los cuales será vertido en la base de datos del office de Excel.

4.7.2. Procesamiento: Se revisará las historias clínicas, identificando y registrando la información de los ítems estipulados en la ficha de análisis documental. Se usará las medidas de bioseguridad al momento de la recopilación de información.

Se pasará a la base de datos del office de Excel al software de estadística SPSS 26 según las variables e ítems del instrumento de recopilación, para ello se codificará las variables y etiquetas de cada variable en la información de base de datos.

Finalmente se realizará el testeo de información de datos y el análisis de la información obtenida antes de tabular la información.

4.7.3. Presentación de resultados: La información obtenida serán plasmadas en tablas de contingencia y de frecuencia. Además, las elaboraciones de los gráficos estadísticos se diseñarán mediante el programa de office Excel, utilizando gráficos circulares y de barras.

Se realizará dos tipos de análisis: Análisis univariado de las variables independientemente y el análisis bivariado e inferencial, para ello se empleará el estudio chi-cuadrado con importancia del 5%, para evaluar la analogía significativa entre los componentes obstétricos y la hemorragia luego del parto.

4.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la adquisición de información de los expedientes médicos se solicitará previamente autorización de dicho nosocomio, previa autorización recién se procederá a extraer la información necesaria para ejecutar el proyecto. Asimismo, los datos obtenidos, se guardará en estricta confidencialidad y bajo codificación.

Además, todo el proceso de realización de la investigación estará ceñido a todo lo establecido en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.

CAPITULO V

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y PRESUPUESTALES

5.1. Potencial Humano

- Asesor de Investigación
- Asesor Estadístico
- Personal Digitador

5.2. Recursos Materiales

Tabla1: Recursos Materiales

Concepto	Cantidad	Costo Total
Bienes		
Papel Bond A4	1 millar	S/. 30.00
USB 32 GB	1 unidad	S/. 45.00
Útiles de escritorio diversos	1 juego	S/. 65.00
Servicios		
Pasajes y Movilidad	Diversos	S/. 250.00
Impresión y fotocopiado	Diversos	S/. 180.00
Encuadernación y empastado	5 unidades	S/. 100.00
Internet y telefonía	6 meses	S/. 600.00
Equipo de protección de Bioseguridad	de 5 juegos	S/. 250.00
Personal		
Asesor estadístico	01 persona	S/. 1100.00
Asesor metodológico	01 persona	S/. 1000.00

Personal recopilador	02 personas	S/.1000.00
Personal digitador	01 persona	S/. 500.00
TOTAL		S/. 5 120.00

Fuente: Elaboración propia

5.3. Presupuesto

Los costos del Proyecto de Investigación serán asumidos y financiados por la investigadora en su totalidad.

5.4. Cronograma

Tabla2: Cronograma de actividades

ACTIVIDAD	2022											
	Oct				Nov				Dic			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
1. Revisión Bibliográfica	X	X	X	X	X							
2. Planteamiento del Problema				X	X							
3. Desarrollo de Marco Teórico				X	X	X						
4. Planteamiento Metodológico						X						
5. Planificación Administrativa							X					
6. Revisión y Aprobación del proyecto							X					
7. Coordinación con el lugar de recopilación							X					
8. Recopilación del periodo enero 2022 – junio 2022								X				
9. Procesamiento y Análisis de Datos									X			
10. Documentación del Informe de Tesis.									X			
11. Revisión y Aprobación de Informe Final.										X		

Fuente: Elaboración propia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Espinoza Meza DA, Izarra Rosales SM. Factores de riesgo de la hemorragia postparto en puérperas inmediatas del Hospital Carlos Showing Ferrari. Huánuco, julio-diciembre 2016. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2017.
2. OMS. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
3. Senado Dumoy J. Los factores de riesgo. Rev cubana Med Gen Integr. 1999; 15(4): p. 446-452.
4. OMS. A pesar de los avances conseguidos, cada 11 segundos muere una mujer embarazada o un recién nacido en el mundo. Nueva York: Organización Mundial de la Salud; 2019.
5. Statista. Muertes maternas por región y resultados del embarazo o aborto 2017. Statista Research Department; 2021.
6. OMS. Tendencias en la mortalidad materna. Nueva York: Organización Mundial de la Salud; 2019.
7. Minsa. Número de muertes maternas anual y hasta el SE 27, 2000-2020. Lima: Ministerio de Salud; 2020.
8. Minsa. Salud Materna. Lima: Ministerio de Salud; 2005.
9. Guevara Ríos E. Estado actual de la mortalidad materna en el Perú. Rev Peru Investing Matern Perinat. 2016 Diciembre 30; 5(2): p. 7-8.

10. Rivera Fumero, Chacón González C, González Chavarría. Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. *Revista Médica Sinergia*. 2020 junio; V(6): p. 1-14.
11. Ononge S, Mirembe F, Wandabwa J, Campbell O. Incidence and risk factors for postpartum hemorrhage in Uganda. *Reproductive Health*. 2016; 13(38): p. 1-7.
12. Ordeñana Muñoz CM. Factores de riesgo asociados a hemorragia post parto inmediato, en pacientes del servicio de labor y parto, Hospital Escuela César Amador Molina, Matagalpa Nicaragua, segundo semestre 2015. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2016.
13. Sánchez Ortiz M, López Pérez M, Sánchez Muñoz A, Gil Raga F, Aguilar Galán V. Incidencia y factores de riesgo en la hemorragia postparto precoz. *Apunt, Cienc*. 2019; 9(1): p. 18-25.
14. Álvarez AR. Hemorragia postparto, factores de riesgo asociados y modelo predictivo del riesgo de sangrado excesivo postparto. Universidad de Castilla-La Mancha; 2018.
15. Jadira Mabel SZ. Factores de riesgo en la hemorragia postparto en países latinos. Milagro: Universidad Estatal de Milagro; 2019.
16. Candiotti Ramírez EJ. Incidencia de la hemorragia inmediata postparto vaginal en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el año 2015. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2018.
17. Vicuña Huaylinos S. Factores de riesgo asociados a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaqui. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; 2019.
18. Cherrez Guarnizo H. Factores de riesgos asociados a la hemorragia postparto en el Hospital Referencial de Ferreñafe, 2016. Chiclayo: Universidad Particular de Chiclayo; 2018.

19. Gonzales Calderón LA. Factores de riesgo para hemorragia posparto temprana en puérperas de parto vaginal en el Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno en el año 2020. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2021.
20. Ale Pablo K. Factores de riesgo para hemorragia postparto en las puérperas atendidas en el Hospital Daniel Alcides Carrión Nivel III, Tacna en el año 2016. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman; 2017.
21. Rimas Huaynate V. Factores de riesgo asociados a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016. tesis pregrado. Huánuco: Universidad Privada de Huánuco; 2021.
22. García M. Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual. *ElSevier*. 1998; 22(9): p. 585-595.
23. Fuchthner Soruco CE, Ortiz Lizcano EI, Escobar Vidarte MF, Díaz de León HL. Hemorragia Postparto ¿Dónde estamos y hacia dónde vamos? Paitilla: Federación Latinoamericana de Sociedad de Obstetricia y Ginecología; 2017.
24. Rivera Fumero S, Chacón González C, González Chavarría A. Hemorragia posparto primaria: diagnostica y manejo oportuno. *Revista Médica Sinergia*. 2020 Marzo 12; 5(6).
25. Karlsson H, Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. *An Sist Sanit Navar*. 2009; 32(1): p. 159-167.
26. Moldenhauer J. Trabajo de parto prolongado. Philadelphia: Children's Hospital of Philadelphia; 2020.
27. Argueta E, Jackson G, Espinoza J, Rodríguez L, Argueta N, Casco Y, et al. EL uso de la oxitocina en la conducción del trabajo de parto, bloque

materno infantil, Hospital Escuela, 2012. Rev Fac Cienc Méd. 2012; 9(2): p. 33-39.

28. CUN. Multípara. Navarra: Clínica Universidad de Navarra; 2020.
29. García Llique LP. Multiparidad como factor de riesgo para enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Belén de Trujillo. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016.
30. Reyes O. Riesgo de hemorragia posparto en la paciente gran multípara: estudio retrospectivo observacional. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. 2011; 38(5): p. 169-172.
31. López Rodó V. Diagnóstico de la corioamnionitis. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2005; 48(6): p. 316-317.
32. Espitia De la Hoz K. Diagnóstico y tratamiento de la corioamnionitis clínica. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2008 Agosto 19; 59(3): p. 231-237.
33. IMSS. Diagnóstico y manejo del embarazo múltiple. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2013.
34. Chen Wu X. Gestación Múltiple. Revista Médica Sinergia. 2018; 3(5): p. 14-19.
35. Lorenzana Cruz JR, Orellana R. Polihidramnios. Informe de un caso y manejo actual. Rev Med Hond. 2002;(70): p. 174-177.
36. Mayo Clinic. Mayo Clinic. [Online].; 2020 [cited 2021 Noviembre 11].
37. Calle A, Barrera M, Guerrero A. Diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2008;(54): p. 233-243.

38. Machado Collazos OS. Factores asociados a la atonía uterina en puérperas del Hospital Uldarico Rocca Fernandez-Villa el Salvador en el periodo enero-diciembre 2014. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2017.
39. López Marianela S. Macrosomía fetal como factor de riesgo para atonía uterina en puérperas del Hospital Belén de Trujillo. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2019.
40. Mayo Clinic. Mayo Clinic. [Online].; 2021 [cited 2021 Noviembre 11].
41. Beltrán Zevallos MJ. Complicaciones maternas de la miomatosis uterina durante la gestación y parto en pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé: año 2012-2013. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
42. Centre de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona. Hematomas placentarios. Desprendimiento prematuro de placenta. Barcelona: Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona; 2019.
43. Abalos E, Asprea I, García O. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2008.
44. Gutiérrez Álvarez R, Morgan Ortiz F, Lara Ávila L, Báez Barraza J. Síndrome cordón corto: reporte de un caso. Rev Med UAS Nueva época. 2011 Abril 15; 2(2): p. 50-53.
45. Salazar de Escolero A, Fuentes Ruiz NV, Randall Duron AJ, Jaime Salvador ZY. Síndrome de cordón umbilical corto. Alerta. 2021 junio 8; 4(3): p. 98-102.
46. Diario Médico. Cuidate Plus. [Online].; 2021 [cited 2021 Noviembre 11].

47. López Criado MS, Santalla Hernández Á, Vico Zuñiga I, Manzanares Galán S, Gallo Vallejo JL, Puertas Prieto A. Parto operatorio fallido. *Procesos de Obstetricia y Ginecología*. 2012; 55(9): p. 453-457.
48. Secretaría de Salud. *Protocolos para la atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerpero y del neonato*. Tegucigalpa: Gobierno de la República de Honduras; 2016.
49. American Pregnancy Association. American Pregnancy Association. [Online].; 20114 [cited 2021 noviembre 12. Available from: <https://americanpregnancy.org/es/healthy-pregnancy/labor-and-birth/rapid-labor/>.
50. Rubio Álvarez A, Molina Alarcón M, Hernández Martínez A. Factores asociados a la pérdida sanguínea en partos precipitados. *An Sist. Sanit. Navar*. 2017 Junio 29; 40(2): p. 237-245.
51. Vásquez Lara JM, Rodríguez Díaz L, de Dios Pérez MI, Montiel Mancera G. Placenta succenturiata; a propósito de un caso. *Revista Electrónica de Portales Médicos*. 2016 Octubre 23.
52. Moreno Santillán AA, Arriaga López A, Martínez Adame LM. Placenta succenturiata. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 2018; 61(2).
53. Olivera Campos KG. *Características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron retención placentaria*. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2019.
54. Jareño Collado R, Sánchez Sánchez M, Fraile Gamo M, García Crespo N, Berba Aragón S, Bermejo García H, et al. Formación de quimosis y/o hematoma tras la administración profiláctica de enocaparina subcutánea en abdomen o brazo en pacientes críticos. *Enfermería Intensiva*. 2018; 29(1): p. 4-13.

55. Godoy C, Guzzo V, Viroga S. Hematoma espontáneo del ligamento ancho luego de un parto vaginal normal: Reporte de caso. An Facultad Med Univ Repúb Urug. 2020 Enero 24; 7(2).
56. Ortega Lopez JJ. Desalud. [Online]. Valencia; 2019 [cited 2021 Noviembre 12].
57. Natalben. Natalben. [Online].; 2020 [cited 2021 Noviembre 12].
58. CDC. Centros para el COntrol y la Prevención de Enfermedades. [Online].; 2019 [cited 2021 Noviembre 12].
59. Minsa. Protocolos de manejo de la gestante. Lima: Ministerio de Salud; 2015.
60. Torres Moore CD. Patologías maternas asociadas al desprendimiento prematuro de placenta normo inserta en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de enero 2008, julio 2018. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2019.
61. Liñayo Chouza J, Álvarez Silvares E, Dominguez Vigo P, Alves Pérez M, Castro Villar L. Morbilidad y mortalidad a largo plazo en mujeres con antecedente de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera. Gineco Obstet Mex. 2018 Diciembre; 87(3): p. 167-176.
62. Ledesma Gonzales MI. Factores asociados a la hemorragia post parto en puérperas del Hospital II-2 Tarapoto, 2019. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín; 2021.
63. Puertas Prieto A, Gallo Vallejo JL, Ruiz Durán S. Identificación precoz de la sepsis obstétrica. Rev Latin Perinat. 2017; 20(2): p. 72-79.
64. Ministerio de Salud. Hemorragia Postparto. Tokio: Ministerio de Salud; 2019.

65. Pérez Agudelo LE. Hemorragia uterina anormal: Enfoque basado en evidencias. Revisión Sistemática. Revista Med. 2006 Diciembre 21; 15(1): p. 68-79.
66. Gobierno Vasco. Osasun Eskola. [Online].; 2021 [cited 2021 Noviembre 12].
67. Salinas H, Naranjo B, Retamales B, Aduay A, Lara C. Anticoagulación y embarazo. Rev Chil Obstet Gineco. 2006; 71(6): p. 432-436.
68. Basanta N, Fabiano P, Lukeстик J, Tissera R, Travela C. Hemorragia Postparto. Buenos Aires: Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia; 2019.
69. García Lavandeira S, Álvarez Silvares E, Rubio Cid P, Borrajo Hernández E. Hemorragia posparto secundaria o tardía. Gineco Obstet Mex. 2016 Junio; 85(4): p. 254-266.
70. Barros da Silva, Delizoicov. Reflexiones epistemológicas en las Ciencias de la salud. Universidad Federal de santa catalina. 2008 noviembre; 30.
71. Hernández-Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta Ciudad de México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C. V.; 2018.
72. Sánchez Carlessi H, Reyes Romero C, Mejía Sáenz K. Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística. Primera ed.: Bussiness Support Aneth S.R.L.; 2018.
73. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la Investigación. 6th ed. México: Mc Graw Hill Education; 2014.
74. Soto, Cvetkovic-Vega. Estudios de casos y controles. Rev. Fac. Med. Hum. 2020 enero; XX(1): p. 138-145.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Consistencia

TITULO: PREDISPOSICIÓN DE LAS HEMORRAGIAS POS ALUMBRAMIENTO EN RELACION CON LOS COMPONENTES DE RIESGO OBSTÉTRICOS EN GESTANTES POR PARTO VAGINAL. HOSPITAL IQUITOS “CÉSAR GARAYAR GARCÍA” II-2 ENERO 2022- JUNIO 2022

Tabla3

Matriz de consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la predisposición de las hemorragias pos alumbramiento en relación con los componentes de riesgo obstétricos en gestantes por parto vaginal, Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la predisposición de las hemorragias pos alumbramiento en relación con los componentes de riesgo obstétricos en gestantes por parto vaginal. Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>La predisposición de las hemorragias pos alumbramiento están relacionadas significativamente con los componentes de riesgo obstétricos en gestantes por parto vaginal. Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022</p>	<p>X= Componente de riesgo obstétricos de las hemorragias pos alumbramiento</p> <p>Dimensiones e indicadores</p> <p>X1. Tono uterino anormal</p> <p>X1.1. Labor de parto prolongada</p> <p>X1.2. Uso excesivo de oxitocina para inducción de la labor de parto</p> <p>X1.3. Multiparidad</p> <p>X1.4. Corioamnionitis</p> <p>X1.5. Anestesia general</p> <p>X1.6. Gestación múltiple</p> <p>X1.7. Polihidramnios</p> <p>X1.8. Macrosomía</p> <p>X1.9. Múltiples fibroides uterinos</p> <p>X1.10. Tracción excesiva del cordón umbilical</p> <p>X1.11. Cordón corto</p> <p>X1.12. Implantación fúndica de la placenta</p> <p>X2. Trauma obstétrico</p> <p>X2.1. Parto vaginal operatorio</p> <p>X2.2. Parto precipitado</p>	<p>Enfoque</p> <p>Cuantitativo</p> <p>Tipo de investigación</p> <p>Básica, retrospectivo y transversal</p> <p>Diseño</p> <p>Control y casos.</p> <p>Población</p> <p>Todas las puérperas que dieron a luz con hemorragia postparto atendidas en el Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022</p> <p>Muestra</p> <p>n1= 193 casos y n2=193 controles</p>
<p>Problemas específicos</p> <p>1.-¿Cuál es la predisposición de las hemorragias pos alumbramiento en relación con los componentes de riesgo del tono uterino anormal en gestantes por parto vaginal, Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022?</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>1.-Relacionar la predisposición de las hemorragias pos alumbramiento en relación con los componentes de riesgo del tono uterino anormal en gestantes por parto vaginal. Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022.</p>	<p>Hipótesis específicas</p> <p>1.- La predisposición de las hemorragias pos alumbramiento están relacionadas significativamente con los componentes de riesgo del tono uterino anormal en gestantes por parto vaginal. Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022.</p>		

<p>2.-¿Cuál es la predisposición de las hemorragias pos alumbramiento en relación con los componentes de riesgo del trauma obstétrico en gestantes por parto vaginal, Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022?</p>	<p>2.-Relacionar la predisposición de las hemorragias pos alumbramiento en relación con los componentes de riesgo del trauma obstétrico en gestantes por parto vaginal. Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022.</p>	<p>2.-La predisposición de las hemorragias pos alumbramiento están relacionadas significativamente con los componentes de riesgo del trauma obstétrico anormal en gestantes por parto vaginal. Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022.</p>	<p>X3. Tejido retenido X3.1. Placenta succenturiata X3.2. Cirugía uterina previa X3.3. Placenta incompleta tras parto X4. Trastornos de la coagulación sanguínea X4.1. Hematomas anormales X4.2. Petequias X4.3. Óbito fetal X4.4. Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera X4.5. Fiebre o sepsis X4.6. Hemorragia X4.7. Tratamiento anticoagulante actual</p>	<p>Técnica Análisis documental Instrumento Ficha de análisis documental Análisis y procesamiento de datos El análisis y procesamiento de datos se realizará a través del programa estadístico SPSS 26.</p>
<p>3.-¿Cuál es la predisposición de las hemorragias pos alumbramiento en relación con los componentes de riesgo del tejido retenido en gestantes por parto vaginal, Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022?</p>	<p>3.-Relacionar la predisposición de las hemorragias pos alumbramiento en relación con los componentes de riesgo del tejido retenido en gestantes por parto vaginal. Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022.</p>	<p>3.-La predisposición de las hemorragias pos alumbramiento están relacionadas significativamente con los componentes de riesgo del tejido retenido en gestantes por parto vaginal. Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022.</p>	<p>Y = Hemorragia pos alumbramiento por parto vaginal Dimensiones e indicadores Y1. Hemorragia posparto primaria Y1.1. Pérdida sanguínea > 500 ml Y2. Hemorragia posparto severa Y2.1. Pérdida sanguínea >2,000 ml Y2.2. Disminución periparto de Hb en 4g/dl Y3. Hemorragia posparto secundaria o tardía Y3.1. Hemorragia entres las 24 horas y las 12 semanas posparto</p>	
<p>4.-¿Cuál es la predisposición de las hemorragias pos alumbramiento en relación con los componentes de riesgo de la coagulación sanguínea en gestantes por parto vaginal, Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022?</p>	<p>4.-Relacionar la predisposición de las hemorragias pos alumbramiento en relación con los componentes de riesgo de la coagulación sanguínea en gestantes por parto vaginal. Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022.</p>	<p>4.-La predisposición de las hemorragias pos alumbramiento están relacionadas significativamente con los componentes de riesgo de los trastornos de la coagulación sanguínea en gestantes por parto vaginal. Hospital Iquitos “César Garayar García” II-2 enero 2022 - junio 2022.</p>		

Fuente: Elaboración Propia

Anexo 2: Instrumentos de Recolección de Datos

Ficha de Recolección de Datos

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° HC: _____ Fecha Recopilación: _____

Características Maternas

- Edad: _____ años
- Gestación: () Única () Múltiple
- Paridad: () Nulípara () Primípara () Secundípara () Multípara
- Antecedentes Reproductivos () Aborto () Cesárea Previa
- Antecedentes de hipertensión gestacional () Si () No
- Antecedentes de Preeclampsia () Si () No
- Vía de Parto: () Parto Vaginal () Cesárea

Características Clínica

- Macrosomía fetal: () Si No ()
- Peso fetal en gramos: () Si No ()
- Polihidramnios: () Si No ()
- Corioamnionitis: () Si No ()
- RPM Prolongada () Si No ()
- Fiebre: () Si No ()
- Parto prolongado: () Si No ()
- Parto precipitado: () Si No ()
- Retención de restos placentarios: () Si No ()
- Acretismo placentario: () Si No ()
- Cirugía uterina previa: () Si No ()
- Desgarros del canal de parto: () Si No ()
- Realización de episiotomía: () Si No ()
- Parto instrumentado: () Si No ()
- Hiperdinamia: () Si No ()
- Inversión uterina: () Si No ()
- Acretismo placentario: () Si No ()
- Preeclampsia: () Si No ()
- Síndrome de Hellp: () Si No ()
- Mecanismo de desprendimiento de placenta: ()Schultze ()Duncan
- T. Alumbramiento: () Espontaneo () Tracción cordón () Extracción Manual () Dirigido.