



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Principales causas de hemorragia posparto en un hospital nivel II

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
Médico Cirujano**

**AUTOR:**

Vasquez Mondragon, Bruno Giancarlo ([orcid.org/0009-0006-7197-0137](https://orcid.org/0009-0006-7197-0137))

**ASESORA:**

Dra. Vega Fernandez, Amalia Guadalupe ([orcid.org/0000-0002-0274-7437](https://orcid.org/0000-0002-0274-7437))

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Salud Materna

**LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:**

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

**TRUJILLO – PERÚ**

**2024**



**Declaratoria de Autenticidad del Asesor**

Yo, VEGA FERNANDEZ AMALIA GUADALUPE, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Principales causas de hemorragia posparto en un hospital nivel II", cuyo autor es VASQUEZ MONDRAGON BRUNO GIANCARLO, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 17%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 23 de Octubre del 2024

<b>Apellidos y Nombres del Asesor:</b>	<b>Firma</b>
VEGA FERNANDEZ AMALIA GUADALUPE <b>DNI:</b> 18153279 <b>ORCID:</b> 0000-0002-0274-7437	Firmado electrónicamente por: AGVEGAF el 25-10- 2024 12:44:08

Código documento Trilce: TRI - 0884682



**Declaratoria de Originalidad del Autor**

Yo, VASQUEZ MONDRAGON BRUNO GIANCARLO estudiante de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Principales causas de hemorragia posparto en un hospital nivel II", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Firma</b>
BRUNO GIANCARLO VASQUEZ MONDRAGON <b>DNI:</b> 72810089 <b>ORCID:</b> 0009-0006-7197-0137	Firmado electrónicamente por: VASQUEZMB el 23-10- 2024 15:02:58

Código documento Trilce: TRI - 0884681

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo está dedicado totalmente a Dios que Él es el autor de mi camino y de todo este deseo inmenso en mi corazón por el cual anhele durante tantos años, por haber sido tan fiel en mi vida y por su hermoso amor; a mis padres por ser el motivo, la razón y lo más importante de mi vida.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por ser un Padre extraordinario y cumplirme este sueño tan esperado durante toda mi vida.

A mi mamá, por ser mi ejemplo de lucha y perseverancia y no dejarme solo nunca.

A mi papá, por darme un futuro y por demostrarme que uno puede ser mejor si se lo propone.

Y finalmente, a mis doctores que ayudaron a formarme y a cada paciente que paso por mi vida por enseñarme a que la vida es bonita a pesar de cualquier obstáculo que uno pueda enfrentar.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula.....	i
Declaratoria de autenticidad del asesor.....	ii
Declaratoria de originalidad de los autores.....	iii
Dedicatoria .....	iv
Agradecimiento .....	v
Índice de contenidos .....	vi
Índice de tablas .....	vii
Resumen.....	viii
Abstract .....	ix
I.INTRODUCCIÓN .....	1
II. METODOLOGÍA.....	11
III. RESULTADOS .....	14
IV. DISCUSIÓN .....	19
V. CONCLUSIONES .....	23
V.RECOMENDACIONES.....	24
REFERENCIAS.....	25
ANEXOS	

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Características sociodemográficas de las puérperas con diagnóstico de hemorragia posparto - Hospital distrital Santa Isabel .....	14
<b>Tabla 2.</b> Antecedentes obstétricos de las puérperas - Hospital distrital Santa Isabel ...	15
<b>Tabla 3.</b> Factores de riesgo para hemorragia posparto de las puérperas - Hospital distrital Santa Isabel .....	16
<b>Tabla 4.</b> Causas de hemorragia posparto de las puérperas - Hospital distrital Santa Isabel .....	17
<b>Tabla 5.</b> <i>Principales causas de hemorragia posparto de las puérperas con diagnóstico de hemorragia posparto - Hospital distrital Santa Isabel</i> .....	18

## RESUMEN

El objetivo de la investigación fue identificar las principales causas de hemorragia posparto en un hospital nivel II. Se utilizó el método descriptivo, de tipo aplicada. Se trabajó con una muestra de 173 casos de puérperas que han tenido el diagnóstico de hemorragia posparto que han sido atendidas en un hospital nivel II en el periodo de estudio de enero 2000 a diciembre 2023. Los resultados obtenidos muestran que, de las características sociodemográficas, el 40.46% de las puérperas han sido mujeres mayores de 18 años entre 35 años. De los antecedentes obstétricos el (46.24%) de las puérperas son mujeres con casos de 2 o más partos (multípara). Y el 58.38% historial de aborto. Y de los factores de riesgo se obtuvo asociados a atonía uterina (46,24%): multiparidad, (6,94%) labor de parto prolongada. Problemas placentarios: (8,09%) desprendimiento prematuro de placenta. Traumatismos del parto (8,67%): cirugía uterina previa (8,09) fiebre. Se concluye las causas principales de hemorragia posparto ha sido, de un total de 168 historias clínicas las principales causas de HPP de las puérperas el (51,45%) representan a la causa de atonía uterina, (13,29%) placenta anormal, (8,67%) a enfermedad de hipertensión del embarazo y rotura uterina, y (8,09%) infección severa.

**Palabras clave:** Hemorragia, posparto, causas, antecedentes obstétricos, factor de riesgo.



## ABSTRACT

The objective of the research was to identify the main causes of postpartum hemorrhage in a level II hospital. The descriptive, applied method was used. We worked with a sample of 173 cases of puerperal women who have had a diagnosis of postpartum hemorrhage who have been treated in a level II hospital in the study period from January 2000 to December 2023. The results obtained show that, of the sociodemographic characteristics, (40.46%) of puerperal women have been women over 18 years of age between 35 years of age. From the obstetric history, (46.24%) of the puerperal women are women with cases of 2 or more births (multiparous). And 58.38% had a history of abortion. And of the risk factors associated with uterine atony (46.24%) were obtained: multiparity, (6.94%) prolonged labor. Placental problems: (8.09%) premature placental abruption. Birth trauma (8.67%): previous uterine surgery (8.09) fever. It is concluded that the main causes of postpartum hemorrhage have been, of a total of 168 clinical records, the main causes of PPH in postpartum women, (51.45%) represent the cause of uterine atony, (13.29%) abnormal placenta, (8.67%) to hypertension disease of pregnancy and uterine rupture, and (8.09%) severe infection.

**Keywords:** Hemorrhage, postpartum, causes, obstetric history, risk factor.

## I. INTRODUCCIÓN

La hemorragia posparto (HPP) se sitúa entre las principales causas de muerte materna, cuya incidencia varía según el nivel de desarrollo de un país o región. Hay diversas definiciones de hemorragia posparto, la más aceptada es aquella que la define como la pérdida de cualquier volumen de sangre que curse con datos de inestabilidad hemodinámica<sup>1</sup>. Por otro lado, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia establece a la hemorragia posparto como la pérdida de sangre de 500 ml por vía vaginal, 1000 ml por cesárea o, desde un punto de vista clínico, cualquier pérdida de sangre que conduzca a inestabilidad en el equilibrio de la circulación sanguínea se considera significativa.<sup>2</sup> Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece estos mismos parámetros, pero en un periodo de 24 horas, posteriores a las cuales se habla de hemorragia posparto grave<sup>3</sup>.

De acuerdo con la OMS, la HPP es un desafío para la salud pública, actualmente se estima una frecuencia del 5%, sin embargo, su incidencia ha incrementado debido a la práctica indiscriminada de parto por cesárea, aumento de casos de atonía uterina y un inadecuado manejo e identificación de los factores de riesgos por los profesionales de salud<sup>4</sup>.

La HPP aparece como una complicación obstétrica en alrededor del 1 al 10% de todos los partos<sup>5</sup>. A nivel mundial, la HPP es una de las principales razones de mortalidad materna. Sin embargo, su porcentaje varía sobre todo en función del nivel de desarrollo de cada región; por ejemplo, en países en vías de desarrollo que se encuentran en Asia y África, la hemorragia posparto supone el 30,8% y 33,9% de las muertes maternas, respectivamente. De manera contraria, la mortalidad materna a causa de la hemorragia posparto en países desarrollados fue estimada en un promedio de 13,4% (1,2-49,6%)<sup>6</sup>.

Las causas de la HPP se organizan en lo que se llama las 4 T: tono (atonía uterina), trauma (desgarro del canal de parto), tejido (retención de restos placentarios) y trombina (coagulopatías)<sup>7</sup>. La atonía uterina figura como la causa primordial de hemorragia posparto, presentándose en un 70-90% de los casos<sup>8</sup>. La segunda causa de hemorragia es el trauma, ya sea por desgarros uterinos o de la vagina, así como la

episiotomía con un 20 a 35% de casos. Con una incidencia menor se encuentran las causas relacionadas con la retención de restos placentarios con el 10 al 20% de casos. Por último, una incidencia muy baja de alrededor de 1% hasta 7% pertenece a causas relacionadas con coagulopatías, principalmente vinculadas a mujeres con alteraciones hematológicas<sup>9</sup>.

Se han identificado diversos factores de riesgo que tienen relación con las distintas causas de HPP, encontrando que las mujeres pueden presentar condiciones preexistentes y condiciones intraparto que den lugar a un incremento en el peligro de desarrollar HPP. De acuerdo con diversos estudios se ha encontrado que la detección de estos factores de riesgo ha reducido hasta un 40% los casos de HPP, sin embargo, se debe mantener la vigilancia continua por el riesgo de sangrado durante la atención del parto<sup>10</sup>.

Dado que el personal de salud desempeña un papel crucial en la prevención y tratamiento de la HPP, es importante que cuente con la capacitación necesaria en el manejo de emergencias obstétricas y la implementación de protocolos y guías clínicas para el manejo de la misma<sup>11</sup>, que le permiten actuar y tomar decisiones de forma adecuada ante situaciones de emergencia a través de los conocimientos adquiridos durante su ejercicio profesional, permitiendo una actuación oportuna y de calidad durante las primeras horas de la hemorragia post parto<sup>12</sup>.

Por estas razones se plantea el siguiente problema de investigación ¿Cuáles son las principales causas de hemorragia posparto en un hospital nivel II?

El presente trabajo se justifica en el hecho de que a pesar de las medidas para mejorar el control prenatal y de guiar a los profesionales de la salud en la gestión de emergencias obstétricas, la mortalidad materna por hemorragia posparto sigue siendo un problema en nuestra región, especialmente en las áreas más desfavorecidas y remotas, de allí la importancia de identificar las principales causas de hemorragia posparto y que servirán para prevenir esta patología y a elevar el nivel de bienestar de las puérperas.

El objetivo general de la investigación fue identificar las principales causas de hemorragia posparto en un hospital nivel II, y los objetivos específicos: a) Especificar las características sociodemográficas de las participantes en el estudio; b) Mencionar los antecedentes obstétricos previos de las participantes; c) Especificar los factores de riesgo para hemorragia posparto en la gestación actual; d) Detallar las causas de hemorragia posparto en el grupo de estudio.

Los antecedentes a nivel Internacional, Sirwardena et al<sup>13</sup>, identificaron los factores asociados con la hemorragia posparto temprana, este estudio incluyó a 300 madres cuyos datos fueron analizados con SPSS versión 23 utilizando porcentajes y la función chi-cuadrado. En la muestra, el 12,0%, 15,3%, 11,0%, 0,7% y 4,3% padecían anemia, diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas, enfermedades renales e hipertiroidismo, respectivamente.

Soares et al<sup>14</sup> indagaron las causas sociodemográficas y clínicas asociadas a la hemorragia postparto en una maternidad, se incluyeron 83 mujeres que fueron atendidas en ese establecimiento, reportando que las razones de hemorragia posparto atribuidas a atonía uterina fueron de 25,6%, laceración 7,2%, trauma 3,6% y desórdenes de coagulación 1,2%.

Lucas et al<sup>15</sup>, en un estudio de cohorte prospectiva, analizaron las relaciones entre la hiperglucemia durante el embarazo y el riesgo de hemorragia posparto (HPP). Los resultados mostraron que el riesgo de hemorragia posparto era mayor en mujeres aborígenes con diabetes mellitus gestacional (DMG) o diabetes mellitus tipo 2 (DM2), con un odds ratio (OR) de 1,83 (IC 95 %: 1,11-3,02) para DMG. y O. 1,70 (IC del 95 %: 0,99–3,00) para DM2. Se encontró que una tasa significativamente mayor de sangrado posparto en mujeres aborígenes en comparación con mujeres no aborígenes refleja una mayor incidencia de DMG.

Zhong, et al<sup>16</sup>, investigaron Estudiaron las diferencias en las complicaciones maternas y neonatales y los patrones de parto entre mujeres primíparas y multíparas en China y cómo pueden afectar la hemorragia posparto. Demostraron que el odds ratio (aOR) de hemorragia posparto grave debido a fórceps era mayor en mujeres multíparas (aOR:

9,32, IC 95%: 3,66-23,71) que en mujeres lactantes (AOR). 9,32, IC 95%: 3,66-23,71) y (OR: 9,32, IC 95%: 3,66-23,71) y (OR: 1,70, 95) (IC%: 0,91-3,18). Finalmente, el uso de fórceps y cesáreas aumentan el riesgo de hemorragia posparto grave en mujeres con partos múltiples.

Jenabi, et al<sup>17</sup>, realizaron un metaanálisis de estudios epidemiológicos que examinan la asociación entre la endometriosis y la hemorragia posparto. Utilizando ODDS ratios (OR), encontraron una asociación significativa entre endometriosis y hemorragia posparto (OR = 1,44; IC 95%: 1,14-1,73). Con base en estos hallazgos, los médicos recomiendan preguntar a las mujeres con endometriosis sobre el sangrado posparto, el parto vaginal y la cesárea.

Habitamu, et al<sup>18</sup>, investigaron la gravedad y las causas de la hemorragia posparto (HPP) en un estudio transversal. Analizamos datos de 144 mujeres hospitalizadas en 2017-2018 y encontramos una tasa de hemorragia posparto del 7,6% (IC 95%: 6,2-9,8). La prueba de chi-cuadrado mostró que factores como la edad de nacimiento, el peso, la atención obstétrica y el sangrado previo estaban asociados con la HPP.

Stachetti, et al<sup>19</sup>, realizaron una revisión sistemática con el objetivo de reevaluar los factores asociados con la hemorragia posparto grave (S-HPP). Utilizando los criterios de Bradford Hill, se seleccionaron 14 estudios con 35.825 casos de S-HPP de 1.193 resúmenes. Los principales factores analizados fueron antecedentes de hemorragia posparto, antecedentes de cesárea previa, embarazo múltiple, desprendimiento de placenta, preeclampsia, inducción del parto, duración del parto, desprendimiento de placenta, histerectomía, endometriosis y endometriosis.

En los antecedentes nacionales tenemos a Lupaca S.<sup>20</sup>, se examinaron las características comunes de las mujeres con hemorragia posparto inmediata en un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se recopilaron datos a través de encuestas y un método de evaluación crítica, revelando las siguientes características prenatales: 78,3% de las mujeres estaban bajo control prenatal, 23,3% tenían anemia, 10% habían tenido una cesárea previa, y 45% eran multíparas. La

conclusión del estudio fue que, a pesar de un mayor número de controles prenatales, la incidencia de hemorragia posparto no disminuye.

Bolaños, et al <sup>21</sup> determinaron la influencia de los factores de salud y sociodemográficos en la hemorragia posparto en puérperas de hospitales de Barranquilla. Un estudio descriptivo de 280 pacientes ingresadas en el hospital entre enero de 2017 y enero de 2018 encontró que la edad de la paciente fue considerada un factor de riesgo para la hemorragia posparto, que ocurrió en el 70% de los casos. entre 30 y 47 años. En cuanto a factores sociodemográficos como el estado civil, se registró que el 47% de los pacientes vive en una relación estable y trabaja, mientras que el 79% de los pacientes son amas de casa. El embarazo es muy importante para las pacientes, se sabe que el 80% de los nacimientos son más de 3 veces. Concluyeron que la atención prenatal durante el embarazo es importante para prevenir la hemorragia posparto, de modo que se identifiquen tempranamente los factores de riesgo, los síntomas peligrosos y las complicaciones.

Mowerg I. <sup>22</sup> identifica los factores de riesgo conocidos asociados a la HPP desarrollaron un estudio descriptivo que incluyó a 21 puérperas de 20 a 35 años con diagnóstico de HPP. Causas principales: dolores de parto 47%, hipotensión uterina 28%, hipotensión. 28%, hipertrofia 33% y depresión 52%.

Portilla, A. y Bernaola E. <sup>23</sup> destacaron el conocimiento de los factores de riesgo asociados a la hemorragia posparto en una muestra de 120 mujeres en un servicio de ginecología con diseño no experimental, y el 30% de las mujeres fueron diagnosticadas con enfermedades ginecológicas. después del nacimiento de los gemelos de la madre, el 27% tenía antecedentes de aborto espontáneo, el 66% tuvo una cesárea, el 22% tuvo anemia y el 21% tuvo hemorragia posparto y, por el contrario, el 15% tuvo preeclampsia debido a factores relacionados con el embarazo, el 0,8% padecía preeclampsia. eclampsia, el 7% padece macrosomía fetal, 1,7% polihidramnios y 6% oligohidramnios.

En las bases teóricas, la hemorragia posparto (HPP) es un sangrado abundante de más de 500 ml dentro de las 24 horas posteriores al parto. Esta patología es una de las principales causas de mortalidad materna y afecta a países desarrollados y ricos. La

hemorragia posparto causa alrededor del 25% de las muertes maternas en todo el mundo. Aunque la mayoría de las muertes por hemorragia posparto ocurren dentro de las 24 horas posteriores al nacimiento, pueden prevenirse mediante cuidados intrauterinos adecuados y defecación oportuna <sup>26</sup>.

La hemorragia posparto se considera una de las principales causas de complicaciones graves y mortalidad en el período posparto de incremento en la mortalidad materna, situándose como la segunda más común e importante, y generalmente ocurre durante el período de puerperio inmediato. Este sangrado puede ser intenso y excesivo, y aunque a veces puede ser de corta duración, en otras ocasiones puede ser menos abundante, pero prolongarse por más tiempo. También es importante tener en cuenta que pueden presentarse hemorragias ocultas.<sup>27</sup>.

El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) proporciona definiciones adicionales sobre la hemorragia postparto (HPP). Según ACOG, se considera HPP cuando hay una pérdida sanguínea acumulada de  $\geq 1000$  ml o cuando la pérdida sanguínea se acompaña de los síntomas de hipovolemia dentro de las primeras veinticuatro horas después del parto, sin importar el método de parto, incluyen palidez, taquicardia, hipotensión, mareos, debilidad, y en casos graves, confusión o pérdida de conciencia. Esta definición busca reducir el número de pacientes que son erróneamente etiquetados como HPP. Sin embargo, ACOG también señala también que, a pesar de estar de acuerdo con las nuevas definiciones, cualquier pérdida de sangre superior a 500 ml durante un parto vaginal se considera anormal y debe llevar al profesional de salud a investigar la causa del incremento en la pérdida de sangre.<sup>28</sup>.

Según el momento en que se presenta, la hemorragia posparto (HPP) se clasifica en precoz o temprana y tardía o secundaria. La HPP precoz o temprana se refiere a la hemorragia que ocurre durante el primer día después del parto. En contraste, la HPP

tardía o secundaria se manifiesta generalmente entre 24 horas y 12 semanas después del parto<sup>29</sup>.

Los factores de riesgo más comunes incluyen la atonía uterina, que puede ser provocada por un trabajo de parto prolongado (más de 12 horas), un recién nacido que pese más de cuatro kilos, o embarazos múltiples; problemas placentarios, como la retención de la placenta, el desprendimiento de la placenta y la placenta previa; así como traumatismos en el tracto genital o en el útero, que pueden resultar de partos instrumentales o ruptura uterina y trastornos de la coagulación, como el hígado graso agudo durante el embarazo, sepsis materna o embolia de líquido amniótico<sup>30</sup>.

Aparte de los factores de riesgo mencionados, hay factores de riesgo sociodemográficos como: la edad, estado civil, grado de instrucción, lugar de residencia y ocupación que son importantes predictores de la hemorragia puerperal, y en estos casos, la profilaxis adecuada debe ser considerada una intervención crucial. Es importante tener en cuenta que también puede ocurrir hemorragia en ausencia de circunstancias detectables previas.<sup>31</sup>.

Las causas más frecuentes de la hemorragia posparto son:

a) Tono uterino anormal, que puede ser causado por atonía uterina, sobre distensión uterina, miomatosis uterina, inversión uterina. b) Trauma obstétrico, debido a: laceración de cérvix, ruptura uterina. c) Tejido retenido, a causa de: placenta anormal, retención placentaria. d) Trastornos de la coagulación sanguínea, como enfermedad hipertensiva del embarazo, infección severa, embolismo de líquido amniótico, deficiencia de factores de la coagulación<sup>32</sup>.

La atonía uterina es una afección en la que el útero no se contrae adecuadamente después del parto, lo que puede provocar un sangrado abundante después del parto. La falta de contracciones adecuadas impide el sangrado adecuado después del parto de la placenta.<sup>32</sup>

Un embarazo múltiple puede producir lo que se conoce como distensión uterina. Esto significa que el útero ha crecido demasiado debido a la necesidad de alojar más de



un bebé<sup>32</sup>.

La miomatosis uterina son tumores que se originan en el útero de la mujer. Estos crecimientos, por lo general, son benignos y no presentan riesgo de volverse cancerosos.<sup>32</sup>.

La inversión uterina es una emergencia obstétrica extremadamente rara en la que el cuerpo uterino gira de adentro hacia afuera y protruye hacia la vagina o más allá del introito, lo que puede provocar hemorragia, choque o incluso la muerte materna<sup>32</sup>.

La laceración cérvix es una ruptura o desgarradura en el tejido cervical que puede ocurrir cuando el cérvix se estira excesivamente durante el parto, especialmente durante un parto complicado. Las causas pueden incluir un trabajo de parto prolongado, un bebé muy grande, el uso de fórceps o ventosas, o una dilatación cervical inadecuada.<sup>32</sup>.

La ruptura uterina es una lesión que ocurre al final del embarazo o durante el parto, y suele afectar a mujeres que han tenido una cirugía uterina previa, como una cesárea. Esta complicación puede provocar que el feto quede libre en la cavidad abdominal <sup>32</sup>.

Desde el lugar equivocado fuera de la ubicación, esta condición se clasifica como placenta previa o placenta acreta. La placenta previa es una implantación anormal del intestino en la parte inferior del útero, donde la placenta cubre parcial o completamente la columna cervical; y el desprendimiento de placenta puede ocurrir cuando la placenta se adhiere firmemente al miometrio (la capa muscular del útero) pero no a la decidua (la capa que normalmente sostiene la placenta). <sup>32</sup>

La retención placentaria es la persistencia de la placenta o de fragmentos de ella en el útero después del parto. En condiciones normales, la placenta debe ser expulsada completamente en un período de 30 minutos a 1 hora después del nacimiento del bebé. Si la placenta no se expulsa dentro de este tiempo, se considera retención placentaria.

33

La enfermedad hipertensiva del embarazo abarca trastornos como la hipertensión crónica, la hipertensión gestacional, la preeclampsia y el síndrome de HELLP. Si tiene

problemas con estos factores, lea las instrucciones a continuación: La preeclampsia es muy peligrosa para la mayoría de las mujeres debido al daño a los órganos, en casos más graves se convierte en eclampsia, que se acompaña de epilepsia. Es una grave amenaza para la madre y el feto y requiere un tratamiento especial.<sup>33</sup>

La embolia de líquido amniótico es una reacción adversa aguda que ocurre cuando el líquido amniótico o sus componentes entran en el torrente sanguíneo materno, provocando una serie de respuestas fisiológicas graves.<sup>33</sup>

El diagnóstico de la hemorragia del posparto se realiza cuando se observa una pérdida excesiva de sangre tras el parto, generalmente dentro de las primeras 24 horas, aunque puede ocurrir hasta 6 semanas después del nacimiento. Este diagnóstico se basa en la cantidad de sangre perdida, los síntomas clínicos, y la evaluación médica de la causa subyacente<sup>33</sup>.

En cuanto al tratamiento, el primer paso consiste en realizar un masaje manual del útero y eliminar los coágulos del segmento uterino inferior.<sup>34</sup> Simultáneamente, se administran fármacos uterotónicos de manera secuencial.<sup>35</sup>:

Oxitocina (Syntocinon): 10 UI IM o 10-40 U/I en dilución. Actualmente, es el tratamiento de primera elección. Se recomienda mantener la perfusión durante las siguientes 4-6 horas para asegurar su eficacia.<sup>34</sup>

Metilergonovina (Methergin): 0,25 mg intramuscular (IM) o 0,125 mg intravenoso (IV) cada 5 minutos, con un máximo de 5 dosis. Está contraindicada en casos de hipertensión arterial (HTA) y, por lo tanto, en preeclampsia. Usualmente se emplea como complemento a la oxitocina en situaciones donde esta última no resulta suficiente.<sup>34</sup>

PG F2 alfa (Carboprost, Hemabate): 250 µg intramusculares (IM) cada 15 minutos, con un máximo de 8 dosis. Está contraindicado en pacientes con asma, enfermedades hepáticas o cardíacas.<sup>34</sup>

PG E1 (Misoprostol, Cytotec): 400-600 µg por vía oral o rectal. La dosis habitual es de 4 comprimidos de 200 µg cada uno, administrados por vía rectal para una absorción más

rápida. Su ventaja es que puede ser utilizado en pacientes con asma o hipertensión arterial (HTA). Entre los efectos secundarios dosis-dependientes se incluyen temblores y fiebre. Aunque las prostaglandinas por sí solas no están aprobadas para prevenir la hemorragia postparto (HPP debido a sus efectos secundarios significativos), pueden ser utilizadas como agentes coadyuvantes en el tratamiento de la oxitocina<sup>36</sup>

## II. METODOLOGÍA

La investigación fue de tipo aplicada, ya que permitió resolver el problema planteado en el estudio mediante la utilización de conocimientos prácticos derivados de los resultados obtenidos, ya sea de forma individual o en colaboración; por otra parte, tendrá el enfoque cuantitativo<sup>37</sup>.

El diseño del estudio fue no experimental, porque evita la manipulación indebida de las variables de investigación y ofrece información relevante, concisa, transparente, veraz y confiable. Además, el estudio fue de tipo transversal, ya que el análisis se llevó a cabo durante un período específico utilizando el instrumento. Y por último, fue de nivel descriptivo porque se describieron casos clínicos de los pacientes para identificar las causas principales de la hemorragia posparto en el hospital nivel II<sup>37</sup>.

La variable de estudio es las principales causas de hemorragia posparto, que se define como el sangrado excesivo superando el valor de 500 ml o mayor en 24 horas posterior al parto<sup>28</sup>. (Anexo 1)

La población estuvo conformada por 268 casos de puérperas que han tenido el diagnóstico de hemorragia posparto que han sido atendidas en el hospital distrital Santa Isabel de El Porvenir, en el periodo de estudio de enero 2000 a diciembre 2023.

Criterios de inclusión: Se incluyó a todas las pacientes puérperas con diagnóstico de hemorragia posparto que tengan todos los datos completos y legibles registrados en la historia clínica.

Criterios de exclusión: Se excluyeron a las pacientes puérperas con diagnóstico de hemorragia posparto con datos incompletos e ilegibles.

Se realizó un trabajo de tipo censal por lo que no se calculó el tamaño de muestra.

En cuanto al muestreo de los 268 casos de HPP se excluyeron 95 pacientes por no cumplir los criterios de inclusión, quedando un total de 173 pacientes en el estudio.

Unidad de análisis: Cada una de las historias clínicas de las pacientes puérperas con diagnóstico de hemorragia posparto en el hospital nivel II.

Técnicas de recolección de datos, los métodos para poder llegar a realizar los objetivos específicos que se ha planteado en el estudio es tener la técnica del análisis documental para poder analizar la hemorragia posparto mediante las dimensiones e indicadores que se han planteado en el estudio con el único objetivo de obtener un modelo adecuado el cual sea de acuerdo al proyecto a efectuar<sup>37</sup>.

El instrumento de recolección de datos fue la ficha de la revisión documental, de tal modo que para poder recolectar los datos fidedignos se tiene que realizar bajo los medios indicados como los instrumentos aplicando la técnica adecuada así mismo en todo estudio se tiene que mencionar los instrumentos que se van a utilizar para poder recolectar los datos cuál fuese el grupo de estudio<sup>37</sup>.

La validez fue determinada por juicio de expertos, por médicos especialistas, quienes tienen la competencia necesaria para validar el instrumento del estudio. Esto aseguró que la información obtenida sea fiable y clara, y que el instrumento alcance el nivel de precisión requerido.

Método de análisis de datos: La información fue registrada en la ficha de recolección de datos y se procesó en una base de datos utilizando el programa SPSS 27.0 para Windows. Se aplicó estadística descriptiva para analizar los datos, lo que permitió presentar los resultados en términos de frecuencias y proporciones.

Aspectos éticos: El material presentado cumplió con los principios éticos, asegurando que la información sea fidedigna y transparente. Se cumplió con la guía de productos de investigación establecida por la Resolución de Vicerrectorado de Investigación N°081-2024-VI-UCV del periodo 2024, y se consideraron las normas aprobadas por la Universidad César Vallejo, incluyendo las citas actuales según el estilo Vancouver y la correcta redacción. De esta manera, se garantiza que la información recolectada es legítima y original.

La presente investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la escuela de medicina de la universidad César Vallejo. Por consiguiente, se siguieron los principios bióticos de la declaración de Helsinki, garantizando bajo la integridad que el estudio se efectúe de forma profesional y de ética a través de los estándares adecuados, por otro

lado también se realizó bajo la honestidad, porque nos permite evitar la manipulación de la información que pueda distorsionar los hallazgos, así mismo también se tiene la objetividad, que nos ayuda a que nuestras conclusiones sean objetivas y poder evitar los sesgos, tal es así que también la veracidad es importante porque permite la veracidad y la honestidad de los resultados, del mismo modo la transparencia porque permite que el estudiante tenga libre decisión en cuanto a su participación evitando cualquier conflicto de interés, de tal manera que la integridad humana, hace valorar a la persona por encima de cualquier interés; la equidad, evita la discriminación en cuanto a la participación de cada estudiante, y el valor del respeto permite evitar el plagio dando credibilidad a otros autores.

### III. RESULTADOS

En el presente capítulo, se presentan los resultados de 173 casos de puérperas que han tenido el diagnóstico de hemorragia posparto que han sido atendidas en un hospital nivel II en el periodo de estudio de enero 2000 a diciembre 2023.

**Tabla 1.** *Características sociodemográficas de las puérperas con diagnóstico de hemorragia posparto - Hospital distrital Santa Isabel*

Características sociodemográficas		N°	%
Edad	a. <18 años	7	4,05 %
	b. 18 años a 35 años	70	40,46 %
	c. >35 años	66	38,15 %
Estado civil	a. Soltera	69	40,00 %
	b. Casada	15	9,00 %
	c. Conviviente	83	48,00 %
	d. divorciado	6	3,00 %
	e. viuda	0	0 %
Grado de instrucción	a. Primaria completa	1	0,6 %
	b. Primaria incompleta	2	1,2%
	c. Secundaria completa	170	98,3 %
	d. Secundaria incompleta	0	0,0 %
Lugar de residencia	a. Zona rural	0	0,0 %
	b. Zona urbana	173	100,0 %
Ocupación	a. Ama de casa	78	45,08 %
	b. Obrera	42	24,27 %
	c. Empleada profesional	25	14,45 %
	d. Independiente	28	16,18 %

Fuente: Elaboración propia

Se observa que el 40,46% de las puérperas han sido mujeres entre 18 y 35 años. Además, el 48% de las mujeres de su estado civil es convivientes. Con relación al grado de instrucción el 98,3% han logrado terminar su secundaria. En su zona de residencia el 100% son de zona urbana. Y de ocupación registran el 45,08% son amas de casa.

**Tabla 2. Antecedentes obstétricos de las puérperas - Hospital distrital Santa Isabel**

Antecedentes obstétricos		N°	%
Paridad	a. Primípara	68	39,31%
	b. Multípara (2 o más partos)	80	46,24%
	c. Gran multigesta (5 o más partos)	25	14,45%
Gestaciones	a. A término	76	42,93%
	b. Pre término y óbito	58	33,53%
	c. Aborto, ectópicos y mola	39	22,54%
Historia de cesárea previa	Si	137	79,19%
	No	36	20,0%
Antecedente de hemorragia posparto en embarazo anterior	Si	105	60,69%
	No	68	39,31%
Historia de aborto	Si	101	58,38%
	No	72	41,61%

Fuente: elaboración propia

Se observa que, de los antecedentes obstétricos, la paridad: 46,24% de las puérperas son mujeres multíparas. Gestaciones: el 42,93 % han llegado a término y el 22,54% tienen antecedentes de haber sufrido abortos, ectópicos Historia de cesaríá previa: El 79,19% de las puérperas tienen historia de cesaríá previa, y que 60,69% tiene antecedente de hemorragia posparto en embarazo anterior. Y el 58,38% historial de aborto.



**Tabla 3.** Factores de riesgo para hemorragia posparto de las puérperas - Hospital distrital Santa Isabel

	Factores de riesgo	N°	Porcentaje
Atonía uterina	Multiparidad	80	46,24%
	Labor de parto prolongada	12	6,94%
	Labor de parto obstruida	8	4,62%
	Polihidramnios	3	1,73%
	Macrosomía Fetal	1	0,58%
	Miomatosis uterina	5	2,89%
Problemas placentarios	Desprendimiento prematuro de placenta	14	8,09%
	Retención de restos placentarios	9	5,20%
	Implantación fúndica de la placenta	5	2,89%
Traumatismos en el tracto genital o útero		15	8,67%
	Cirugía uterina previa		
Trastornos de la coagulación	Parto vaginal instrumentado.	3	1,73%
		4	2,31%
	Corioamnionitis		
	Fiebre o sepsis	14	8,09%
	Total	173	1.0000

Fuente: elaboración propia

Se observa que, de los factores de riesgo para hemorragia posparto de las puérperas, el 46,24% son puérperas con multiparidad, el 14,45 % han tenido cirugía uterina previa, el 8,09% han sido casos de fiebre o sepsis, el 6,94% una labor de parto prolongada, al igual que retención de restos placentarios, el 4,62% son casos de labor de parto obstruida, casos de embarazos múltiples corresponden a 3,47%, el 2,89% son casos de implantación fúndica de la placenta, el 2,31% fueron para casos de corioamnionitis, los más representativos de las historias clínicas revisadas.

**Tabla 4.** *Causas de hemorragia posparto de las puérperas - Hospital distrital Santa Isabel*

Causas de hemorragia posparto	N°	%
Atonía uterina	89	51,45%
Sobredistensión uterina	4	2,31%
Miomatosis uterina	5	2,89%
Inversión uterina	0	0,00%
Placenta anormal	23	13,29%
Laceración cérvix	3	1,73%
Ruptura uterina	15	8,67%
Embolismo de líquido amniótico	5	2,89%
Enfermedad hipertensiva del embarazo	15	8,67%
Infección severa	14	8,09%
Total	173	100,00%

Fuente: elaboración propia

De las causas de hemorragia posparto de las puérperas, se concluye que se encontraron que, de los 173 casos, el 51,45% a casos de causas por atonía uterina, 13,29% a casos de placenta anormal, 8,67% al igual que hipertensiva del embarazo, el 8,09% a infección severa, miomatosis uterina al igual embolismo de líquido amniótico el 2,89% casos, casos de sobredistensión uterina | 2,31% y 1,73% de casos de laceración cérvix.

**Tabla 5.** Principales causas de hemorragia posparto de las puérperas con diagnóstico de hemorragia posparto - Hospital distrital Santa Isabel

Causas de hemorragia posparto	N°	%
Atonía uterina	89	51,45%
Placenta anormal	23	13,29%
Ruptura uterina	15	8,67%
Enfermedad hipertensiva del embarazo	15	8,67%
Infección severa	14	8,09%
Total	156	100,00%

Fuente: elaboración propia

Se puede observar que las principales causas de hemorragia posparto, se ha considerado de las 173 casos a la totalidad de casos de los 5 principales causas de hemorragia posparto que dan un total de 156 historias clínicas representan a las principales causas de HPP de las puérperas en un hospital distrital Santa Isabel, el 51,45% representan a la causa de atonía uterina, el 13,29% a placenta anormal, el 8,67% a enfermedad de hipertensión del embarazo y rotura uterina, y 8,09% infección severa.

#### IV. DISCUSIÓN

Dentro de las principales causas de la hemorragia posparto se pudo encontrar que del total de las 173 historias clínicas analizadas, se han tomado a 156 casos de historias clínicas que representan a las 5 las principales causas de HPP de las puérperas en el hospital distrital Santa Isabel, el 28,85% representan a la causa de inversión uterina, el 25% a embolismo de líquido amniótico, el 51,45% representan a la causa de atonía uterina, el 13,29% a placenta anormal, el 8,67% a enfermedad de hipertensión del embarazo y rotura uterina, y 8,09% infección severa.

Los cuales coinciden con lo encontrado por Soares et al<sup>14</sup> de las 83 mujeres estudiadas que fueron atendidas en ese establecimiento, reportando que las razones de hemorragia posparto atribuidas a atonía uterina fueron de 25,6%, laceración 7,2%, trauma 3,6% y desórdenes de coagulación 1,2%. También, podemos hacer mención a Lupaca S.20 revelando las siguientes características prenatales: 78,3% de las mujeres estaban bajo control prenatal, 23,3% tenían anemia, 10% habían tenido una cesárea previa, y 45% eran multíparas. Por otro lado, Valiente et al. 38 determinó que, de las causas de la HPP, la atonía uterina fue la principal etiología de la misma, con un 43,2%. Para Tipiana<sup>39</sup> en sus resultados, determinó que, del caso analizado, la causa de la HPP se debió a la retención placentaria en la puérpera.

Asimismo, se destaca la investigación de Sirwardena et al<sup>13</sup> en su investigación destacan que las causas asociadas a la HPP en 300 madres estudiadas, las padecían anemia, diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas, enfermedades renales e hipertiroidismo. Así como en el caso de Zhong, et al<sup>16</sup>, debido en mujeres multíparas.

De lo mencionado, se puede concluir que las causas de la hemorragia post parto, es más frecuente que se presenten casos de mujeres con problemas de inversión uterina, además de presentarse complicaciones con la placenta que en muchos casos ocasionado la muerte, mujeres con problemas de hipertensión y además que han tenido problemas de infecciones severas. Ante ello, se puede sostener que es importante que, en la atención médica, se identifiquen claramente las causas de HPP, que las mujeres

están expuestas y con ello poder realizar una intervención apropiada de acuerdo a sus condiciones.

Dentro de las características sociodemográficas de las puérperas, se pudo encontrar que el 40,46% de las puérperas han sido mujeres entre 18 a 35 años. Además, el estado civil del 48% de las mujeres es conviviente. Con relación al grado de instrucción el 98,3% ha logrado terminar su secundaria. En su zona de residencia el 100% son de zona urbana. Y de ocupación registran el 45,08% son amas de casa, si bien las características generales, no se pueden comparar porque cada población tiene características específicas, esto depende de la geografía y el entorno social y requiere, entre otras cosas, autenticación de estas características permiten ahondar en la realidad de la investigación.

En este sentido, Karai et al<sup>38</sup> observaron en su estudio húngaro que la edad predominante de las adolescentes embarazadas es los 19 años, lo que representa el 41% del total. Además, vieron que casi la mitad vive en pareja, alcanzando el 44,9%. Subedi et al<sup>15</sup> evaluaron a mujeres embarazadas en Nepal y encontraron que la edad media era de 18,4 años, pero el 39,9% estaban casadas. Cabe señalar que el nivel educativo y el estado civil del paciente no son sólo medidas demográficas, sino también factores muy importantes en la obtención de información de salud. Estos factores pueden afectar significativamente el apoyo social disponible durante el embarazo y el parto, lo que tiene un impacto directo en la salud materna.

Por otro lado, en el estudio de Habitamu, et al<sup>18</sup> del caso de 144 historias clínicas analizadas, se reportan mujeres que tienen un rango de edad de 18 a 36 años, además que, en su mayoría, son mujeres de zona urbana, y que tienen condición de convivientes con los padres de sus hijos. Asimismo, en el estudio de Lupaca S.<sup>20</sup> se han analizado casos de mujeres que han llevado sus controles prenatales, registraron a mujeres mayores de edad, que tienen nivel de secundaria, y con un nivel socioeconómico medio, además de encontrarse en calidad de estado civil de conviviente.

De lo mencionado, se puede destacar que las características sociodemográficas, en los casos de mujeres con casos de HPP, se reportan mujeres mayores de edad, en su mayoría las mujeres son de calidad de convivientes, y que tiene un nivel de educación secundaria.

Con respecto a los antecedentes obstétricos se encontró que, de paridad, el 46,24% de las puérperas son mujeres multíparas. En gestaciones, el 42,93 % han llegado a término y el 22,54% tienen antecedentes de haber sufrido abortos, ectópicos, con referencia a tener historia de cesaríá previa, el 79,19% de las puérperas tienen historia de cesaríá previa, y que 60,69% tiene antecedente de hemorragia posparto en embarazo anterior y el 58,38% historial de aborto. Asimismo, Páez, D. y Romero, J.<sup>41</sup> señalan que de los antecedentes obstétricos más predominantes han sido de mujeres con antecedentes de cesaríá previa y los casos de puérperas con historial de aborto.

De lo mencionado, se puede destacar que los antecedentes obstétricos, en las mujeres con casos de HPP, se concentran mujeres que han sufrido abortos, han tenido cesarías previas.

Con relación a los factores de riesgo se encontró en la investigación, que el 46,24% son puérperas con multiparidad, el 14,45 % han tenido cirugía uterina previa, el 8,09% han sido casos de fiebre o sepsis, el 6,94% una labor de parto prolongada, al igual que retención de restos placentarios, el 4,62% son casos de labor de parto obstruida, casos de embarazos múltiples corresponden a 3,47%, el 2,89% son casos de implantación fúndica de la placenta, el 2,31% fueron para casos de corioamnionitis, los más representativos de las historias clínicas revisadas. Asimismo, Stachetti, et al<sup>19</sup> abarcando un total de 35 825 casos de HPP, encontró que los factores clave identificados incluyeron antecedentes de HPP, cesáreas previas, embarazo múltiple, placentación anormal, preeclampsia, inducción del parto, trabajo de parto prolongado, retención de placenta, ruptura uterina, atonía uterina y fibromas uterinos. Por otro lado, Osorio et al.<sup>40</sup> en México determinaron que de los 40 expedientes de pacientes obstétricas casi la mitad (42%) presentó al menos un factor de riesgo. Se identificó como principal factor de riesgo a la multiparidad (60%), así como preeclampsia (15%), cesárea (13%) e hipertensión

gestacional (10%). El factor de riesgo predominante de hemorragia posparto fue la atonía uterina (90%).

Por otro lado, Bolaños, et al 21, en su investigación encontró que un factor de riesgo para la hemorragia posparto, que ocurrió en el 70% de los casos en mujeres entre 30 y 47 años. En el caso de Mowerg I. 22 los factores de riesgo conocidos asociados a la HPP de 21 puérperas de 20 a 35 años con diagnóstico de HPP han tenido dolores de parto 47%, hipotensión uterina 28%, hipotensión. 28%, hipertrofia 33% y depresión 52%.

En el estudio de Portilla, A. y Bernaola E. <sup>23</sup> los factores de riesgo asociados a la hemorragia posparto en una muestra de 120 mujeres, el 30% de las mujeres fueron diagnosticadas con enfermedades ginecológicas. después del nacimiento de los gemelos de la madre, el 27% tenía antecedentes de aborto espontáneo, el 66% tuvo una cesárea, el 22% tuvo anemia y el 21% tuvo hemorragia posparto y, por el contrario, el 15% tuvo preeclampsia debido a factores relacionados con el embarazo, el 0,8% padecía preeclampsia. eclampsia, el 7% padece macrosomía fetal, 1,7% polihidramnios y 6% oligohidramnios.

Ante lo mencionado, se puede concluir que los factores de riesgo de los casos de HPP, son importantes predictores de la hemorragia puerperal, y en estos casos, la profilaxis adecuada debe ser considerada una intervención crucial.

## V. CONCLUSIONES

La hemorragia posparto en la población estudiada con mayor relevancia han sido mujeres entre 18 a 35 años, en su mayoría que han terminado su secundaria y que son de ocupación amas de casa.

Referente a los antecedentes obstétricos obtenidos la mayoría de las puérperas han sufrido abortos, así como también tienen una historia de haber tenido una cesaríá previa y sobre todo tienen antecedentes de haber sufrido hemorragia posparto en embarazo anterior.

De los factores de riesgo asociados a hemorragia posparto de las puérperas, se debe resaltar los casos de atonía uterina, problemas placenteros y trastornos de la coagulación.

De las causas de hemorragia posparto de las puérperas se ha determinó que entre ellas se presentan casos de causas por atonía uterina, por problemas de placenta anormal, al igual que hipertensiva del embarazo, así como infección severa, miomatosis uterina, así como casos de embolismo de líquido amniótico, de sobredistensión uterina y de laceración cérvix.

En respuesta al objetivo general se encontró que las principales causas de hemorragia posparto, en las puérperas del hospital distrital Santa Isabel, fueron atonía uterina, la placenta anormal, enfermedad de hipertensión del embarazo, rotura uterina e infección severa.



## **V. RECOMENDACIONES**

Instruir a las gestantes sobre los signos y síntomas de alerta que podrían indicar riesgo de HPP, promoviendo la búsqueda de atención médica inmediata.

Implementar un protocolo de monitoreo riguroso del sangrado y la contracción uterina durante las primeras horas después del parto, con un enfoque especial en el primer contacto madre-hijo.

Proporcionar capacitación regular al personal de salud sobre la identificación y manejo de la HPP, incluyendo simulaciones y actualización en protocolos de emergencia.

Proporcionar educación a las madres sobre el cuidado postparto, signos de complicaciones y cuándo buscar atención médica.

## REFERENCIAS

1. Sornoza R, Ordóñez MA, Velásquez NJ, Espinoza MR. Hemorragias obstétricas. RECIAMUC. 2022; 6(2):287–295. doi: [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(2\).mayo.2022.287-295](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(2).mayo.2022.287-295)
2. Gómez Martínez N; Morillo Cano JR; Pilatuna Tirado CB. El cuidado enfermero en pacientes con atonía uterina atendidas en el Hospital General Puyo. Dilemas contemp. educ. política valores [internet]. 2021[citado 24 abril 2023]; 8(3), 00050. doi: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-78902021000200050&script=sci\\_arttext&lng=es#B16](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-78902021000200050&script=sci_arttext&lng=es#B16)
3. Columbié Fariñas T, Pérez Castillo R, Cordero Gonzalez Y. Factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato: Hospital Juan Bruno Zayas. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de octubre de 2019 [citado 5 de abril de 2023];4(10):e269. doi: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/269>
4. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en salud. Prevención y manejo de la hemorragia postparto. Guía de práctica clínica: Evidencias y Recomendaciones. CENETEC; 2021.
5. Escobar MF, Nassar AH, Theron G, et al. FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. Int J Gynaecol Obstet. 2022;157 Suppl 1(Suppl 1):3-50. doi: [10.1002/ijgo.14116](https://doi.org/10.1002/ijgo.14116)
6. Feduniw S, Warzecha D, Szymusik I, Wielgos M. Epidemiology, prevention and management of early postpartum hemorrhage – a systematic review. Ginekol Pol. 2020;91(1):38-44. doi: [10.5603/GP.2020.0009](https://doi.org/10.5603/GP.2020.0009)
7. Bienstock J, Eke A, Hueppchen N. Postpartum hemorrhage. N Engl J Med. 2021; 384(17): 1635–1645. DOI: [10.1056/NEJMra1513247](https://doi.org/10.1056/NEJMra1513247)
8. Ponce M, Zapata M, Cárdenas A, Parra W. Manejo de la hemorragia severa postparto por atonía uterina. Dom. Cien. 2021: 7(4): 1128-1146

9. Castiblanco A, Coronado C,, Morales L, Polo T, Saavedra A. Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. Revista Cuidarte. 2022;13(1): e2075. Doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2075>
10. Columbié T, Pérez R, Cordero Y. Factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato: Hospital Juan Bruno Zayas. Revista Médica Sinergia 2019;4.
11. Ende H, Lozada J, Chestnut D, Osmundson S, Walden R, Shotwell M, Bauchat J. Risk Factors for Atonic Postpartum Hemorrhage: A Systematic Review and Meta-analysis. Obstet Gynecol. 2021 February 01; 137(2): 305–323. doi: 10.1097/AOG.0000000000004228
12. Bolaños M, Ferrer L, Martínez J. Incidencia De Factores Clínicos Y Sociodemográficos De Hemorragia Postparto En Pacientes Atendidas En El Hospital Niño Jesús En Barranquilla. Enero 2017-Enero 2018. Biociencias 2020. 15(2). Doi: <https://doi.org/10.18041/2390-0512/biocien-cias.2.7344>
13. Sirwardena, RNM, Jayathilaka, MRKS ; Batagoda, NDG ; Indrawansha, KMUJ ; Jayathilaka, PLP ; Senarath, NSASN ; Patio, KTG. Factores asociados con la hemorragia posparto temprana entre las madres durante el período posparto en el Castle Street Hospital for Women en Colombo, Sri Lanka. 2021. doi: <http://ir.kdu.ac.lk/handle/345/5101>
14. Soares DT, Couto TM, Martins RD, Teixeira JRB, Pires JA, Santos GO. Factores Sociodemográficos y Clínicos Asociados a la Hemorragia Posparto en una Sala de Maternidad Aquichan. 2021;21(2): e2127. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.2.7>
15. Lucas IM, Barr ELM, Barzi F, Longmore DK, Lee IL, Kirkwood M, Whitbread C, Connors C, Boyle JA, Simon D, Goodrem A, Brown ADH, Oats J, McIntyre HD, Shaw JE, Maple-Brown L; PANDORA study research team. Gestational diabetes is associated with postpartum hemorrhage in Indigenous Australian women in the PANDORA study: A prospective cohort. Int J Gynaecol Obstet. 2021

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.13846>

16. Zhong, W., Fu, Q. et al. Efectos diferenciales de diferentes métodos de parto en la progresión a hemorragia posparto grave entre mujeres chinas nulíparas y múltiparas: un estudio de cohorte retrospectivo. BMC Embarazo Parto 20, 660 (2020). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03351-7>
17. Jenabi Ensiyeh, Khazaei Salman \*, Masoumi Zahra Seyedeh, La asociación entre el leiomioma uterino y la hemorragia posparto: un metaanálisis, Revisiones actuales de la salud de la mujer 2020; 16(4) doi: <https://dx.doi.org/10.2174/1573404816999200421101112>
18. Habitu, D., Goshu, YA & Zeleke, LB La magnitud y los factores asociados de la hemorragia posparto entre las madres que dieron a luz en el hospital general Debre Tabor 2018. BMC Res Notes 12, 618 (2019). Doi: <https://doi.org/10.1186/s13104-0194646-9>
19. Stachetti T, Spodenkiewicz M, Winer A, Boukerrou M, Jesson J, Gérardin P. Factores asociados con la hemorragia posparto grave: revisión sistemática utilizando el marco 23 de causalidad de Bradford Hill. Revista de Informes de Salud Global. 2019;3:e2019085. doi: [10.29392/joghr.3.e2019085](https://doi.org/10.29392/joghr.3.e2019085)
20. Lupaca Susario, L. Características Generales De Puérperas Inmediatas Con Hemorragia Post Parto En El Hospital Félix Mayorca Soto Año 2019. 2021. Doi: <https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/8295/Lupaca%20%20SLL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. Bolaños, M., Ferrer, L., & Martínez, J. C. Incidencia de factores clínicos y sociodemográficos de hemorragia postparto en pacientes atendidas en el Hospital Niño Jesús en Barranquilla. Enero 2017-enero 2018. Biociencias, 2020. 15(2), 39-47. <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/biociencias/article/view/7344>
22. Mowerg, L. Factores de riesgo relacionado con hemorragia postparto en el Hospital Iquitos César Garayar García de enero – abril 2021. Iquitos, Perú.

Universidad Científica del Perú. Disponible en:  
<http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/1603/LUISA%20FRANCESCA%20MOWERG%20SANCHEZ%20-%20TSP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

23. Portilla, A y Bernaola, E. Factores de riesgo asociados a la hemorragia posparto en mujeres de 14 a 45 años atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021. Ica, Perú. Universidad Autónoma de Ica. Disponible en:  
<http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/1603/LUISA%20FRANCESCA%20MOWERG%20SANCHEZ%20-%20TSP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Pazos-Rey Lorena, Puertas-Peña Carmen, Rueda-Sepúlveda Manuel, JiménezMendiguchía Beatriz, Ramos-Balbona Blanca, Ferrer-Barriendos Francisco Javier. Piomoma durante el puerperio: reporte de un caso. Ginecol. obstet. Méx. [revista en la Internet]. 2019 [citado 2023 Dic 05] ; 87( 7 ): 483-488. Doi:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S030090412019000700009&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S030090412019000700009&lng=es). Epub 06-Ago- 24 2021. Doi:  
<https://doi.org/10.24245/gom.v87i7.3005>.
25. Ramirez A, Benavides L. Hemorragia obstétrica postparto: propuesta de un manejo básico integral, algoritmo de las 3 «C». Revista Mexicana de Anestesiología [Internet]. Doi:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/34182/1/Tesis.pdf>
26. Vigil-De Gracia P, Olmedo J. Diabetes gestacional: conceptos actuales. Ginecol. obstet. Méx. [revista en la Internet]. 2017 [citado 2023 Dic 06] ; 85( 6 ): 380-390. Doi:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S030090412017000600380&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S030090412017000600380&lng=es)
27. Diabetes gestacional: Impacto de los factores de riesgo en Latinoamérica. Investigación Materno Perinatal [Internet]. 2023 May 24 [cited 2023 Agost.

- 5];12(1):33-4. Doi:  
<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/articloe/view/317>
28. García, C., Rojas, N. Factores asociados a hemorragia postparto en puerperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2021 [1]. PE: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2023. Doi:  
<https://hdl.handle.net/20.500.13080/8409>
29. Gonzales I. Factores asociados a la hemorragia post parto en púerperas del Hospital II-2 Tarapoto, 2019 [Internet]. Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto; 2021 [citado el 10 de Mayo de 2023]. Doi:  
<https://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/3880>
30. Lisonkova S. et al. Atonic Postpartum Hemorrhage: Blood Loss, Risk Factors, and Third Stage Management. Journal of Obstetrics and Gynecology Canada [internet]. Volume 38, Issue 12, 1081 - 1090.e2. 2016. [citado 28 mayo 2022] DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2016.06.014>
31. Iglesias J, Urbina D. Factores asociados a hemorragia post parto en mujeres. [Tesis]. Repositorio de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua 2016. Doi:  
<https://core.ac.uk/download/pdf/94853288.pdf> 25
32. Mocarro S. Determinar los factores de riesgo asociados con hemorragias postparto en el Hospital de la amistad Perú. [Tesis]. Repositorio de la Universidad Nacional de Piura. Perú 2019. Doi:  
<https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1623/OBS-MOCCHA2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
33. Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. [Internet] Argentina. 2018. Consenso de la hemorragia postparto [Consultado el 30 de mayo del 2023]. Doi: [http://www.sogiba.org.ar/images/Consenso\\_HPP\\_SOGIBA\\_2018.pdf](http://www.sogiba.org.ar/images/Consenso_HPP_SOGIBA_2018.pdf)
34. Chavarri A. Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. Rev. Médica Sinergia. [Internet] 2020; 5 (6) 2215. Doi:

<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/512/873>

35. Soto A. Estudios de casos y controles. Rev. Fac. Med. Hum. 2020; 20(1): 138-143. Doi: <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i1.2555>.
36. Parreño, A. Metodología de la investigación en Salud, Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2016. Fecha de acceso 11 de junio del 2023. Doi: [www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf](http://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf)
37. Hernández, R. Metodología de la investigación. 7ma ed. México: MC GRAW HILL; 2018
38. Valiente, N. G. L., Guerra, G. D. L. Á. M., Najarro, D. A. P., Menéndez, A. F. A., & Flores, A. M. V. (2023). Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. *Alerta, Revista científica del Instituto Nacional de Salud*, 6(1), 70-77. <https://camjol.info/index.php/alerta/article/view/15231>
39. Tipiana Guevara, S. E. (2024). Hemorragia post parta por retención placentaria en un Hospital de III nivel, 2020. [Tesis] Repositorio José Carlos Marategui <http://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/2736>
40. Osorio, K. A. Q., de la Cruz Hernández, M. G., Ávila, S. V., Vázquez, G. L. G., & Ramos, D. R. (2024). Factores de riesgo y causas más frecuentes de hemorragia posparto en un hospital de segundo nivel. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5(5), 10. <https://enfispo.es/servlet/articulo?codigo=9608461>
41. Paéz D. y Romero J. (2021) Complicaciones puerperales de las maternas atendidas en un hospital de alta complejidad de Bogotá-Colombia entre junio de 2018 a junio de 2020 (Tesis) Universidad del Rosario. <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/31939/Complicaciones-puerperales-de-las-maternas-atendidas-en-un-hospital-de-altacomplejidad-de-Bogota-Colombia-entre-junio-de-2018-a-junio-de2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

## ANEXOS

### Anexo 1. Tabla de operacionalización de variables o tabla de categorización

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Sub dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Hemorragia post parto	La hemorragia posparto se conoce como el sangrado excesivo superando el valor de 500 ml o mayor en 24 horas posterior al parto <sup>28</sup>	Diagnóstico de hemorragia posparto registrado en la historia clínica y registro del volumen de sangrado.	<b>Características Sociodemográficas</b>	<b>Edad:</b> Período de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento en que se presenta el evento (hemorragia posparto).	a.< 18 años b.18-34 años c.> 35 años	NOMINAL
				<b>Estado civil:</b> Condición social actual de la mujer en el posparto.	a. soltera b. casada c. conviviente d. divorciada e. viuda	
				<b>Grado de instrucción:</b> Nivel educativo más alto completado	a. Analfabeta b. primaria c. Secundaria d. Superior	
				<b>Lugar de residencia:</b> Ubicación actual registrada en la Historia Clínica	a. Zona urbana b. Zona rural	
				<b>Ocupación:</b> actividad o trabajo que una persona realiza habitualmente para ganarse la vida.	a. Ama de casa b.Obrera c.Empleada profesional d. Independiente	
			<b>Antecedentes obstétricos previos al embarazo actual</b>	<b>Paridad:</b> Número de embarazos que ha tenido la mujer.	a. Primípara b. Multípara (2 o más partos) c. Gran multípara (5 o más partos)	



				<p><b>Gestaciones:</b> Número total de embarazos, independientemente de su resultado.</p>	<p>A a término B, pretérmino y óbitos c. aborto, ectópicos y mola d. nacidos vivos</p>	Nominal
				<p><b>Historia de cesárea previa:</b> Antecedente de haber tenido un parto por cesárea en embarazos anteriores.</p>	<p>a. Si b. No</p>	Nominal dicotómica
				<p><b>Historia De Abortos:</b> Antecedente de pérdida de uno o más embarazos antes de las 20 semanas de gestación.</p>	<p>a. Si b. No</p>	
				<p><b>Historia de hemorragia posparto previa:</b> Antecedente de haber experimentado hemorragia excesiva después de un parto anterior.</p>	<p>a. Si b. No</p>	
			<b>Factores De Riesgo</b>	<p><b>Labor de parto prolongada:</b> Duración excesiva del trabajo de parto, más allá de lo esperado para la fase activa</p>	<p>a. Si b. No</p>	Nominal dicotómico
				<p><b>Labor de parto obstruida:</b> El feto no puede progresar por el canal de parto debido a una obstrucción.</p>	<p>a. Si b. No</p>	
				<p><b>Multiparidad:</b> Condición de una mujer que ha tenido dos o más partos después de las 20 semanas de gestación</p>	<p>a. Si b. No</p>	
				<p><b>Corioamnionitis:</b> Infección de las membranas y el líquido amniótico.</p>	<p>a. Si b. No</p>	
				<p><b>Embarazo múltiple:</b> Gestación de dos o más fetos al mismo tiempo.</p>	<p>a. Si b. No</p>	
				<p><b>Polihidramnios:</b> Exceso de líquido amniótico en el útero.</p>	<p>a. Si b. No</p>	

				<p><b>Macrosomía Fetal:</b> Feto con un peso excesivo, generalmente superior a 4,000 gramos.</p> <p><b>Miomatosis uterina:</b> Presencia de miomas en el útero, que pueden afectar el curso del embarazo o el parto.</p> <p><b>Implantación fúndica de la placenta:</b> Localización de la placenta en la parte superior del útero.</p> <p><b>Parto vaginal instrumentado:</b> Uso de instrumentos como fórceps o ventosa para asistir el parto vaginal.</p> <p><b>Cirugía uterina previa:</b> Operación previa en el útero, como cesáreas.</p> <p><b>Retención de restos placentarios:</b> Persistencia de partes de la placenta en el útero después del parto</p> <p><b>Óbito fetal:</b> Muerte del feto en el útero después de las 20 semanas de gestación.</p> <p><b>Desprendimiento prematuro de placenta:</b> Separación temprana de la placenta de la pared uterina antes del parto</p> <p><b>Fiebre o sepsis:</b> Elevación de la temperatura o infección grave que puede ocurrir durante o después del parto.</p>	<p>a. Si b. No</p> <p>a. Si b. No</p> <p>a. Si b. No</p> <p>a. Si b. No</p> <p>a. Si b. No</p> <p>a. Si b. No</p> <p>a. Si b. No</p> <p>a. Si b. No</p>	
			<b>Causas</b>	<p><b>Atonía uterina:</b> Falta de contracción del útero después del parto, que causa hemorragia.</p>	<p>a. Si b. No</p>	Nominal dicotómico

				<p><b>Sobredistensión uterina:</b> Estiramiento excesivo del útero, dificultando su contracción.</p>	<p>a. Si b. No</p>	
				<p><b>Miomatosis uterina:</b> Presencia de miomas que interfieren con la contracción del útero.</p>	<p>a. Si b. No</p>	
				<p><b>Inversión uterina:</b> Colapso del útero hacia el canal vaginal, generalmente después del parto</p>	<p>a. Si b. No</p>	
				<p><b>Laceración cérvix:</b> Desgarros en el cuello uterino, vagina o perineo durante el parto.</p>	<p>a. Si b. No</p>	
				<p><b>Ruptura uterina:</b> Desgarro en la pared del útero, a menudo en cicatrices previas.</p>	<p>a. Si b. No</p>	
				<p><b>Placenta anormal:</b> Desarrollo anómalo de la placenta, lo que dificulta su desprendimiento</p>	<p>a. Si b. No</p>	
				<p><b>Retención placentaria:</b> Partes de la placenta permanecen en el útero tras el parto.</p>	<p>a. Si b. No</p>	
				<p><b>Enfermedad hipertensiva del embarazo:</b> elevación de la presión arterial <math>\geq 140/90</math> mm Hg después de la semana 20 de gestación sin la presencia de proteinuria</p>	<p>a. Si b. No</p>	
				<p><b>Infección Severa:</b> Infección grave que altera la capacidad de coagulación.</p>	<p>a. Si b. No</p>	
				<p><b>Embolismo De Líquido Amniótico:</b> Ausencia o insuficiencia de proteínas necesarias para la coagulación sanguínea.</p>	<p>a. Si b. No</p>	

## Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**Título: Principales causas de hemorragia posparto en un hospital nivel II**

**Autor: Bruno Giancarlo Vasquez Mondragon**

CARACTERÍSTICA SOCIODEMOGRÁFICAS					
N°HC	EDAD:	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCION	LUGAR DE RESIDENCIA	Ocupación
----- -	a. <18 años b. 18 años a 35 años c. >35 años	a. Soltera b. Casada c. Conviviente d. divorciado e. viuda	a. Primaria completa b. Primaria incompleta c. Secundaria completa d. Secundaria incompleta	a. Zona rural b. Zona urbana	a. Ama de casa b. Obrera c. Empleada profesional d. Independiente
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS PREVIOS AL EMBARAZO ACTUAL					
PARIDAD	GESTACIONES	HISTORIA DE CESAREA PREVIA	HISTORIA DE HEMORRAGIA POST PARTO	HISTORIA DE ABORTO	
a. Primípara b. Multípara( 2 o más partos) c. Gran multigesta ( 5 o más partos)	a. A termino b. Pre termino y óbito c. Aborto, ectópicos y mola d. Nacidos vivos	a. Si b. No	a. Si b. No	a. Si b. No	

<b>FACTORES DE RIESGO</b>				
<b>LABOR DE PARTO PROLONGADO</b>	<b>LABOR DE PARTO OBSTRUIDA</b>	<b>CORIOAMNIONITIS</b>	<b>MULTIPARIDAD</b>	<b>EMBARAZO MÚLTIPLE</b>
a. Si b. No	a. Si b. No	a. Si b. No	a. Si b. No	
<b>POLIHIDRAMNIOS</b>	<b>MACROSOMÍA FETAL</b>	<b>MIOMATOSIS UTERINA</b>	<b>IMPLANTACIÓN FÚNDICA DE LA PLACENTA</b>	<b>PARTO VAGINAL INSTRUMENTADO</b>
a. Si b. No	a. Si b. No	a. Si b. No	a. Si b. No	a. Si b. No
<b>CIRUGÍA UTERINA PREVIA</b>	<b>RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS</b>	<b>ÓBITO FETAL</b>	<b>DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA</b>	<b>FIEBRE O SEPSIS</b>
a. Si b. No	a. Si b. No	a. Si b. No	a. Si b. No	a. Si b. No
<b>CAUSAS</b>				
<b>ATONÍA UTERINA</b>	<b>SOBREDISTENSIÓN UTERINA</b>	<b>MIOMATOSIS UTERINA</b>	<b>INVERSIÓN UTERINA</b>	<b>PLACENTA ANORMAL</b>
a. Si b. No	a. Si b. No	a. Si b. No	a. Si b. No	a. Si b. No
<b>LACERACIÓN CÉRVIX</b>	<b>RUPTURA UTERINA</b>	<b>EMBOLISMO DE LÍQUIDO AMNIÓTICO</b>	<b>ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO</b>	<b>INFECCIÓN SEVERA</b>
a. Si b. No	a. Si b. No	a. Si b. No	a. Si b. No	a. Si b. No

### Anexo 3. Fichas de validación de instrumentos para la recolección de datos

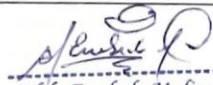
#### Anexo 3. Evaluación por juicio de expertos

INSTRUCCIÓN: A continuación, se le hace llegar el instrumento de recolección de datos que permitirá recoger la información en la presente investigación: Principales causas de hemorragia posparto en un hospital nivel II. Por lo que se le solicita que tenga a bien evaluar el instrumento, haciendo, de ser caso, las sugerencias para realizar las correcciones pertinentes. Los criterios de validación de contenido son:

Criterios	Detalle	Calificación
Suficiencia	El/la ítem/pregunta pertenece a la dimensión/subcategoría y basta para obtener la medición de esta	1: de acuerdo 0: en desacuerdo
Claridad	El/la ítem/pregunta se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas	1: de acuerdo 0: en desacuerdo
Coherencia	El/la ítem/pregunta tiene relación lógica con el indicador que está midiendo	1: de acuerdo 0: en desacuerdo
Relevancia	El/la ítem/pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluido	1: de acuerdo 0: en desacuerdo

Nota. Criterios adaptados de la propuesta de Escobar y Cuervo (2008).

Ficha de validación de juicio de experto

Nombre del instrumento	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
Objetivo del instrumento	IDENTIFICAR LAS PRINCIPALES CAUSAS DE HEMORRAGIA POSPARTO EN UN HOSPITAL NIVEL II
Nombres y apellidos del experto	ADELA MARBOT ESCOBEDO MEDINA.
Documento de identidad	18214777
Años de experiencia en el área	12 AÑOS
Máximo Grado Académico	MÉDICO CIRUJANO
Nacionalidad	PERUANA
Institución	HOSPITAL DISTRITAL SANTA ISABEL - EL PORVENIR
Cargo	MÉDICO GINECO OBSTETRA
Número telefónico	945809500
Firma	 Adela Escobedo Medina GINECO OBSTETRA CMP 49562 RNE 24759
Fecha	11/09/24

### Anexo 3. Evaluación por juicio de expertos

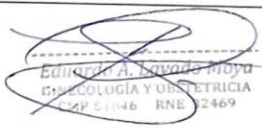
**INSTRUCCIÓN:** A continuación, se le hace llegar el instrumento de recolección de datos que permitirá recoger la información en la presente investigación: Principales causas de hemorragia posparto en un hospital nivel II. Por lo que se le solicita que tenga a bien evaluar el instrumento, haciendo, de ser caso, las sugerencias para realizar las correcciones pertinentes. Los criterios de validación de contenido son:

Criterios	Detalle	Calificación
Suficiencia	El/la ítem/pregunta pertenece a la dimensión/subcategoría y basta para obtener la medición de esta	1: de acuerdo 0: en desacuerdo
Claridad	El/la ítem/pregunta se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas	1: de acuerdo 0: en desacuerdo
Coherencia	El/la ítem/pregunta tiene relación lógica con el indicador que está midiendo	1: de acuerdo 0: en desacuerdo
Relevancia	El/la ítem/pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluido	1: de acuerdo 0: en desacuerdo

Nota. Criterios adaptados de la propuesta de Escobar y Cuervo (2008).



Ficha de validación de juicio de experto

Nombre del instrumento	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
Objetivo del instrumento	IDENTIFICAR LAS PRINCIPALES CAUSAS DE HEMORRAGIA POSPARTO EN UN HOSPITAL NIVEL II
Nombres y apellidos del experto	EDUARDO ANTONIO LAVADO BAPTISTO
Documento de identidad	02897540
Años de experiencia en el área	17 AÑOS
Máximo Grado Académico	MÉDICO CIRUJANO
Nacionalidad	PERUANO
Institución	HOSPITAL DISTRITAL SANTO ISABEL - EL PORVENIR
Cargo	MÉDICO GINECO OBSTETRA
Número telefónico	947 828 882
Firma	 Eduardo A. Lavado Moya GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA C.O.P. 51146 RNE 2469
Fecha	11/09/24

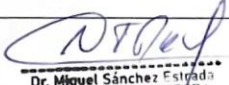
### Anexo 3. Evaluación por juicio de expertos

**INSTRUCCIÓN:** A continuación, se le hace llegar el instrumento de recolección de datos que permitirá recoger la información en la presente investigación: Principales causas de hemorragia posparto en un hospital nivel II. Por lo que se le solicita que tenga a bien evaluar el instrumento, haciendo, de ser caso, las sugerencias para realizar las correcciones pertinentes. Los criterios de validación de contenido son:

Criterios	Detalle	Calificación
Suficiencia	El/la ítem/pregunta pertenece a la dimensión/subcategoría y basta para obtener la medición de esta	1: de acuerdo 0: en desacuerdo
Claridad	El/la ítem/pregunta se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas	1: de acuerdo 0: en desacuerdo
Coherencia	El/la ítem/pregunta tiene relación lógica con el indicador que está midiendo	1: de acuerdo 0: en desacuerdo
Relevancia	El/la ítem/pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluido	1: de acuerdo 0: en desacuerdo

Nota. Criterios adaptados de la propuesta de Escobar y Cuervo (2008).

Ficha de validación de juicio de experto

Nombre del instrumento	FICHO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
Objetivo del instrumento	IDENTIFICAR LAS PRINCIPALES CAUSAS DE HEMORRAGIO POSPARTO EN UN HOSPITAL NIVEL II
Nombres y apellidos del experto	MIGUEL ANGEL SANCHEZ ESTRADA
Documento de identidad	17863422
Años de experiencia en el área	20 AÑOS
Máximo Grado Académico	MÉDICO CIRUJANO
Nacionalidad	PERUANO
Institución	HOSPITAL DISTRITAL SANTA ISABEL - EL PORUQUIMIZ
Cargo	MÉDICO GINECO OBSTETRA
Número telefónico	945546556
Firma	 Dr. Miguel Sánchez Estrada GINECÓLOGO OBSTETRA C.M.P. 29287 RNE. 26881
Fecha	11/09/24

## Anexo 5. Autorizaciones para el desarrollo del proyecto de investigación



BICENTENARIO  
DEL PERÚ  
2021 - 2024

"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"

### CONSTANCIA

#### AUTORIZACION PARA LA APLICACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION

EL DIRECTOR EJECUTIVO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD TRUJILLO Y LA JEFE DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE DOCENCIA E INVESTIGACION QUE SUSCRIBEN:

#### HACEN CONSTAR

Qué; mediante hoja de tramite N° 14974-24, el Sr. BRUNO GIANCARLO VASQUEZ MONDRAGON, con DNI N° 72810089; alumno de la Escuela de Medicina de la Universidad César Vallejo; está solicitando autorización para que aplique el proyecto de investigación titulado "PRINCIPALES CAUSAS DE HEMORRAGIA POSPARTO EN UN HOSPITAL NIVEL II", en amparo de la Resolución Directoral N° 0152-2024-UCV-VA-MED/DE. El Comité de Investigación de la Red Trujillo ha APROBADO y AUTORIZADO su ejecución en el Hospital Distrital de El Porvenir Santa Isabel, de la jurisdicción de la Red de Salud Trujillo.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado para fines académicos previo cumplimiento de los requisitos establecidos. Con el compromiso del director del hospital, de brindar las facilidades para la ejecución del proyecto de investigación y el investigador aplicar el proyecto de investigación con las exigencias éticas. Debiendo enviar la Tesis aprobada, al correo electrónico [uf.docenciaeinvestigacion@ristrujillo.gob.pe](mailto:uf.docenciaeinvestigacion@ristrujillo.gob.pe) y [bdaivalvarado@gmail.com](mailto:bdaivalvarado@gmail.com).

LA PRESENTE CONSTANCIA NO ES VALIDA PARA TRAMITES JUDICIALES CONTRA EL ESTADO "

TRUJILLO, 05 DE SETIEMBRE DEL 2024



JCCQ/BDA/RRA  
CC. Archivo



**"Justicia por la Prosperidad"**

Esquina de las Turquesas N° 390 y las Gemas N° 380 - Urb. Santa Inés, teléfonos:- Telefax: 293955 (Administración)

Pag. Webb: [www.utes6trujillo.com.pe](http://www.utes6trujillo.com.pe)