

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA
DEL PUERPERIO INMEDIATO, HOSPITAL PNP “LUIS
N. SÁENZ”, JULIO 2016 - JULIO 2017**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

FLORES LAPA DANIEL ANGEL

Dra. Consuelo del Rocío Luna Muñoz

Asesor de Tesis

LIMA – PERÚ

2018

AGRADECIMIENTO:

A mi querida familia, a mis compañeros, a Dios por estar ahí cuando más los necesite.

A mis docentes que incentivaron en mi la investigación y superación.

DEDICATORIA

A mi mamá Dora, a papá Ángel,
Luis Enrique y Angie

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP Luis N. Sáenz, de julio 2016 a julio 2017.

Material y método: Trabajo de tipo retrospectivo, analítico de casos y controles. La población estuvo conformada por la totalidad de puérperas (716). Los casos lo conformaron 20 pacientes que presentaron hemorragia del puerperio inmediato, se seleccionó 40 puérperas como controles que no presentaron hemorragia del puerperio inmediato, para este grupo el muestreo fue probabilístico con aleatoriedad hasta completar el tamaño establecido de la muestra. Contando con un total de 60 pacientes para el presente trabajo. Todos los datos de interés se encontraron completos en las historias clínicas y reportes operatorios, se utilizó una ficha para la recolección de datos, los cuales fueron recabados en el software de Microsoft Excel 2012 e interpretados con el programa SPSS

versión 24. Para observar relación entre las variables del estudio se aplicó la prueba de chi-cuadrado y se calculó los OR y los intervalos de confianza, cada una de las pruebas estadísticas se realizaron con un nivel de confianza de 0.05 a menos.

Resultados: Los factores de riesgo que registraron significancia para presentar hemorragia del puerperio inmediato en el presente trabajo fueron la edad de 35 años a más ($p = 0.000$; OR=7,9, IC95%= 2.31 – 26.9), multiparidad ($p = 0,001$; OR 7,42 con IC 95%= 2.07 – 26.55), antecedentes obstétricos ($p = 0,00$; OR = 11; IC 95% =2,83 – 42,76), cesárea ($p =0.001$; OR =8.3, IC 95% =2.31 – 29.87) y el antecedente obstétricos más frecuente fueron pacientes multigestas representando 60%.

El antecedente de cesárea previa no es un factor de riesgo significativamente estadístico ($p = 0,065$ y OR = 2,78; IC 95% 0.92-8.41).

Conclusiones: Los factores de riesgo para presentar hemorragia del puerperio inmediato fueron edad de 35 años a más, multiparidad, antecedentes obstétricos y parto por cesárea.

Palabras Clave: Hemorragia Postparto, factores de riesgo.

ABSTRACT

Objective: To identify the risk factors associated with immediate puerperium hemorrhage in the PNP Luis N. Sáenz Hospital, from July 2016 to July 2017.

Material and method: Retrospective, analytical work of cases and controls. The population consisted of all puerperal women (716). The cases consisted of 20 patients who presented hemorrhage from the immediate puerperium, 40 puerperiums were selected as controls that did not present hemorrhage of the immediate puerperium, for this group the sampling was probabilistic with randomness until completing the established sample size. Counting with a total of 60 patients for the present work. All the data of interest were found complete in the clinical histories and operative reports, a file was used to collect data, which were collected in the Microsoft Excel 2012 software and interpreted with the SPSS program, version 24. To observe the relationship between the study variables were applied the chi-square test and the ORs and confidence intervals were calculated, each of the statistical tests were performed with a confidence level of 0.05 to less.

Results: The risk factors that registered significance to present immediate puerperium hemorrhage in the present work were the age of 35 years and older ($p = 0.000$, OR = 7.9, 95% CI = 2.31 - 26.9), multiparity ($p = 0.001$, OR 7.42 with 95% CI = 2.07 - 26.55), obstetric history ($p = 0.00$, OR = 11, 95% CI = 2.83 - 42.76), cesarean section ($p = 0.001$, OR = 8.3, 95% CI = 2.31 - 29.87) and the most frequent obstetric history were multigesta patients representing 60%.

The antecedent of previous cesarean is not a significant statistical risk factor ($p = 0.065$ and OR = 2.78, 95% CI 0.92-8.41).

Conclusions: Risk factors for immediate postpartum hemorrhage were 35 years of age and older, multiparity, obstetric history and cesarean delivery.

Keywords: Postpartum hemorrhage, risk factors.

INDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO:	2
INDICE DE CONTENIDO	9
INDICE DE GRAFICOS	11
INDICE DE TABLAS	12
I. INTRODUCCIÓN	14
II. CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION	15
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	17
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION	17
1.4. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	18
1.5 OBJETIVOS.DE.LA INVESTIGACIÓN	18
III. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	19
2.1 ANTECEDENTES.DE.LA.INVESTIGACIÒN.....	19
2.2 BASES TEÓRICAS.....	24
2.2.1 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN	24
2.2.2 Introducción-y-epidemiología.....	25
2.2.3 Factores de riesgo	25
2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS.OPERACIONALES	27
IV. CAPÍTULO.III: HIPÓTESIS.Y. VARIABLES	29
3.1 HIPÓTESIS.....	29
3.1.1 Hipótesis. General.....	29
3.1.2 Hipótesis. Específicas	29
3.2 VARIABLES: INDICADORES.....	30
V. CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	31
4.1 TIPO.Y.DISEÑO.DE.INVESTIGACION.....	31
4.2 POBLACIÓN.Y. MUESTRA.....	31

4.3 OPERACIONALIZACION.DE.VARIABLES	32
4.4 TECNICAS.E.INSTRUMENTOS.DE.RECOLECCION.DE.DATOS.....	32
4.5 RECOLECCION.DE.DATOS	33
4.6 TECNICA.DE.PROCESAMIENTO. Y-ANALISIS-DE-DATOS.....	33
VI. CAPITULO.V: RESULTADOS.Y. DISCUSIÓN.....	35
5.1. RESULTADOS.....	35
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	44
VII. CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48
6.1 CONCLUSIONES	48
BIBLIOGRAFIA	50
ANEXOS	53
ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA	55
ANEXO 02: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	57
ANEXO 03: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	58
ANEXO 04: DOCUMENTOS LEGALES.....	60
ANEXO 05: TURNITIN.....	68

INDICE DE GRAFICOS

Grafico N° 1 Edad asociada a Hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz durante julio 2016 -julio 2017.....	36
Grafico N. ° 2 Paridad asociada a Hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz durante julio 2016 -julio 2017	37
Grafico N.° 3 Antecedentes obstétricos asociados a Hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz durante julio 2016 -julio 2017.	39
Grafico N°4 Frecuencia de los antecedentes obstétricos en relación con presentar hemorragia del puerperio inmediato	40
Grafico N.º 5 Cesárea previa asociados a Hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz durante julio 2016 -julio 2017.....	41
Grafico N.º 6 Tipo de parto asociados a Hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz durante julio 2016 -julio 2017.	42

INDICE DE TABLAS

TABLA N°1: FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA	26
TABLA N° 2: CAUSAS DE HEMORRAGIA.....	27
Tabla N° 3 Edad asociada a Hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz durante julio 2016 -julio 2017.....	35
Tabla N. ° 4 Paridad asociada a Hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz durante julio 2016 -julio 2017	37
Tabla N.° 5 Antecedentes obstétricos asociados a Hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz durante julio 2016 -julio 2017.	38
Tabla N°6 Frecuencia de los antecedentes obstétricos en relación a presentar hemorragia del puerperio inmediato	39
Tabla N.° 7 Cesárea previa asociados a Hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz durante julio 2016 -julio 2017.	40
Tabla N° 8 Tipo de parto asociados a Hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz durante julio 2016 -julio 2017.	41
Tabla N° 9. Resumen de factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato.....	42

I. INTRODUCCIÓN

En esta última década se observó un aumento en relación a inconvenientes de salud materna. La morbimortalidad de las madres no solo representa un obstáculo facultativo sino está relacionada a asuntos socioeconómicos por lo tanto debe ser determinado en un ámbito más detallado. Al tratarse de un asunto socioeconómico se ve reflejado en las disparidades entre naciones de primer mundo en comparación con naciones en vías de desarrollo siendo en esto últimos, donde refleja la mayor cantidad de mortalidad materna.

Las mujeres que viven en países en vías de desarrollo presentan un mayor número de embarazos con lo cual está más asociado a peligro de mortalidad asociada con la gestación. La causa primordial de mortalidad materna en el Perú se debe a hemorragias, las cuales son más frecuente dentro de las primeras 24 horas después del parto y siendo con mayor eventualidad factores de riesgos como la edad, multiparidad, edad gestacional, entre otros.

La dificultad para prevenir muchos de los factores, así como un control prenatal inadecuado y la falta de conocimiento de las pacientes solamente contribuye al aumento de la mortalidad materna.

El poco conocimiento acerca de los factores de riesgo en nuestro medio hace que sea importante la búsqueda de este tema, en especial porque gran parte de estos factores son predecibles y por ende prevenibles, identificarlos y saber dar oportuno tratamiento lo cual tendría una gran importancia para disminuir la mortalidad materna.

II. CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hemorragia posparto (HPP) según la OMS en el 2014 la precisa como disminución sanguínea de 500 mililitros por parto eutócico y 1 000 mililitros por cesárea o más en el plazo de un día transcurrido el parto. La HPP es la causa primordial de defunciones maternas en naciones de ingresos bajos y la causa principal de $\frac{1}{4}$ de todas las defunciones maternas en todo el mundo.¹ La gran frecuencia de las defunciones dadas por HPP tienen lugar el primer día después del parto.¹

Actualmente la morbimortalidad materna es un gran dilema para la salud a nivel global, la defunción de las féminas en el transcurso del embarazo, parto y puerperio está consignado como un dilema sin resolver, pese a contar con avances y logros enfocados en base a las metas de desarrollo del milenio; en especial, el 5^{to} de dichas metas, que consta en mejorar la salud de las madres y tuvo como finalidad reducir entre los años 1990 y 2015 en $\frac{3}{4}$ partes la razón de morbimortalidad materna, lo cual se vio reflejado en llevar el valor de este indicador a 66 defunciones maternas por cada 100 mil recién nacidos vivos para el año 2015. A pesar de que, empezando este nuevo milenio, se ha visto una inclinación a la disminución de este indicador, una gran verdad es que a pesar de todo lo realizado aún se está muy distante de cumplir los retos fijados y perduran las 3 causas primordiales de defunción materna dadas a conocimiento por la OMS como lo son hipertensión gestacional, pérdida de la volemia en el transcurso del evento obstétrico, sepsis y otras infecciones concluida el parto.²

Se entiende que a nivel global se presentan defunciones estimadas alrededor de 289,000 féminas anualmente por diversos motivos concernientes o empeoren por el embarazo o el alumbramiento, lo cual es simbolizado en 800 féminas diarias, esto acorde al documento enviado por la Organización Mundial de la Salud y OMS durante el 2014.³

En España, se reconoció un número de casos nuevos fue relativamente moderada, las defunciones maternas se aproximan en 7.15 féminas por cada 100.000 nacidos vivos y la HPP es refleja un 23.07% de la misma.⁴ Acorde a lo dicho por la OMS, en el mismo año, los mismos motivos de defunción de féminas cambia en los diversos sectores geográficos a nivel global y además hay diversidad dentro de cada nación. Por ejemplo la hemorragia fue la causa primordial de las defunciones maternas en el continente africano (33.9%) y en oriente (30.8%), en contraste con América-latina y el Caribe, las alteraciones hipertensivas fueron causantes del 25% de las defunciones maternas.⁵

El novedoso documento de la mayor organización gubernamental refiere que once naciones de habla hispana y el Caribe han conseguido progresos representativos en la reducción de las defunciones asociadas a complicaciones durante la gestación y el alumbramiento desde los 90. No obstante, de los países de la región, ninguno logro el ODM en el año 2015. Entre las naciones regionales que más progresaron fueron el Perú (63.9%), Honduras (61%) y Bolivia (60.9%). A pesar de estos avances, en el año 2013 un aproximado de 9.300 féminas dejaron de existir en el Caribe y Latinoamérica por causas implicadas con la gestación, alrededor de 16 féminas mueren por dificultades vinculadas a la maternidad (7.700 menos en comparación con las 17.000 en los 90).³

En México se calcula que, a inicios el 2010, el principal obstáculo de emergencia obstétrica en las féminas entre 15 hasta 49 años fue la pre eclampsia (52.3%). Se debe agregar que un año después, de una totalidad de defunciones por complicaciones de emergencias obstétricas en féminas de 15 - 49 años, las hemorragias postparto se debieron en razón de 31 de cada cien.⁶

En nuestro país, el Ministerio de Salud manifestó el 2011, la razón de defunciones maternas aproximado fue 92,7 reflejando una baja en contraste con años pasados. Según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVG) de defunciones materna del MINSA, presenta una baja; a pesar de ello, perdura un margen entre regiones que dependiendo de su lugar de origen de las mujeres que perdieron la vida, el 80% de las defunciones maternas se documenta en doce departamentos del país; de los cuales, Lima ocupó el 1^{er} lugar y Loreto el 5^{to} lugar.⁷

Las causas primordiales de defunciones directas en relación a las regiones naturales en el intervalo del 2002-2011 fueron: pérdida de volemia, que se posicionan en el 1^{er} lugar, en la selva y en la sierra con el 51,5% y 38,5% respectivamente, la hipertensión inducida por el embarazo que tiene una creciente en la costa de 39.4%⁸. En el 2013, se presentaron 379 defunciones maternas asociadas al embarazo y parto; y en siguiente año, esta cifra se incrementó a 409, la creciente se da después de una baja de las defunciones materna durante los años anteriores. Tales son los casos registrados en La Libertad y nuestra capital, que reflejan las mayores cifras de defunciones maternas⁹.

El Departamento de Epidemiología INMP indica 4 casos de defunciones materna en el año 2014; en el 1^{er} trimestre del año siguiente fueron 5 defunciones, entre ellos un reporte de hemorragia del puerperio inmediato, por lo mencionado se realizó un estudio de investigación en el Servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital PNP "Luis N. Sáenz". Es importante que se conozcan los factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato, para poder prevenir y brindar tratamiento de manera oportuna y adecuada.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP Luis Sáenz, de julio 2016 a julio del 2017?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION

Los datos disponibles en nuestro País sobre los factores asociados a la hemorragia del puerperio inmediato son limitadas, además de ser un tema de gran importancia sobre todo en países en vía de desarrollo como el nuestro donde conforma la principal causa de mortalidad materna. El servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital PNP Luis Sáenz no cuenta con estudios en los últimos años, sobre los factores de riesgos asociados a hemorragia del puerperio inmediato por lo que en este trabajo tratamos de identificar dichos factores.

Aun sabiendo que la hemorragia postparto sigue siendo una complicación grave, es primordial citar que es alta prevención. Dichas medidas preventivas tienen inicio en estudios a través de identificar los factores de riesgo.

Poner en evidencia los factores más importantes asociados a hemorragia del puerperio inmediato no solo permitirá un tratamiento oportuno si no identificar gestantes con potencial de presentar hemorragia del puerperio inmediato, lo cual tendría un gran impacto en las defunciones maternas y por ende cambios en el ámbito de salud y socioeconómicos.

1.4. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El área donde se planteó el problema de investigación fue en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital PNP “Luis N. Sáenz.” El periodo en el cual se realizó este trabajo comprende de julio del 2016 a julio del 2017.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

- Identificar los factores de riesgo vinculados a hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP “Luis N. Sáenz”, entre julio 2016 a julio 2017.

Objetivos Específicos:

- Determinar si la edad es un factor de riesgo asociado a hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP Luis N. Sáenz.
- Determinar si la paridad es un factor de riesgo asociado a hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP Luis N. Sáenz.
- Determinar si los antecedentes obstétricos es un factor de riesgo de asociado a hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP Luis N. Sáenz.
- Determinar si la cesárea previa es un factor de riesgo a hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP Luis N. Sáenz.
- Determinar si el tipo de parto es un factor de riesgo de la hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP Luis N. Sáenz.

III. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Hernández A, et al.⁴ Concluyó que la hemorragia del puerperio produce complicaciones hasta un 15% de los alumbramientos y es la razón primordial de defunciones maternas. Existen procedimientos especializados de tratamiento según el lugar de atención, siendo la radiología intervencionista una opción secundaria a histerectomía. En el Hospital Virgen de la Arrixaca evidenciaron resultados convenientes en la disminución de complicaciones por hemorragia en el puerperio e histerectomías.

Sayed E, Butwick A y Carvalho B.¹¹ En su `` Factores de riesgo de morbilidad obstétrica en pacientes con atonía uterina sometidos a cesárea`` realizaron un estudio en un total de 57.182 mujeres las cuales fueron cesáreas, donde solo un 4% evidenció hemorragia puerperal en este caso por atonía del útero. Se halló que el riesgo de morbilidad fue más en afro-americanos (OR:4.89;IC95%:3.04-7.87),madres con enfermedades sistémicas graves (OR:1.4; IC95%:1.03-1.9) madres con enfermedades sistémicas gran incapacitantes (OR:5.87; IC95%:2.48-13.9),el uso de anestesia general (OR:2.4; IC95% :1.59-3.62), uso de anestesia general y regional o ambas (OR:4.0;IC95%:2.62-6.09) y de 2 o más partos por cesárea (OR:1.62;IC95%:1.1-2.39).

Lugo A.¹² En un estudio descriptivo longitudinal en el Hospital de Guanabacoa en Cuba, observó las características de las pacientes con hemorragia del puerperio inmediato que sin mejoría clínica con el uso de ergometrina ni oxitócicos de enero-diciembre del 2011, se contó con 37 historias clínicas de pacientes que tuvieron atonía uterina de ellos se sustrajo una muestra de 32 mujeres que presentaron este hecho en las primeras 4h postparto. En su trabajo se comprobó que las 32 féminas fueron multíparas (53%); pacientes con una edad gestacional de 37 a 42 semanas (30%) y de ellas 22 fueron por parto eutócico. La fase latente prolongada no fue significativa. Tuvo como conclusión que el uso de misoprostol durante la hemorragia del puerperio inmediato tiene una alta efectividad.

Segura A, et al.¹³ En su estudio “ Influencia del alumbramiento activo sobre la morbilidad materna por hemorragia posparto” donde contaron con 2.523 féminas en las cuales se contrastó las consecuencias del alumbramiento activo versus el expectante, en asociación a la hemorragia y demás complicaciones maternas; de todos los partos eutócicos el 54.1 % se le aplicó alumbramiento activo y el expectante a un 45.9%. Tuvo menor necesidad de transfusión sanguínea el alumbramiento activo (0.8% versus 1.8%) (p: 0.025) (RR: 2.25 ; LI:1.09 ; LS:4.64), menor tiempo del 3er periodo del parto (0.3% versus 1.2%) (p: 0.04) (RR: 3.53 ;LI:1.14 ; LS:10.92) entre otras.

Concluyeron que los resultados obtenidos muestran un factor protector en el tratamiento activo del parto en las variables mencionadas la cual debe ser de utilidad en parto eutócico. Si bien el objetivo del estudio fue identificar factores protectores se contó con madres de edad entre 25 a 35, las cuales presentaron mínimos antecedentes obstétricos y complicaciones durante el parto, por lo cual abre a la duda de analizar una población con una edad mayor.

Sesmero J, et al.¹⁴ En su estudio de “ Defunciones maternas en España de 2010 -2012 : resultados de un sondeo de la Sociedad Española de Ginecología” Quienes realizaron una encuesta a la sociedad española de ginecología, obteniendo que las razones obstétricas directas simbolizan un 37.5%, siendo la hemorragia postparto la principal. Concluyeron que la tasa de defunción materna fue de 6/100.000 recién nacidos. El porcentaje de estimación en las cifras oficiales es de 48%. La causa obstétrica directa representó el 37.5%, siendo la hemorragia posparto la más frecuente.

Chamy V, et al. ¹⁵ En el estudio “Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años” él cual se realizó en el Hospital “Dr. Gustavo Fricke” de Viña del Mar, tuvieron como resultado que durante el periodo de estudio hubieron 16.338 partos de los cuales 10.9% fueron entre mujeres de 35-39 años y otro grupo de 20 a 34 años, mostrando mayor frecuencia de complicaciones dentro de ellas hemorragia del puerperio inmediato en el grupo de 35 o más años .Además hubo mayor frecuencia de rotura prematura de membranas y hemorragia puerperal en mayores de 40 años. Al realizar un recuento del estudio para ver la influencia de la edad; determinaron que el riesgo de sufrir comorbilidades y eventos adversos maternos y fetales se

incrementaba directamente proporcional con la edad. Concluyeron que la edad materna avanzada de 35 años o más se asocia de manera independiente a complicaciones maternas como hemorragia del puerperio inmediato.

Paz L.¹⁶ En su estudio “Índice de shock como predictor de necesidad transfusional en gestantes con hemorragia postparto atendidas en el Hospital Belén de Trujillo” obtuvo como resultados un valor pronostico positivo y negativo del índice de shock como predictor de necesidad transfusional en perdida de volemia postparto fue de 84%; 90%; 67%; 96% respectivamente. La precisión del índice de shock como pronosticador de necesidad transfusional en hemorragia postparto fue de 90%. La media del índice de shock fue considerablemente mayor en aquellas que necesitaron transfusión en comparación al grupo sin necesidad transfusional. Determinó que el índice de shock tiene valor como predictor positivo en aquellas madres que requieren transfusión con hemorragia postparto. Este antecedente apoya el concepto actual de que se tiene que considerar el diagnostico de hemorragia puerperal a toda paciente que durante el parto presente sintomatología relacionado a compromiso hemodinámico como bien contribuye este índice de shock.

Correa G.¹⁷ En su tesis “Gran multiparidad y macrosomía fetal como factores de riesgo para hemorragia postparto en el Hospital Santa Isabel. El porvenir 2007-2013.” Indicó que el 16.9% de las féminas que presentaron hemorragia postparto contaron con factores como multiparidad, en contraste con 9.40% de féminas que no presentaron hemorragia postparto que fueron multíparas. Concluyó que la multiparidad es factor de riesgo de hemorragia postparto (OR: 1.97; IC95% :1.02 -3.82 (p:0.04).

Zelaya M.¹⁸ En su “Factores de riesgo de la hemorragia postparto y el cumplimiento del MATEP en pacientes embarazadas ingresadas en la sala de parto del HEODRA durante octubre 2010 - enero 2013.” En su trabajo analítico de casos y controles en el Hospital “Oscar Rosales” donde incluyó a todas las mujeres que presentaron parto vaginal de octubre 2010 a enero 2013, para la toma de casos no solo incluyó el concepto clásico de hemorragia puerperal sino a toda paciente cuyos datos clínicos induzcan a pensar que presenta hemorragia puerperal, logrando un total de 58 casos y un grupo control de 116 madres que no presento hemorragia puerperal. Se concluyó que en ambos grupos contaban con un gran número de mujeres en edades extremas, paridad elevada,

gestación pretérmino, legrados y abortos. Se determinó que los principales factores de hemorragia puerperal son el expulsivo prolongado, procedencia rural, anemia y síndrome hipertensivo del embarazo.

Tercero P.¹⁹ En su estudio ``Incidencia de hemorragia postparto realizado en el Hospital Escuintla-Guatemala ´refirió que el 34.32% de las madres de 20 y 24 años y 35.82% con edad de 15 a 19 años. El 40.30% presentan una paridad de 3 o más y el 32.83% fueron nulíparas. El 68.65% presento parto vaginal y 77.61% contaron con embarazo a término. El 25% de las cesáreas fueron por riesgo de pérdida de bienestar fetal y el 31.25% por desproporción céfalopélvica. Los factores primordiales de riesgo fueron el parto precipitado en 14.93% y la oxito-conducción en 52.24%.

Rodríguez E.²⁰ En su tesis de ´´Atonía uterina: Estudio descriptivo y factores asociados´´, realizado en el Instituto Materno Perinatal del 1999-2000 se realizó un estudio de casos y controles, en el cual los controles fueron tomados inmediatamente anterior y otro posterior al parto pudiendo ser por cualquier tipo de parto, pero la misma vía del parto del caso. En cambio, los casos fueron todas las madres con atonía uterina dentro de las primeras 24 horas que no respondieran al tratamiento médico y se indicó histerectomía; donde compara factores demográficos, patologías durante la gestación o el postparto. Tuvo como resultados que, de 122 histerectomía, 36 se debieron a atonía, 91.6% fueron multigesta, el 19.4% fueron por desprendimiento prematuro de placenta, 11.1% fueron gestaciones multiples, 22.2% por CID y 5.5% con síndrome de HELLP. Concluyendo que los factores significativos fueron: CID, óbito fetal, DPP y edad materna.

Elkin A. et al.²¹ En su investigación´´Predictors of severity in primary postpartum hemorrhage´´ en madres que presentaron hemorragia del puerperio inmediato. Las pacientes formaron 2 grupos: el primero formado por 411 madres que presentaron hemorragia postparto sin severidad y 125 mujeres con hemorragia postparto severa. Cuyo argumento final indicaron que los factores de riesgo en relación a hemorragia post-parto severa fueron uso de oxitócicos en inducción a la gestación (OR: 3.32, IC95%: 2.05-5.93 y $p < 0.001$),cesareada de emergencia (OR: 4.75, IC95%: 1.32-12.96 y $p < 0.001$),prolongación del trabajo de parto(OR:3.62, IC95%:3.21-4.03 y $p < 0.001$)y la cesárea previa como antecedente (OR:3.15,IC95%:1.02-10.3 y $p = 0.001$).

osa C. et al.²² En su " Factores de riesgo de hemorragia postparto en partos eutócicos en una población latinoamericana ". Un trabajo prospectivo en el cual se incluyeron que la totalidad de partos eutócicos en el intervalo de octubre a diciembre del 2003 y 2005 en más de 20 centros maternos en Uruguay y Argentina. Determinaron que los factores con más relación a la hemorragia post-parto moderado fueron: uso de sutura a nivel perineal (15%)(OR:1.66;IC95%:1.11 a 2.49),episiotomía (16.2%)(OR:1.70;IC95%:1.15 a 2.50) macrosomía (8.6%) (OR:2.36;IC95%:1.93 a 2.88),multigesta(20.9%)(OR:4.67;IC95%2.41 a 9.05) y retención de restos placentarios (33.3%)(OR:6.02;IC95%:3.50 a 10.36). La hemorragia postparto severa se asoció a multigesta (4,7%) (OR: 4.34; IC95%:1.46 a 12.87), retención de restos placentarios (17,1%) (OR: 16.04; IC95%:7.15 a 35.99), inducir del alumbramiento (3.5%) (OR: 2; IC95%:1.3–3.09)

Montufar C. et al.²³ En su estudio " Hemorragia severa postparto de atonía uterina: un estudio multicéntrico " ejecutaron un trabajo que duro 10 meses en 13 centros de salud entre mujeres que tuvieron parto por cesárea y parto eutócico encontrando que apenas 218 pacientes (0.17%) tuvieron hemorragia postparto severo de los cuales se presentaron defunciones en 8 casos. Determinaron que es primordial en la terapia de resucitación es la reposición inmediata de volumen intra-vascular en pacientes que llegan al shock hipovolémico o presentan hemorragia postparto severa.

Magann E. et al.²⁴ En su " Postpartum hemorrhage after cesarean delivery: an analysis of risk factors " realizaron un estudio acerca de los factores de riesgo de hemorragia postparto por cesárea; un trabajo minucioso entre 2993 cesáreas no electivas y 1844 cesáreas de elección en un lapso de 4 año, determino que en cesáreas electivas reflejaron 4.84% mientras que las cesáreas no electivas fueron el 6.75%. Los factores de riesgo relacionados a hemorragia postparto en cesáreas de elección fueron anestesia general, parto pretérmino, sangrado ante parto, placenta previa, trastornos sanguíneos y leiomioma uterino. Además, los factores de riesgo en cesárea no electiva fueron: macrosomía fetal, anestesia general, placenta previa, hemorragia ante e intra-parto, transfusión ante-parto, retención de restos placentarios y trastornos sanguíneos.

Al-Zirqi I, Vangen S, Forsen L, Stray-Pedersen B.²⁵ En su " Prevalencia y factores de riesgo de hemorragia obstétrica severa. " realizaron estudios en mujeres que tuvieron partos de enero de 1999 al 30 de abril del 2004 en Noruega. Se halló el 1.1% (3541 mujeres) mostraron pérdida de volemia en el puerperio inmediato teniendo como origen:13.9% por trauma, retención de restos placentarios en un 18% y la más importante con un 30% la atonía uterina. Los factores primordiales relacionados fueron: enfermedad de V.Willebrand, anemia durante el embarazo, múltiparas, mujeres que cuenten con 2 o más cesáreas y madres de 30 años o más.

Reyes O.²⁶ En su trabajo de "Riesgo de hemorragia posparto en la paciente gran múltipara" concluyó que las pacientes grandes múltiparas tienen un riesgo 2,8 veces mayor de presentar episodios de hemorragia posparto en comparación con las pacientes de paridad menor. Estas pacientes se caracterizan también por ser de mayor edad y tener controles prenatales de menor calidad.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

La Hemorragia Post-parto (HPP) cuya definición clásica refiere la pérdida sanguínea 500 mililitros a más en parto eutócico o de 1.000 mililitros a más en parto por cesáreas; Es difícil realizar una cuantía exacta de sangre perdida, y en general solo se estima dichos valores en reportes operatorios y se tiene a un sub diagnóstico por lo que una definición más actual nos indica que es cualquier signo o síntoma después del parto que produzca alteración hemodinámica de las mujeres debe ser considerado como HPP.²⁷

Se divide en:

1. Inmediata o primaria: hemorragia dentro del 1^{er} día postparto. Esta es la más importante ya que representa el 80% de todas las HPP.
2. Tardía o Secundaria: hemorragia durante el periodo de 1^{er} día y las 6 semanas postparto. Puede darse el caso de hemorragia más haya de 6 semanas la cual está más relacionada con retención de restos placentarios e infecciones.²⁷

2.2.2 Introducción y epidemiología

La hemorragia en el parto o postparto es una de las más importantes emergencias en obstetricia, ocupando uno de los principales motivos de ingreso al servicio de cuidados intensivos de púerperas y embarazadas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) son promovedores activos en relación a prevención de la mortalidad y morbilidad de las madres y recién nacidos secundarias a hemorragia en el puerperio. Por lo cual se elaboraron protocolos para su identificación y estudio de estos factores de riesgo, en su totalidad recabados en medicina basada en evidencia y tomando en cuenta el aporte de expertos.¹

Contar con procedimientos diagnósticos, instrumentos terapéuticos, plantilla médica capacitada, ingreso a centros de salud calificados, estado de salud y nutricional de la población; varía mucho respecto al país donde nos encontremos. La hemorragia postparto refleja a pesar de todo, una causa primordial de morbilidad. Refiere la OMS, que en el 2005 la hemorragia postparto severa presentó el 1^{er} lugar de la morbilidad a nivel mundial, dando que un 25% de todas las defunciones maternas, sin relación con el nivel socioeconómico del país. A pesar de que casi la totalidad de estas defunciones se dieron en países subdesarrollados, es de importancia destacar las complicaciones, por el hecho de contar en la actualidad con procedimientos para evitar o minimizar su ocurrencia y por la magnitud que representan. Por su parte la FIGO refiere que la tasa de mortalidad materna por hemorragia en el puerperio llega a un máximo de 50% en países latinoamericanos y dan a entender de esta realidad.¹

Perú cuenta para el 2002 con una tasa de mortalidad materna en relación a las dificultades en el transcurso de la gestación, parto y puerperio fue de 242 por cada 100 mil nacidos vivos. Dentro de las causas primordiales sobresale hemorragia del puerperio inmediato reflejando un 25% del total de defunciones maternas.²⁸

2.2.3 Factores de riesgo

Para una mejor comprensión se adjunta en la tabla 1 los factores primordiales para presentar hemorragia antes, durante y después del parto.

Es de vital prioridad identificarlos y tenerlos presentes para acción oportuna antes de producirse el daño y dependiendo de la situación, implementación de procedimientos diagnósticos al alcance, de esta manera en gran parte de los casos disponer de terapéutica que evite o minimice la posibilidad de una hemorragia del puerperio inmediato comprometiendo la vida de la madre y el producto. Es de gran importancia resaltar la función que juegan las enfermedades crónicas en las madres. Refiriéndonos a anemia previo al embarazo, lupus eritematoso, diabetes mellitus e hipertensión arterial. Por otra parte, la edad materna antes de los 35 años ha sido un gran factor protector el cual se ha implementado en países del 1er mundo²⁷

TABLA N°1: FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA

Cicatrices uterinas previas

Edad materna mayor a 35 años

Polihidramnios

Embarazo múltiple

Multiparidad

Malnutrición materna

Anemia materna

Legrados uterinos previos

Tabaquismo y consumo de drogas

Miomas uterinos

Síndrome hipertensivo del embarazo

Traumatismos abdominales

Hemorragia en embarazos previos

Trabajo de parto prolongado

Patología materna crónica (entre otros)

Causas: aproximación diagnóstica y manejo

Una mnemotecnica para recordar de manera práctica las causas de hemorragia del puerperio inmediato es la "4T".

- Tono: en el cual está incluido la atonía uterina también conocido como inercia uterina, es la causa más importante representa hasta 70%
- Trauma: en el cual está incluido el trauma uterino (inversión o rotura uterina) y laceraciones del cérvix y vagina, representa un 19%
- Tejidos: en el cual está incluido placenta anómala y retención de restos placentarios, representan el 10%
- Trombina: en el cual está incluido todas las coagulopatías adquiridas o congénitas representando el 1%

En la tabla 2 se describe las causas más importantes de hemorragia antes, durante y después del parto:

TABLA N° 2: CAUSAS DE HEMORRAGIA

Ante parto	Intraparto	Postparto
Idiopática	DPPNI	Inercia uterina
DPPNI	Placenta previa	Restos placentarios
Placenta previa	Rotura uterina	Placentación anormal
RPO	Rotura vasa previa	Rotura uterina
		Inversión uterina
		Lesiones de cérvix y vagina
		Coagulopatías

2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

- **Hemorragia del puerperio inmediato:** toda paciente que presenta signos o síntomas sugerentes de cambios hemodinámicos durante el primer día después del parto ²⁸

- **Antecedentes maternos:** todo antecedente que se asocia con la incidencia de hemorragia del puerperio inmediato como: multigesta, hipoxia y polihidramnios, retención de coágulos y gestación múltiple
- **Tipo de parto:** Parto por cesárea o eutócico
- **Cesáreas previas:** Número de cesáreas
- **Paridad:** Se define al número de embarazos de una mujer ha dado a luz, un producto mayor de 20 semanas, con un peso mayor de 500 gramos, mayor de 25cms de talla, vivo o muerto, independientemente de la salida de la placenta y de la sección del cordón umbilical ³⁵

IV. CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS

3.1.1 Hipótesis General

- **Ha:** Los factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato son edad de 35 años o más, multiparidad, antecedentes obstétricos, cesárea previa y tipo de parto por cesárea.
- **H0:** La edad de 35 años o más, multiparidad, antecedentes obstétricos, cesárea previa y tipo de parto por cesárea no son factores de riesgo para hemorragia del puerperio inmediato.

3.1.2 Hipótesis Específicas

- **Ha:** La edad de 35 años o más es un factor de riesgo de la hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP “Luis Sáenz.”
- **H0:** La edad de 35 años o más no es un factor de riesgo de la hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP “Luis Sáenz.”
- **Ha:** La multiparidad es un factor de riesgo de la hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP “Luis N. Sáenz.”
- **H0:** La multiparidad no es un factor de riesgo de la hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP “Luis N. Sáenz.”
- **Ha:** Los antecedentes obstétricos es un factor de riesgo de la hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP “Luis N. Sáenz.”
- **H0:** Los antecedentes obstétricos no es un factor de riesgo de hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP “Luis N. Sáenz.”

- **Ha:** La cesárea previa es un factor de riesgo de hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP “Luis N. Sáenz.”
- **H0:** La cesárea previa no es un factor de riesgo de hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP “Luis N. Sáenz.”
- **Ha:** La cesárea es un factor de riesgo de hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP “Luis N. Sáenz.”
- **H0:** La cesárea no es un factor de riesgo de hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP “Luis N. Sáenz.”

3.2 VARIABLES: INDICADORES

En este trabajo se tomaron las siguientes variables.

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Edad
- Paridad
- Vía de parto
- Cesáreas previas
- Antecedentes obstétricos

VARIABLES DEPENDIENTES

- Hemorragia del puerperio inmediato

V. CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

Estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles, el presente trabajo es retrospectivo debido a que se recolecta información de las historias clínicas y reportes operatorios; observacional, porque en ningún momento se manipula las variables; analítico, ya que indica relación entre las variables que llevan a hemorragia del puerperio inmediato, casos y controles por la selección de 2 grupos, uno se incluyen a todas las madres que presentan hemorragia del puerperio inmediato y el 2^{do} grupo que no lo presenta, se buscó si presentaron o no los factores de riesgo y se comparó la relación de expuestos en el grupo de casos frente a la del grupo control.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

- **Población:** lo conformaron 716 puérperas atendidos en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital PNP "Luis N. Sáenz." entre julio del 2016 a julio del 2017.
- **Casos:** En este estudio los casos son pocos sin embargo corresponden a una subpoblación claramente definida en tiempo y lugar, por lo que constituyen una muestra representativa de los eventos de estudio, de las 716 puérperas ,20 casos presentaron hemorragia del puerperio inmediato, los cuales fueron tomados en su totalidad para el estudio de investigación.
- **Controles:** En cuanto a los controles deben ser comparables y contrastables a los casos; se aplicó 2 controles por cada caso, contando un total de 40 controles. Contando con un total de 60 pacientes para el presente estudio.
- **Tipo y técnica de muestreo:** En relación a los casos, no se aplicó tipo ni técnica de muestreo, se incluyó a la totalidad de casos (muestreo censal). Sin embargo, para los controles el muestreo fue probabilístico con aleatoriedad hasta completar el tamaño establecido de la muestra.

- **Unidad de análisis:** Puérpera atendida en el Hospital PNP "Luis N. Sáenz" durante el periodo julio 2016 a julio 2017.

Grupo CASOS

Criterios de inclusión:

Todas las pacientes que presentaron cualquier signo o síntoma que produzca alteración hemodinámica dentro de las primeras 24 horas después del parto.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que cursaron puerperio inmediato normal
- Pacientes que tuvieron hemorragia postparto después de las 24 horas

Grupo CONTROLES:

Criterios de inclusión:

- Todas las puérperas que no presentaron hemorragia del puerperio inmediato

Criterios de exclusión:

- Pacientes con historias clínicas incompletas

4.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Adjuntado en anexos.

4.4

TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

La recolección de datos se dio a partir de la revisión de historias clínicas y reportes quirúrgicos del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital PNP "Luis N. Sáenz." de julio del 2016 a julio del 2017.

4.5 RECOLECCION DE DATOS

Los datos recabados fueron recolectados en una ficha previa elaboración. En el cual se colocan referencias de interés.

4.6 TECNICA DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Luego de obtener las referencias se prosiguió a diseñar una matriz de datos utilizando el programa estadístico SPSS versión 24.0.

Para observar relación entre las variables del estudio se aplicó la prueba de chi-cuadrado y se calculó los OR y los intervalos de confianza, para cada una de las pruebas estadísticas se realizaron con un nivel de confianza de 0.05 a menos.

VI. CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

De un total de 60 pacientes, 33% (n=20) que conformaron el estudio presentó hemorragia del puerperio inmediato. En el análisis de las variables estudiadas se cruzó cada variable con la enfermedad en cuestión (hemorragia del puerperio inmediato) en una tabla de 2x2. Los resultados se resumen en la Tabla 9 donde se colocan los factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato con sus respectivos valor-p, OR e IC 95%. Las variables en estudio se comportaron como factores de riesgo y los resultados fueron estadísticamente significativos a excepción de la variable antecedente de cesárea previa.

En relación a la edad se constató que el 75% de madres con 35 años o más mostraron hemorragia del puerperio inmediato en contraste con el grupo control donde 27.5% de 35 años o mas no hicieron hemorragia del puerperio inmediato. Se efectuó la prueba X^2 la cual indica relación entre las variables, un p de 0,00 y OR de 7.90 con intervalos de confianza del 95% entre 2.3 y 26.9. Por tanto, se establece que los resultados encontrados son de significancia estadística por lo que se pudo determinar que las mujeres con 35 años a más presentaron 7.9 veces mayor riesgo de evidenciar hemorragia del puerperio inmediato a diferencia de las mujeres menores de 35 años.

Tabla N° 3 Edad asociada a Hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz durante julio 2016 -julio 2017.

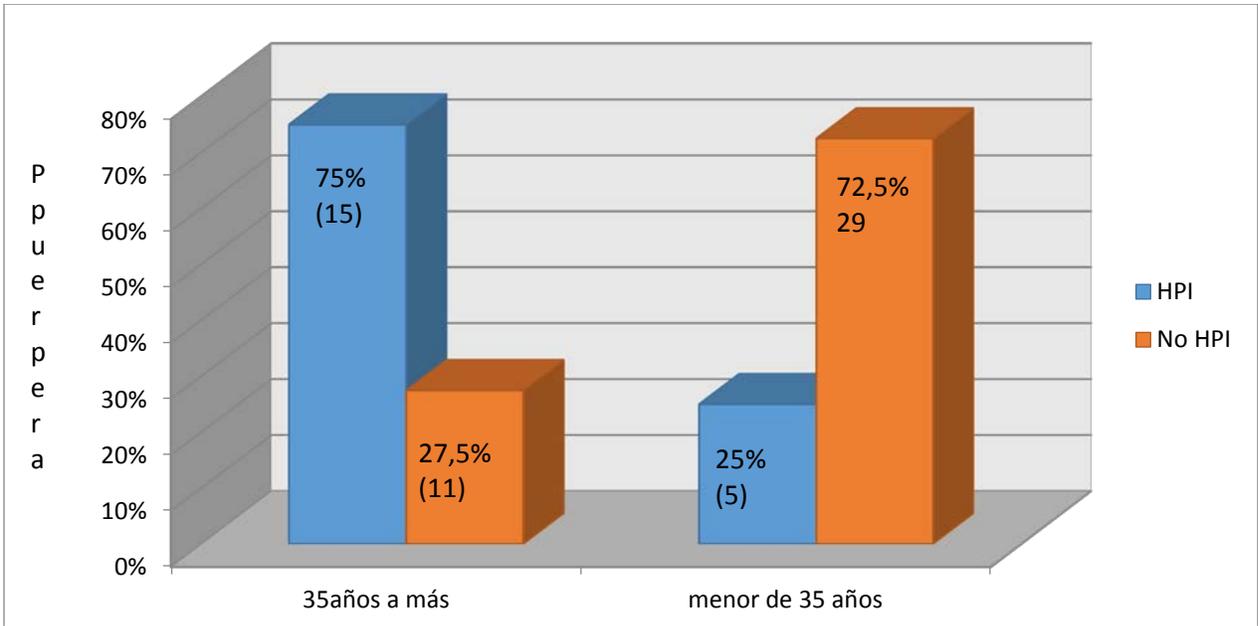


Grafico N° 1 Edad asociada a Hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz durante julio 2016 -julio 2017.

Correspondiente al número de hijos, se presentó que el 80% de madres multíparas mostraron hemorragia del puerperio inmediato en contraste del grupo control del cual un 20% de madres multíparas no desarrollaron hemorragia del puerperio inmediato. Se ejecutó la prueba X^2 que refleja relación de las variables, se obtuvo $p < 0.001$ y Odds Ratio en 7.24, con intervalos de confianza al 95% entre 2.07 - 26.55. Los resultados mostraron ser de significancia estadística por ende se puede determinar que las madres multíparas tuvieron 7.4 veces más riesgo de tener hemorragia del puerperio inmediato a diferencia de las primíparas.

Tabla N. ° 4 Paridad asociada a Hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz durante julio 2016 -julio 2017

Paridad agrupada	Casos	Control	Chi cuadrado	Valor p	OR	IC 95%
Múltipara	16	14				
	80%	35%				
Primípara	4	26	10,8	0,001	7,42	2,07-26,55
	20%	65%				
Total	20	40				
	100%	100%				

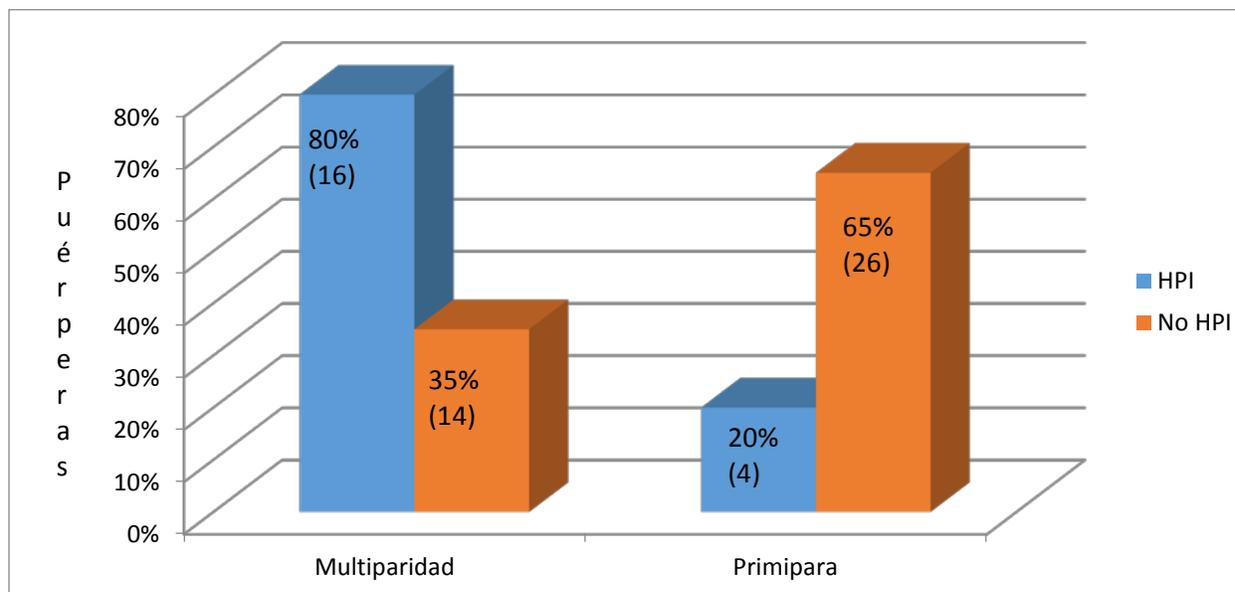


Grafico N. ° 2 Paridad asociada a Hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz durante julio 2016 -julio 2017

Respecto a las pacientes con antecedentes obstétricos se evidencio que 55% de madres contaron con antecedentes obstétricos mostraron hemorragia del puerperio inmediato, en contraste del grupo control donde el 10% de pacientes cuenta con antecedentes obstétricos sin llegar a presentar hemorragia del puerperio inmediato. Se ejecutó la prueba de X^2 , obteniendo que exista relación entre variables. Se calculó un p de 0,00 y Odds Ratio de 11 con intervalos de confianza al 95% entre 2,83 y 42,76. Los resultados contaron con significancia estadística por tanto se concluyó que las madres tienen probabilidad de hemorragia en el puerperio aparezca en presencia de antecedentes obstétricos es de 11 veces más que si no lo presentaran.

Tabla N.º 5 Antecedentes obstétricos asociados a Hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz durante julio 2016 -julio 2017.

Ant. Obst.	Casos	Control	Chi cuadrado	Valor p	OR	IC 95%
Si	11 55%	4 10%				
No	9 45%	36 90%	14,4	0,000	11	2,83-42,76
Total	20 100%	40 100%				

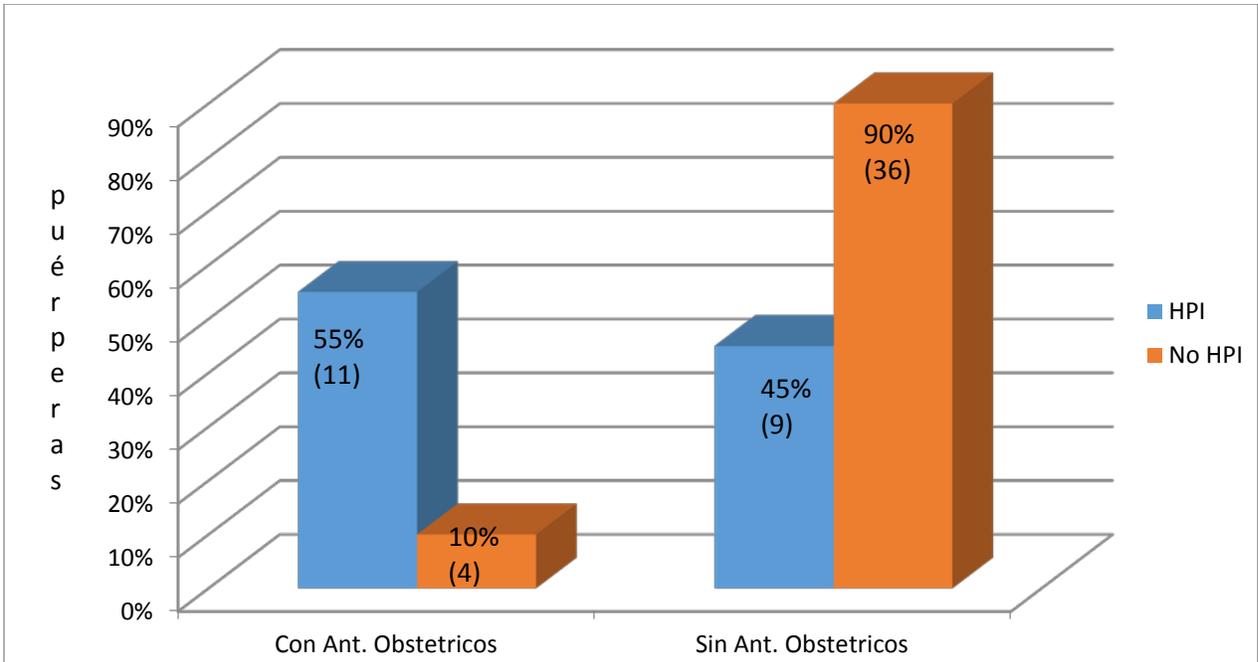


Grafico N.º 3 Antecedentes obstétricos asociados a Hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz durante julio 2016 -julio 2017.

Tabla N.º6 Frecuencia de los antecedentes obstétricos en relación a presentar hemorragia del puerperio inmediato

	Frecuencia	Porcentaje
Multigesta	9	60%
Hipoxia	3	20%
Poli hidramnios	3	20%
Total	15	100%

Un total de 15 pacientes presentaron antecedentes obstétricos de los cuales se observó que 9 pacientes (60%) son multigesta; 3 pacientes (20%) cuentan con antecedentes de hipoxia y 3 pacientes (20%) con antecedente de polihidramnios

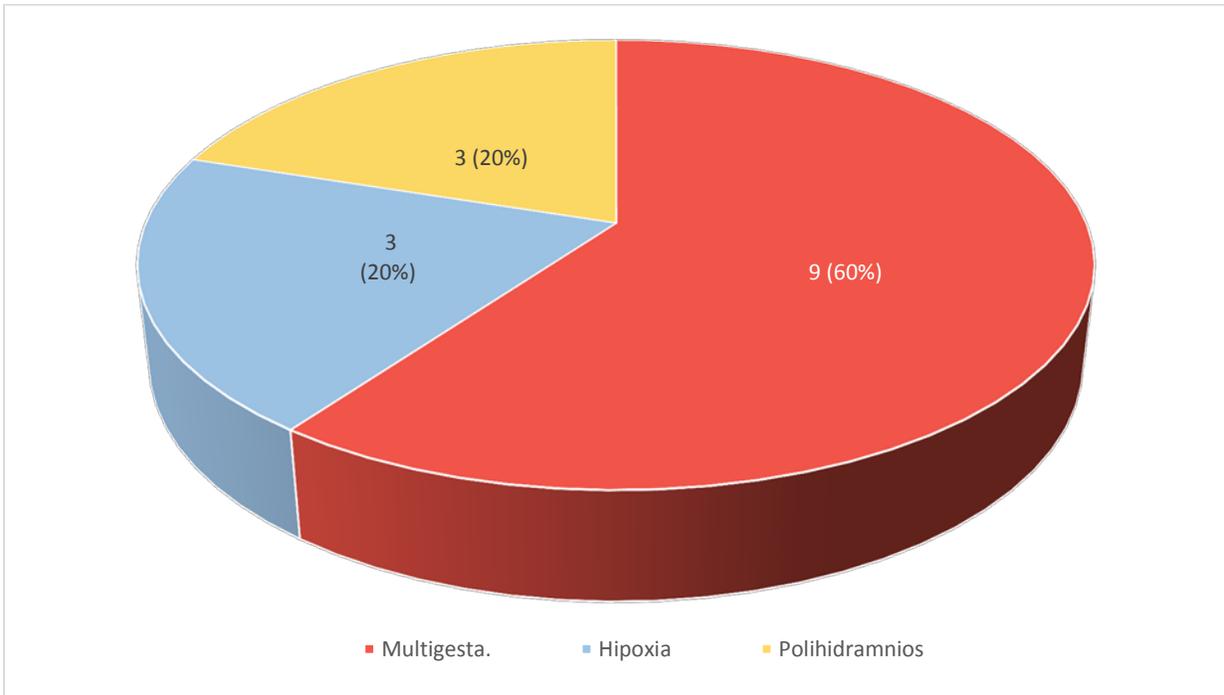


Grafico N°4 Frecuencia de los antecedentes obstétricos en relación con presentar hemorragia del puerperio inmediato

En relación a la cesárea previa 60% presentaron hemorragia del puerperio inmediato, a contraste al grupo control donde el 35% presentaron cesárea previa sin desarrollar hemorragia del puerperio inmediato. Se realizó la prueba X^2 la cual demostró que no hay asociación entre ambas variables, se contó con un p de 0,065 y se calculó el Odds-Ratio con resultado de 2,78 con un intervalo de confianza del 95% entre 0,92 y 8,41. Se encontró que las madres tienen probabilidad de hemorragia en el puerperio aparezca en presencia de antecedentes de cesárea es de 2,78 veces más que si no lo presentaran, sin embargo, resultados no son significativos ya que el intervalo de confianza incluye a la unidad.

Tabla N.º 7 Cesárea previa asociados a Hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz durante julio 2016 -julio 2017.

Cesárea previa	Casos	Control	Chi cuadrado	Valor p	OR	IC 95%
Si	12 60%	14 35%				
No	8 40%	26 65%	3,39	0,065	2,78	0,92-8,41
Total	20 100%	40 100%				

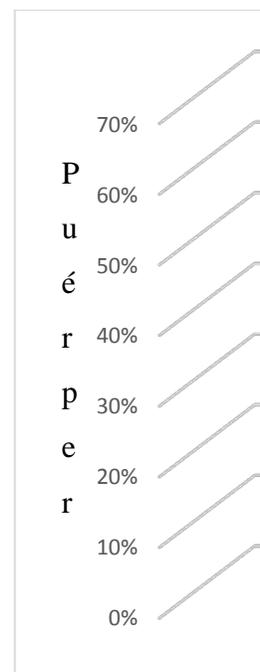


Grafico N.º 5 Cesárea previa asociados a Hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz durante julio 2016 -julio 2017.

En relación al tipo de parto se evidencio que el 80% de las madres que fueron sometidas a cesárea presentaron hemorragia del puerperio inmediato, en comparación al grupo control donde el 32,5% de pacientes cesareadas no tuvieron hemorragia del puerperio inmediato. Se realizó la prueba de X^2 demostrando relación entre ambas variables. Se calculó un p de 0,001 y Odds Ratio de 8,30 con intervalo de confianza del 95% entre 2,31 y 29,87. Los resultados mostraron significancia estadística, por lo que se puede decir que las madres tienen probabilidad de hemorragia en el puerperio aparezca en presencia de parto por cesárea es de 8,3 veces más que si no lo presentaran.

Tabla N° 8 Tipo de parto asociados a Hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz durante julio 2016 -julio 2017.

Tipo de parto	Casos	Control	Chi cuadrado	Valor p	OR	IC 95%
Cesárea	16	13				

	80%	32,5%				
Eutócico	4	27	12,047	0,001	8,308	2,31-29,87
	20%	67,5%				
Total	20	40				
	100%	100%				

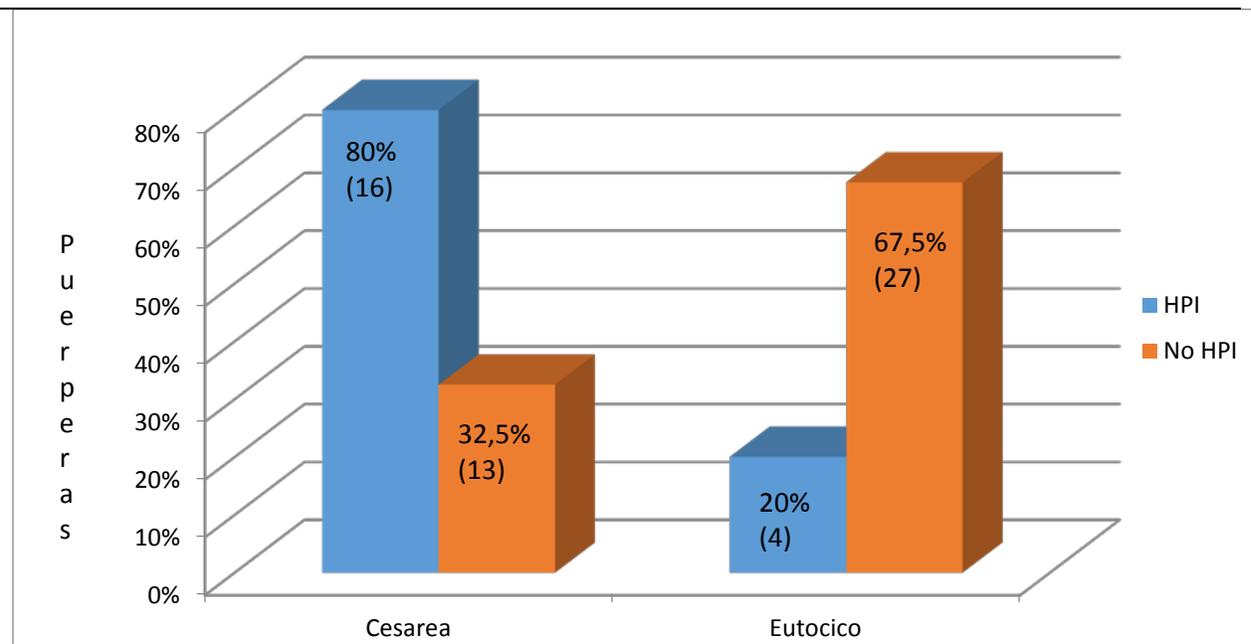


Grafico N.º 6 Tipo de parto asociados a Hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz durante julio 2016 -julio 2017.

Tabla N.º 9. Resumen de factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato.

Edad	Casos	Controles	Total	Valor P	OR	IC 95%
35 a más	15	11	26	0,00	7,90	2,31 – 26,9
	75%	27,5%	43,3%			

Menor de 35	5	29	34			
	25%	72,5%	56,6%			
Paridad						
Múltipara	16	14	30			
	80%	35%	50%			
				0,001	7,42	2,07 – 26,55
Primípara	4	26	30			
	20%	65%	50%			
Ant. Obstétricos						
Si	11	4	15			
	70%	10%	25%			
				0,00	11	2,83 – 42,76
No	9	36	45			
	30%	90%	75%			
Cesárea previa						
Si	12	14	26			
	60%	35%	43,3%			
				0,06	2,78	0,92 – 8,41
No	8	26	34			
	40%	65%	56,6%			
Tipo de parto						

Cesárea	16	13	29			
	80%	32,5%	48,3%			
				0,001	8,3	2,31–29,87
Eutócico	4	27	31			
	20%	67,5%	51,6%			

5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Con relación a la edad se constató que el 75% de madres con 35 años o más mostraron hemorragia del puerperio inmediato en contraste con el grupo control donde 27.5% de 35 años o mas no hicieron hemorragia del puerperio inmediato. Se efectuó la prueba X^2 la cual indica relación entre las variables, un p de 0,00 y OR de 7.90 con intervalos de confianza del 95% entre 2.3 y 26.9. Por lo tanto, se establece que los resultados encontrados son de significancia estadística por lo que se puede determinar que las mujeres con 35 años a más presentaron 7.9 veces mayor riesgo de evidenciar hemorragia del puerperio inmediato a diferencia de las mujeres menores de 35 años.

Lo encontrado se apoyó en el estudio de Al-Zirqi I, Vangen S, Forsen L, Stray-Pedersen B.²⁵ donde hallaron que madres con edad de 30 años o más tienen mayor riesgo de hemorragia postparto. De manera similar se relaciona con el trabajo realizado por Rodríguez E.²⁰, encontrando que la edad mayor de 30 años a más refleja un factor de riesgo con significancia estadística que tuvo como promedio de edad de 31 años.

Además, se puede inferir por lo referido de Segura A.¹³ Que contó con una población materna de 25 a 35 años que evidenciaron mínimas complicaciones durante el parto. Por último, se asocia con lo dicho por Chamy V, et al.¹⁵ Quienes concluyeron que al realizar un recuento del estudio para ver la influencia de la edad; se determinó que el riesgo de sufrir comorbilidades y eventos adversos maternos y fetales se incrementaba directamente proporcional con la edad. Concluyendo

que la edad materna avanzada de 35 años o más se asocia de manera independiente a complicaciones maternas como hemorragia del puerperio inmediato.

Correspondiente al número de hijos, se presentó que el 80% de madres multíparas mostraron hemorragia del puerperio inmediato en contraste con el grupo control del cual un 20% de madres multíparas no desarrollaron hemorragia del puerperio inmediato. Se ejecutó la prueba X^2 que refleja relación de las variables, se obtuvo $p < 0.001$ y Odds Ratio en 7.24, con intervalos de confianza al 95% entre 2.07 - 26.55. Los resultados mostraron ser de significancia estadística por ende se puede determinar que las madres multíparas tuvieron 7.4 veces más riesgo de tener hemorragia del puerperio inmediato a diferencia de las primíparas. Estos hallazgos se correlacionan con el estudio realizado por Reyes O.²⁶ Donde concluye que las madres gran multíparas tienen probabilidad de hemorragia en el puerperio aparezca en presencia de 3 hijos o más es de 2,8 veces más que si presentan una paridad menor.

Respecto a las pacientes con antecedentes obstétricos se evidenció que 55% de madres contaron con antecedentes obstétricos mostraron hemorragia del puerperio inmediato, en contraste del grupo control donde el 10% de pacientes cuenta con antecedentes obstétricos sin llegar a presentar hemorragia del puerperio inmediato. Se ejecutó la prueba de X^2 , que refleja relación de las variables. Se calculó un p de 0,00 y Odds Ratio de 11 con intervalos de confianza al 95% entre 2,83 y 42,76. Los resultados contaron con significancia estadística por tanto se concluyó que las madres tienen probabilidad de hemorragia del puerperio inmediato aparezca en presencia de antecedentes obstétricos es de 11 veces más que si no los presentaran.

Dentro de los pacientes que presentaron antecedentes obstétricos se observó que el 60% correspondía a multigesta, 20% a hipoxia, 20% a polihidramnios. A diferencia de lo encontrado por Sosa C, et al.²² en pacientes de Uruguay y Argentina quienes encontraron como principal causa en relación a los antecedentes obstétricos: retención de coágulos (33%) y en 2^{do} lugar gestación múltiple (20.9%). Esta disparidad pudo deberse a que la mayoría de las mujeres en este trabajo evidenciaron hemorragia del puerperio inmediato son cesareadas y dentro de los pasos quirúrgicos incluye la inspección de cavidad uterina lo que hace poco posible la retención de algún resto.

Con relación a cesárea previa 60% presentaron hemorragia del puerperio inmediato, en contraste al grupo control donde el 35% que presentaron con anterioridad cesárea previa sin desarrollar hemorragia del puerperio inmediato. Se realizó la prueba X^2 la cual demostró que no hay asociación entre ambas variables, se contó con un p de 0,065 y se calculó el Odds-Ratio con resultado de 2,78 con un intervalo de confianza del 95% entre 0,92 y 8,41. Se encontró que las madres tienen probabilidad de hemorragia en el puerperio aparezca en presencia de antecedentes de cesárea es de 2,78 veces más que si no lo presentaran, sin embargo, los resultados no son significativos.

Esto a diferencia en el estudio realizado por Elkin A. et al.²¹ Cuyo argumento final indicaron que los factores de riesgo en relación a pérdida de volemia severa después del parto fueron uso de oxitócicos en inducción a la gestación (OR: 3.32, IC95%: 2.05 - 5.93 y $p < 0.001$), cesareada de emergencia (OR: 4.75, IC95%: 1.32-12.96 y $p < 0.001$), prolongación del trabajo de parto (OR: 3.62, IC95%: 3.21-4.03 y $p < 0.001$) y la cesárea previa como antecedente (OR: 3.15, IC95%: 1.02-10.3 y $p = 0.001$). Fueron factores de riesgo con significancia estadística relacionada a hemorragia post parto. Este contraste puede ser explicado debido que la gran mayoría de mujeres que presentan cesáreas previas fueron cesáreas programadas donde los profesionales del Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz" tomaron todas las medidas para que este evento, no conlleve a complicaciones durante el parto y en gestaciones futuras; se debe agregar que otros centro de salud no cuentan con los medios adecuados, produciendo complicaciones del alumbramiento como prolongación del parto, uso inadecuado de oxitocina y terminen siendo cesareadas de emergencia.

En relación al tipo de parto se evidencio que el 80% de las madres que fueron sometidas a cesárea presentaron hemorragia del puerperio inmediato, en comparación al grupo control donde el 32,5% de pacientes cesareadas no tuvieron hemorragia del puerperio inmediato. Se realizó la prueba de X^2 demostrando relación entre ambas variables. Se calculó un p de 0,001 y Odds Ratio de 8,30 con intervalo de confianza del 95% entre 2,31 y 29,87. Los resultados mostraron significancia estadística, por lo que se puede decir que las madres tienen probabilidad de hemorragia del puerperio aparezca en presencia de parto por cesárea es de 8,3 veces más que si no lo presentaran.

Esto concuerda por lo descrito por Magann E. et al.²⁴ En su trabajo, donde determinaron que la cesárea es un factor de riesgo para hemorragia del puerperio inmediato. Además, los factores de riesgo relacionados a hemorragia postparto en cesáreas de elección fueron anestesia general, parto pretérmino, sangrado ante parto, placenta previa, trastornos sanguíneos y leiomioma uterino. Además, los factores de riesgo en cesárea de emergencia fueron: macrosomía fetal, anestesia general, placenta previa, hemorragia ante e intra-parto, transfusión ante-parto, retención de restos placentarios y trastornos sanguíneos todos con un $OR > 1.5$ y un Intervalo de confianza mayor de 1,5.

VII. CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

1. Los factores de riesgos asociados a hemorragia del puerperio inmediato para el presente trabajo fueron la edad de 35 años a más, multiparidad, antecedentes obstétricos y parto por cesárea.
2. La edad de 35 años a más es un factor de riesgo asociado a hemorragia del puerperio inmediato
3. La multiparidad es un factor de riesgo asociado a hemorragia del puerperio inmediato.
4. Los antecedentes obstétricos es un factor de riesgo asociado a hemorragia del puerperio inmediato.
5. El parto por cesárea es un factor de riesgo asociado a hemorragia del puerperio inmediato.
6. Las cesáreas previas no representan un factor de riesgo asociado a hemorragia del puerperio inmediato.

RECOMENDACIONES

1. Tener presente que muchos de los factores de riesgo son predecibles y prevenibles por lo cual se deben mencionarse al momento de la realización de las historias clínicas, de tal manera se podrá tomar las medidas de tratamiento más adecuadas a tiempo.
2. Documentar a las gestantes que tengan factores de riesgos con la posibilidad de presentar hemorragia del puerperio inmediato y las consecuencias que estas puedan causar de tal manera disminuir la mortalidad materna.
3. Promover a las gestantes a acudir de manera regular a sus controles ante parto con el fin de anticiparse a futuras complicaciones al momento del alumbramiento
4. Extender el presente trabajo en busca de otros factores de riesgos asociados a hemorragia del puerperio inmediato como periodo intergenésico corto, macrosomía fetal, uso de oxitócicos y analgesia.

5. Sensibilizar a todo personal de salud que tenga como función disponer del diagnóstico de alta, a realizarlo de manera adecuada para seguimiento del caso, tratamiento y futuras elaboraciones de trabajos de investigación ya que actualmente existe un subregistro debido a ello fue difícil identificar pacientes que presentaron hemorragia del puerperio inmediato.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS | Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto [Internet]. 2014|. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/es/.
2. Silva G. Nivel de conocimientos sobre las principales emergencias obstétricas: hemorragia durante el parto-posparto y trastornos hipertensivos del embarazo en internos de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal enero - junio 2015. UNMSM; 2015.
3. OPS/OMS Uruguay - Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU.
4. Hernández Peñalver AI. Embolización arterial selectiva en la hemorragia posparto. Experiencia en nuestro centro. 2015.
5. Chhabra P. Maternal Near Miss: An Indicator for Maternal Health and Maternal Care. *Indian J Community Med.* 2014;39(3):132–7.
6. Instituto Nacional de estadística y geografía. Estadísticas a propósito del día de la madre (10 de mayo) Datos nacionales, 08 de mayo de 2017 pág. 1-17
7. Távara Orozco L. Tendencia de la mortalidad materna en el Perú: desafíos pendientes. *Rev Peru Ginecol Obstet.* julio de 2013;59(3):153–6.
8. Del Carpio L. Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 - 2012. 2013;30(3):461–4.
9. PERÚ Instituto Nacional de Estadística e Informática Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/>.
10. Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. Disponible en: <http://www.inmp.gob.pe/institucional/sala-situacional/1421334856>.
11. Butwick AJ, Carvalho B, El-Sayed YY. Risk factors for obstetric morbidity in patients with uterine atony undergoing Caesarean delivery. *Struys MMRF, ed.BJA: British Journal of Anaesthesia.* 2014;113(4):661-668.

12. Ana María Lugo Sánchez. Caracterización de las pacientes con hemorragia uterina puerperal en las que se utilizó misoprostol. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia* 2014;40(2):145-154.
13. Segura A. Influencia del alumbramiento activo sobre la morbilidad materna por hemorragia posparto. 2013;42(3):258–367.
14. Sesmero de M. Mortalidad materna en España en el periodo 2010-2012: resultados de la encuesta de la Sociedad Española de Ginecología (SEGO).
15. Verónica Chamy P. et al. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años revista chilena de obstet.ginecol, v.74 n.6 2009; 74(6): 331 - 338;
16. Paz L. Índice de shock como predictor de requerimiento transfusional en gestantes con hemorragia posparto atendidas en el Hospital Belén de Trujillo. [Trujillo - Perú]: UPAO; 2016.
17. Martínez AC. Gran multiparidad y macrosomía fetal como factores de riesgo para hemorragia posparto Hospital Distrital Santa Isabel el Porvenir 2007- 2013. [Trujillo-Perú]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.
18. Zelaya M. Factores de riesgo de la hemorragia post parto y el cumplimiento del MATEP en pacientes embarazadas ingresadas en la sala de labor y parto del HEODRA durante octubre del 2010 a enero del 2013 [Internet]. [Nicaragua]: UNAN; 2014 .
19. Palomo Tercer J, Incidencia de Hemorragia Post Parto por atonía uterina, 2014, Guatemala.
20. Rodríguez Salazar E, Atonía Uterina: Estudio descriptivo y factores asociados, 2003, Lima – Perú.
21. Ekin A Predictors of severity in primary postpartum hemorrhage *Arch Gynecol Obstet.* 2015 Dec;292(6):1247-54. Epub 2015 Jun 4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26041324>.
22. Sosa CG, Althabe F, Belizán JM, Buekens P. Risk Factors for Postpartum Hemorrhage in Vaginal Deliveries in a Latin-American Population. *Obstetrics and gynecology.* 2009;113(6):1313-1319.
23. Montufar-Rueda C, Rodríguez L, Jarquín JD, et al. Severe Postpartum Hemorrhage from Uterine Atony: A Multicentric Study. *Journal of Pregnancy.* 2013;2013:525914.
24. Magann EF et al, Postpartum hemorrhage after cesarean delivery: an analysis of risk factors. *South, Med J.* 2005 Jul;98(7):681-5.

25. Al-Zirqi, I., Vangen, S., Forsen, L. and Stray-Pedersen, B. (2008), Prevalence and risk factors of severe obstetric haemorrhage. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115: 1265–1272.
26. O.A. Reyes. Riesgo de hemorragia posparto en la paciente gran múltipara. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Maternidad del Hospital Santo Tomás, Panamá. 2011;38(5):169-172.
27. Aldo Solari A. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. *Rev Med Clin Condes*. 2014;993–1003.
28. Guía Clínica Basada en las Evidencias: Manejo de la Hemorragia Postparto. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) Novedades del CLAP N° 16, ABRIL 2002.
28. Josephs SC. Obstetric and Gynecologic Emergencies: A Review of Indications and Interventional Techniques. diciembre de 2008;25(4):337–46.
30. Peces A. Hemorragia posparto precoz: uso de la radiología intervencionista en el control-ClinicalKey. En: *Progresos de obstetricia y ginecología*. 2015.
31. Aznarán G. Rotura prematura de membranas en gestantes a término: factores asociados al parto abdominal. 2015;56(3):226–31.
32. Ruiz V. Hemorragia postparto de acuerdo a la duración de las etapas de la labor de parto, en mujeres nulíparas y múltiparas atendidas en el Hospital Enrique Garcés de Quito, enero-diciembre del 2015. 2017.
33. Gary F. Trabajo de parto normal. 24a ed. Mc Graw Hill; 1218.
34. Rendón M. Influencia de la paridad en el peso del recién nacido en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. 2011;13.

ANEXOS

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP Luis N. Sáenz, de julio 2016 a julio del 2017?	<p>Objetivo General: Identificar los factores de riesgo vinculados a hemorragia del puerperio inmediato.</p> <p>Objetivos Específicos: Determinar si la edad, es un factor de riesgo asociado a hemorragia del puerperio inmediato.</p> <p>Determinar si la paridad es un factor de riesgo asociado a hemorragia del puerperio inmediato.</p> <p>Determinar si los antecedentes obstétricos son un factor de riesgo asociado a hemorragia del</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Ha: Los factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato son edad de 35 años o más, multiparidad, antecedentes obstétricos, cesárea previa y tipo de parto por cesárea.</p> <p>H0: La edad de 35 años o más, multiparidad, antecedentes obstétricos, cesárea previa y tipo de parto por cesárea no son</p>	<p>Variables independientes:</p> <p>Edad</p> <p>Paridad</p> <p>Antecedentes obstétricos</p> <p>Cesárea previa</p> <p>Tipo de parto</p> <p>Variable dependiente:</p> <p>Hemorragia del puerperio inmediato</p>	<p>Tipo y diseño de Investigación:</p> <p>analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles</p> <p>Población y muestra:</p> <p>Población: Puérperas atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia de julio 2016 a julio 2017</p> <p>Muestra: Se tomó el total de 20 casos y 40 controles.</p> <p>Técnica e Instrumento:</p>

puerperio inmediato.

Determinar si la cesárea previa es un factor de riesgo de la hemorragia del puerperio inmediato.

Determinar si la cesárea es un factor de riesgo de la hemorragia del puerperio inmediato.

factores de riesgo para hemorragia del puerperio inmediato.

Técnica: documentación

Instrumento: fichas de

Recolección de datos

ANEXO 02: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA DEL PUERPERIO
INMEDIATO, HOSPITAL PNP "LUIS N. SAENZ", JULIO 2016 - JULIO 2017

FICHA DE DATOS NÚMERO _____

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nombre del paciente: _____ HC: _____

Edad: _____ G__ P_____

DATOS CLÍNICOS

Vía del Parto:

Vaginal _____ Cesárea _____ Motivo _____

Cesáreas Previas _____

Antecedentes Obstétricos:

Retención de coágulos _____

Polihidramnios _____

Multigesta _____

Hipoxia _____

Otros _____

ANEXO 03: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Tipo de variable relación y naturaleza	Categorías o unidad
Edad	Tiempo en años de vida desde el nacimiento	Período de tiempo comprendido desde el nacimiento hasta la fecha de ingreso	Dicotómica Ordinal	Independiente cuantitativa	1:<35 2:35 años o más
Paridad	Mujer que ha parido, cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o por cesárea)	Número de hijos	Dicotómica Nominal	Independiente cuantitativa	1. Primípara, 2. Multípara

Antecedentes obstétricos	Datos relacionados con embarazos anteriores, patologías y hábitos.	Antecedentes obstétricos relacionados con la hemorragia postparto	Dicotómica Nominal	Independiente cualitativa	1: Si 2: No
Cesárea previa	Antecedente de gestaciones culminadas por cesáreas	Número de cesáreas	Dicotómica nominal	Independiente cualitativa	1: Si 2: No
Tipo de parto	Forma en la que se produce el nacimiento	Parto eutócico o cesárea	Dicotómico nominal	Independiente cualitativa	1: Cesárea 2: Eutócico
Hemorragia del puerperio inmediato	Pérdida de más de 500 ml de sangre después de un parto vaginal o más de 1000 ml de sangre después de una cesárea, en las primeras 24 horas del puerperio.	Cualquier sangrado que tiene potencial para producir inestabilidad hemodinámica después del parto dentro de las primeras 24 horas	Dicotómica Nominal	Dependiente cualitativa	1: Si 2: No

ANEXO 04: DOCUMENTOS LEGALES



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Oficina de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis “Factores de riesgo asociados a hemorragia en el puerperio inmediato en el Hospital PNP” Luis N. Saenz”, de julio 2016 a julio 2017”, que presenta la Sr. Daniel Angel Flores Lapa, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

Dra, Consuelo del Rocío Luna Muñoz
ASESOR DE LA TESIS

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

Lima, 26 de Julio de 2017



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos

Formamos seres humanos para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepta el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Sr. Daniel Angel Flores Lapa, de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,


Dra. Consuelo Del Rocío Luna Muñoz
ASESORA

Lima, 26 de Julio de 2017

Oficio N° 3396-2017-FMH-D

Lima, 25 de agosto de 2017

Señor
FLORES LAPA DANIEL ANGEL
Presente.-

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis " **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN EL HOSPITAL PNP "LUIS N. SAENZ", DE JULIO 2016 A JULIO DEL 2017**", presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 24 de agosto del 2017.

Por lo tanto queda usted expedito con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,



Hilda Jurupe Chico
Hilda Jurupe Chico
Secretaria Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

Ref. a) Solicitud de fecha 05ENE2018
b) Decreto N°03-2018-DIRSAPOL-DIROSS-HN.LNS/Sec.Priv
c) Dictamen N°019-2018-DIRSAPOL-HN.PNP.LNS-OTAJ
Formulada por el Sr. Daniel Ángel FLORES LAPA, Ex Interno de Medicina,
quien solicita Autorización para acceder a datos estadísticos de las Historias
Clínicas del Servicio de Gineco Obstetricia de este organismo para el
desarrollo de su Trabajo de Investigación.

Jesús María, 23 de enero de 2018

DECRETO N° 05 -2018-DIRSAPOL-DIROSS-HN.LNS/Sec.Priv

Vistos, los documentos indicados en la referencia; pase al señor **Coronel Enf. PNP. Valentín VELASQUEZ SIERRA, Jefe de la Oficina del Sistema de Información Gerencial del HN.PNP.LNS**, mediante el cual este Despacho en concordancia con el dictamen formulado por la Oficina de Asesoría Legal, numeral 3., brindar las facilidades al Sr. Daniel Ángel FLORES LAPA, Ex Interno de Medicina, para acceder a datos estadísticos de Historias Clínicas del Servicio de Gineco Obstetricia, previniendo las formalidades legales exigidas para su otorgamiento. **DANDO CUENTA.**



OS 256781
ALBERTO MEZA BERNALES
CORONEL MED.PNP.
DIRECTOR (I) DEL HN.LNS.PNP.

AMB/mgr.
(07 fois.)
Reg. D-HN-09

DISTRIBUCION:
- OFISIO (01)
- Archivo (01/02)



**ACTA DE APROBACIÓN DE BORRADOR DE TESIS
JURADO EVALUADOR**

El Jurado designado por la Facultad de Medicina Humana y el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, según el reglamento vigente de la oficina de Grados y Títulos, después de haber sido aprobado por su respectivo Asesor y Director, dentro del III Curso Taller de Titulación por Tesis, en relación a dicho proyecto titulado: **“Factores de riesgo a hemorragia del puerperio inmediato, Hospital PNP Luis N. Sáenz, Julio 2016-Julio 2017”**, que presenta el Sr. **Daniel Angel Flores Lapa**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que: La Tesis cumple con los requerimientos necesarios, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes y miembros del Jurado Evaluador:



Dr. Jesús Bonilla Yaranga
PRESIDENTE DEL JURADO



Dr. Eduardo Morales Rezza
MIEMBRO DEL JURADO



Dr. Carlos León Nakamura
MIEMBRO DEL JURADO



Dra. Consuelo Luna Muñoz
ASESORA DE TESIS



Dr. Jhony De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO DE TITULACION POR TESIS

23 de Enero del 2018

ANEXO 05: TURNITIN



Portafolio de la clase

Peer Review

Mis notas

Discusión

Calendario

ESTÁS VIENDO: INICIO > III CURSO DE TITULACIÓN POR TESIS 2017

¡Bienvenido a la página de inicio de su nueva clase! Podrás ver todos los ejercicios de tu clase en la página principal de tu clase, así como ver información adicional acerca de los ejercicios, entregar tu trabajo y tener acceso a los comentarios para tus trabajos.

Mueve el cursor sobre cualquier elemento de la página principal de la clase para ver más información.

Página de Inicio de la clase

Esta es la página de inicio de su clase. Para entregar un trabajo, haga clic en el botón de "Entregar" que está a la derecha del nombre del ejercicio. Si el botón de Entregar aparece en gris, no se pueden realizar entregas al ejercicio. Si está permitido entregar trabajos más de una vez, el botón dirá "Entregar de nuevo" después de que usted haya entregado su primer trabajo al ejercicio. Para ver el trabajo que ha entregado, pulse el botón "Ver". Una vez la fecha de publicación del ejercicio ha pasado, usted también podrá ver los comentarios que le han dejado en el trabajo haciendo clic en el botón de "Ver".

Bandeja de entrada del ejercicio: III CURSO DE TITULACIÓN POR TESIS 2017

	Información	Fechas	Similitud	
TITULACION 2017		Comienzo 18-sept.-2017 4:17PM Fecha de entrega 30-ene.-2018 11:59PM Publicar 30-ene.-2018 12:00AM	11%	Entregar de nuevo Ver

Resumen de coincidencias



11 %



1

cybertesis.urp.edu.pe
Fuente de Internet

8 %



2

Entregado a Universida...
Trabajo del estudiante

1 %



3

[cybertesis.unmsm.edu...](http://cybertesis.unmsm.edu.pe)
Fuente de Internet

1 %



4

Entregado a Universida...
Trabajo del estudiante

1 %





**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO**

III CURSO TALLER PARA LA TITULACIÓN POR TESIS

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que el Señor

FLORES LAPA DANIEL ANGEL

Ha cumplido con los requerimientos del curso-taller para la Titulación por Tesis, durante los meses de Mayo, Junio, Julio, Agosto y Setiembre del presente año, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el Título de la Tesis:

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA EN EL
PUERPERIO INMEDIATO EN EL HOSPITAL PNP “LUIS N.
SAENZ”, DE JULIO 2016 A JULIO DEL 2017”**

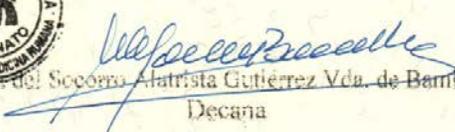
Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular de **06 créditos académicos**, de acuerdo a artículo 15º del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana (aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N° 2717-2015), considerándosele apto para la sustentación de tesis respectiva.

Lima, 21 de setiembre del 2017




Mg. Hilda Jurupe Chico
Secretaría Académica




Dra. María del Socorro Matrista Gutiérrez Vda. de Bambarén
Decana