

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**HEMORRAGIA POSTPARTO EN PUÉRPERAS SEGÚN CONTROL
PRENATAL Y CARACTERÍSTICAS BIODEMOGRÁFICAS,
CULTURALES. HOSPITAL II- E MATERNO PERINATAL SIMÓN
BOLÍVAR CAJAMARCA: MAYO 2019.**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA

Bach. Enf. Leidy Baneth León Villarreal

ASESORA

Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva

Cajamarca – Perú

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**HEMORRAGIA POSTPARTO EN PUÉRPERAS SEGÚN CONTROL
PRENATAL Y CARACTERÍSTICAS BIODEMOGRÁFICAS,
CULTURALES. HOSPITAL II- E MATERNO PERINATAL SIMÓN
BOLÍVAR CAJAMARCA: MAYO 2019.**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA

Bach. Enf. Leidy Baneth León Villarreal

ASESORA

Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva

Cajamarca – Perú

2019

**COPYRIGHT © 2019 by
LEIDY BANETH LEÓN VILLARREAL
Todos los derechos reservados**

BACH. ENF. LEIDY BANETH LEÓN VILLARREAL, 2019.

**HEMORRAGIA POSTPARTO EN PUÉRPERAS SEGÚN CONTROL PRENATAL
Y CARACTERÍSTICAS BIODEMOGRÁFICAS, CULTURALES. HOSPITAL II- E
MATERNO PERINATAL SIMÓN BOLÍVAR CAJAMARCA: MAYO 2019.**

TESIS DE LICENCIATURA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA, 2019.

Escuela Académico Profesional de Enfermería

ASESORA: Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva

DEDICATORIA

A Dios, mi fuerza de inspiración, el todopoderoso, quien ha iluminado mi sendero cuando más oscuro ha estado, me ha dado sabiduría y seguridad cuando más lo necesitaba, siendo el impulso que me ha hecho lograr mis sueños y metas.

A mis padres, pues ellos fueron el principal cimiento para la construcción de mi vida académica y profesional, quienes afianzaron en mí, las bases de responsabilidad y deseos de superación, en ellos tengo el espejo en el cual me quiero reflejar, pues sus virtudes infinitas y su gran corazón me llevan a admirarlos cada día más. Me resulta imposible no considerar al resto de integrantes de mi familia, nombrarlos a todos sería muy extenso y podría cometer algún olvido injusto, pero todos han sido fundamentales para este logro.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional de Cajamarca, mi alma mater. Y por supuesto, a las (os) docentes que me formaron académica y profesionalmente, porque fueron fuente de valiosas enseñanzas que recordaré siempre, además de ejemplo de lucha, constancia y perseverancia, y la guía que ameritaba cada trabajo y/o tarea asignada.

A mi asesora de tesis, la Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva, por su paciencia, comprensión, dedicación, motivación, criterio y aliento; porque hizo fácil lo que parecía difícil. Ha sido un privilegio contar con su guía y ayuda.

A todas las personas que me brindaron su apoyo incondicional en la realización de este trabajo de investigación, sin cuya colaboración hubiera sido mucho más largo y complicado.

A las puérperas y profesionales de salud del Hospital II-E Materno Perinatal “Simón Bolívar” Cajamarca, por mostrarse siempre colaboradores y participativos durante la recolección de datos del presente estudio.

A todos los ya mencionados, simplemente me queda decir una palabra con un significado extenso y sin límites, “GRACIAS”.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	11
ABSTRACT	12
INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA	
1.1 Planteamiento del problema	15
1.2 Formulación del Problema	18
1.3 Justificación	18
1.4. Objetivos	199
1.4.1. Objetivo general	199
1.4.2. Objetivos específicos	199
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	20
2.1.1 Internacionales	20
2.1.2 Nacionales	22
2.1.3 Locales	24
2.2. Teorías o modelos que fundamentan el estudio	24
2.2.1. Teoría del autocuidado (Orem, 1969)	24
2.2.2. Teoría del aprendizaje social (Rotter, 1966)	26
2.2.3. Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1996)	26
2.3. Bases conceptuales	28
2.3.1. Hemorragia	28
2.3.1.1. Hemorragia Postparto	29
2.3.2. Control Prenatal	33
2.3.2.1. Atención Prenatal Reenfocada	36
2.3.3. Parto	41
2.3.3.1. Complicaciones del parto	41
2.3.4. Puerperio o postparto	41
2.3.4.1. Cambios fisiológicos del puerperio	42
2.3.5. Características biodemográficas y culturales	44
2.3.5.1. Características Biológicas	44
2.3.5.2. Características Demográficas	445
2.3.5.3. Características Culturales	46
2.4. Definición de términos básicos	47

2.5. Hipótesis	488
2.6. Variables	48
2.7. Operacionalización de Variables	48
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA	
3.1 Diseño y tipo de estudio	50
3.2. Área de estudio	51
3.3. Población	51
3.4. Muestra	51
3.5. Criterios de inclusión y exclusión	52
3.6. Unidad de Análisis	53
3.7. Técnicas e instrumento de recolección de datos	53
3.7.1. Técnicas de recolección de datos	53
3.7.2. Instrumentos de recolección de datos	53
3.7.2.1. Cuestionario	53
3.7.2.2. Ficha de recolección de datos	54
3.8. Procedimiento	54
3.9. Técnicas y métodos de procesamiento y análisis de datos	55
3.10. Validez y confiabilidad	56
3.11. Cuestiones Éticas	56
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Incidencia de hemorragia postparto	58
4.2. Controles prenatales	64
4.3 Características biodemográficas y culturales	67
4.4. Hemorragia postparto en puérperas según control prenatal y las características biodemográficas y culturales	73
CONCLUSIONES	85
RECOMENDACIONES	86
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
APÉNDICES	95
ANEXOS	97

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Incidencia de Hemorragia Postparto en puérperas. Hospital II-E Materno Perinatal “Simón Bolívar” – Cajamarca, en mayo del 2019.	58
Tabla 2. Hemorragia Postparto en puérperas según etapas de presentación. Hospital II-E Materno Perinatal “Simón Bolívar” – Cajamarca en mayo del 2019.	60
Tabla 3. Hemorragia Postparto en puérperas según causas. Hospital II-E Materno Perinatal “Simón Bolívar” – Cajamarca en mayo del 2019.	62
Tabla 4. Características de control prenatal. Hospital II-E Materno Perinatal “Simón Bolívar” – Cajamarca en mayo del 2019.	64
Tabla 5. Características biológicas de las puérperas atendidas en el Hospital II-E Materno Perinatal “Simón Bolívar” – Cajamarca en mayo del 2019.	67
Tabla 6. Características demográficas y culturales de las puérperas atendidas en el Hospital II-E Materno Perinatal “Simón Bolívar” – Cajamarca en mayo del 2019.	70
Tabla 7. Hemorragia postparto en puérperas y su relación con el control prenatal. Hospital II-E Materno Perinatal “Simón Bolívar” – Cajamarca en mayo del 2019.	73
Tabla 8. Hemorragia postparto en puérperas y su relación con las características biológicas. Hospital II-E Materno Perinatal “Simón Bolívar” – Cajamarca en mayo del 2019.	78
Tabla 9. Hemorragia postparto en puérperas y su relación con las características demográficas y culturales. Hospital II-E Materno Perinatal “Simón Bolívar” – Cajamarca en mayo del 2019.	81

RESUMEN

El estudio, fue de tipo descriptivo – correlacional, de corte transversal, tuvo como objetivo determinar la relación entre la hemorragia postparto en puérperas según control prenatal y características biodemográficas, culturales en el Hospital II-E Materno Perinatal “Simón Bolívar” Cajamarca, Mayo del 2019. La población estuvo constituida por 101 puérperas quienes fueron considerados a través del promedio obtenido de los meses enero, febrero, marzo y abril del presente año, datos obtenidos mediante el RAD (Registro de Actividades Diarias). Para la recolección de datos fue mediante el cuestionario y la ficha de observación, elaborado y validado por 5 expertos. Los resultados fueron: la incidencia de hemorragia postparto alcanzó el 12.5%, ocurriendo dentro de las primeras 12 horas, el 26.5% de las puérperas que presentaron hemorragia postparto refirió haber tenido menos de 6 controles prenatales y el 100% indicó haber tenido un valor de hemoglobina menor de 11 mg/dl. En cuanto a las características biodemográficas y culturales de las puérperas que sufrieron de hemorragia postparto el 37.5% fueron mayores de 35 años, 21.1% con ganancia de peso no adecuado, 37% multíparas, 41.7% analfabetas y 17.5% procedentes de la zona rural. Encontrándose que si hay relación significativa entre la hemorragia postparto con el control prenatal y las características biodemográficas, culturales por lo que se acepta la hipótesis alterna.

Palabras claves: Hemorragia Postparto, características biodemográficas, control prenatal, factores de riesgo, anemia, obesidad, parto, puerperio.

ABSTRACT

The study was a descriptive - correlational, cross - sectional one, aimed to determine the relationship between postpartum hemorrhage in puerperal women according to prenatal control and cultural, biodemographic characteristics in Hospital II - E Materno Perinatal "Simón Bolívar" Cajamarca, May 2019. The population was constituted by 101 puerperas who were considered through the average obtained from January, February, March and April of this year, data obtained through the RAD (Daily Activities Registry). For the data collection was through the questionnaire and the observation form, developed and validated by 5 experts. The results were: the incidence of postpartum haemorrhage reached 12.5%, occurring within the first 12 hours, 26.5% of postpartum hemorrhage women reported having had less than 6 prenatal controls and 100% indicated having had a value of hemoglobin less than 11 mg / dl. Regarding the biodemographic and cultural characteristics of the puerperal women who suffered postpartum haemorrhage, 37.5% were older than 35 years, 21.1% with inadequate weight gain, 37% multiparous, 41.7% illiterate and 17.5% from the rural area. Finding that there is a relationship between postpartum hemorrhage with prenatal control and biodemographic, cultural characteristics, so the alternative hypothesis is accepted.

Key words: Postpartum haemorrhage, biodemographic characteristics, prenatal control, risk factors, anemia, obesity, childbirth, puerperium.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia postparto es una de las principales causas de muerte materna y un problema de salud pública con una tendencia ascendente, siendo las puérperas un grupo altamente vulnerable. Es una de las complicaciones más temidas que puede surgir durante el puerperio (4). En la actualidad, las medidas dirigidas a la prevención de la misma han logrado que la incidencia de la hemorragia postparto no supere el 5% en los países desarrollados (6). Sin embargo, en países en vías de desarrollo, la incidencia de hemorragia postparto es alta, en América Latina y el Caribe se estima en 8,9% (7).

Toma mayor importancia saber que en el Perú la principal causa de muerte materna son las hemorragias postparto con una incidencia de (36,5%), cifra bastante alta en comparación con los países desarrollados. Por ende, es uno de los países con mayor incremento de hemorragia postparto a nivel latinoamericano en los últimos años (9).

Tanto el control prenatal y las características biodemográficas, culturales tienen un alto grado de vinculación a la presencia de hemorragia postparto, en los que cobra mayor relevancia el número de controles prenatales menos de 6, valor de hemoglobina en el tercer trimestre de gestación menos de 11 mg/dl, la edad (menos de 20 y mayor de 35), la talla (menos de 1.50 cm), grado de instrucción (analfabeta), ganancia de peso (no adecuado), paridad (nuli o multiparidad) y zona (rural), factores de riesgo que si no son tomados en cuenta, o no se tienen las precauciones correspondientes serían responsables de la mayoría de casos de hemorragia postparto (36). Ello nos hace pensar que ésta es una complicación prevenible, por ello es crucial buscar estrategias e intervenciones enfocadas en la prevención, dirigidas a puérperas y también gestantes.

Cajamarca está inmersa dentro de esta problemática, las cifras lo demuestran, la hemorragia postparto va en aumento, y las precauciones sobre el control prenatal y las características biodemográficas y culturales se vuelve cada vez más deficiente. Esta provincia está conformada por un 49,78 % de zonas rurales (12), sin embargo, estos lugares no tienen cuantificada ni dimensionada la incidencia de la hemorragia postparto. El objetivo del presente estudio fue determinar la incidencia de la hemorragia postparto de las puérperas atendidas en el Hospital II-E Materno Perinatal “Simón Bolívar” Cajamarca, así como determinar la relación entre el control prenatal y las características biodemográficas y culturales. Los resultados permitirán adoptar y adaptar estrategias de intervención para la prevención de la hemorragia postparto en las puérperas.

Estructuralmente este documento, consta de cuatro capítulos: el primero alude al problema de investigación que incluye planteamiento del problema, formulación del problema, justificación y objetivos. El segundo expone el marco teórico que contiene a antecedentes, teorías o modelos que fundamentan el estudio, bases conceptuales, hipótesis y variables. El tercero presenta a la metodología que abarca tipo de investigación, área de estudio, población y muestra, criterios de inclusión y exclusión, unidad de análisis, técnicas e instrumentos de recolección de datos, métodos de procesamiento estadístico y análisis de datos, validez y confiabilidad, y cuestiones éticas. Y finalmente, el cuarto expone los resultados con la interpretación, análisis y discusión correspondiente. El estudio finaliza con las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, apéndices y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

1.1 . Planteamiento del problema

La hemorragia postparto es la pérdida sanguínea mayor de 500 cc después de un parto vaginal y mayor de 1000 cc después de una cesárea (1). Según la Organización Mundial de la Salud, la hemorragia postparto es una de las principales causas de muerte materna a nivel mundial con una incidencia del (6,09%). Cada año 14 millones de mujeres sufren de sangrado posparto y de ellas 125000 fallecen (2). El más alto porcentaje de hemorragia postparto se presenta en la etapa inmediata del puerperio, llegando a una incidencia del (65%), siendo la causa principal la atonía uterina (70%) (3).

Es una de las complicaciones más temidas que puede surgir durante el puerperio (4) En la actualidad, las medidas dirigidas a la prevención de la misma han logrado que la incidencia de la hemorragia postparto no supere el 5% en los países desarrollados. Estos países como Reino Unido, Europa y Estados Unidos ponen mayor énfasis en modificar los factores de riesgo prevenibles con el control prenatal. Esto es posible gracias a que toda la población tiene acceso a los servicios de salud para la ejecución de sus controles prenatales correspondientes, con una excepción de que sólo el 3% de gestantes tienen como mínimo 4 controles, por tanto, el 97% de estas tienen entre 12 y 14 controles prenatales oportunos completos y de calidad (5). Según la Organización Mundial de la Salud en países desarrollados, “el riesgo de muerte a causa de hemorragia postparto es de 1 por cada 100.000 partos” (6).

En países en vías de desarrollo, la incidencia de hemorragia postparto es alta, en América Latina y el Caribe se estima en 8,9%. Esto se debe a que los sistemas de salud enfrentan restricciones enormes que dificultan la prestación de la atención obstétrica de emergencia, la cual es vital para salvar las vidas de las mujeres que desarrollan hemorragia posparto. Además, hay una prevalencia elevada de anemia en las mujeres de estos países, y que complica la hemorragia posparto, siendo uno de los factores de riesgo prevenibles durante el embarazo, pero no se ha logrado modificar ya que sólo el 65% de las gestantes acuden a sus controles prenatales los cuales son deficientes e inoportunos, y peor aún el 35% no los tiene. Sumado a esto el personal de salud no tiene una actitud vigilante de esta población, como sí lo tiene un país desarrollado, es por ello la gran diferencia o brecha que se muestra al comparar las cifras entre estos países (7).

La Organización Mundial de la Salud indica que la tasa de mortalidad más alta a causa de hemorragia postparto se presenta en Haití, con mil muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos, en Bolivia 390, luego en Venezuela 279, en Colombia 257, entre otros. Las más bajas de la región se presentan en Chile 23, Cuba 24 y Costa Rica 35. Por ende, en los países en vías de desarrollo “el riesgo de morir a causa de una hemorragia posparto es de 1 por cada 1000 nacimientos” (8). En el Perú la incidencia de hemorragia postparto es 36,5%, cifra bastante alta en comparación con los países desarrollados. Durante el año 2015, son 6 los departamentos que concentraron el 53,9 % del total de casos de muertes a causa de la hemorragia postparto a nivel nacional: Lima, Piura, Cajamarca, La Libertad, Loreto y Puno. El 96,9% de las gestantes tuvieron sus controles prenatales por personal de salud calificado (médico, obstetra y enfermera), pero este porcentaje no significa que todas las gestantes tengan el número ideal de controles prenatales, sino que pueden tener entre 1 control y algunas sus 12 controles (9).

Además, el 3,1% de las gestantes no acude a los establecimientos de salud para ningunos de los controles prenatales correspondientes, por lo que se encuentran en alto riesgo de sufrir hemorragia postparto. “Sumado a esto los profesionales de salud no realizan una actividad fundamental e imprescindible que es la Visita Domiciliaria, si se lograra realizar esta actividad permitiría captar gestantes en riesgo, principalmente aquellas que no tengan controles prenatales. (10).

En el Instituto Nacional Materno Perinatal en Lima (2014), se atendieron en consulta prenatal 47148 gestantes, teniendo la consulta una duración promedio de 16 minutos; de esta población en general solo el 50,3% fue considerada gestante controlada, es decir asistió a las 6 atenciones prenatales consideradas como mínimo que se requiere, y que son estipuladas por el Ministerio de Salud. Sin embargo, se tiene que un 49,7% de gestantes tiene atenciones prenatales incompletos, es decir, que solo cuentan con 1 a 5 controles máximos (11).

La realidad de Cajamarca no es diferente a dicha problemática pues está considerada como un grupo de muy alto riesgo. En el año 2015 presentó un elevado número de casos de mortalidad, sumando 31 muertes maternas, siendo la causa principal la hemorragia postparto con una incidencia de 42,4%, lo cual constituye un problema de gran dimensión en salud, que no ha mejorado en los últimos años (12). Considerando que la región de Cajamarca comprende muchas zonas rurales, por lo que los establecimientos de salud encargados de brindar la atención corresponden al primer nivel, siendo la categoría I.1 la más cercana a la población, establecimiento de salud denominado también Posta de Salud, categoría que no cuenta con el personal adecuado para brindar una atención de calidad. Muy pocas son las personas que reciben atención de las categorías I.2; I.3; y I.4. A esto se suma la pobreza, analfabetismo, distancia, poca accesibilidad a los servicios de salud y su cultura.

Según el Instituto Nacional de Salud la prevalencia de anemia y el sobrepeso en las gestantes de la región de Cajamarca llega a un 24,8% y 39,8% respectivamente. Respecto a las características demográficas gran parte de las gestantes tienen bajo nivel de instrucción y provienen de la zona rural, sumado a esto se presentan las características culturales como la toma de decisiones por parte de la pareja, la cual prohíbe a la gestante acudir al establecimiento de salud para la realización de sus controles prenatales oportunos (13).

En este contexto, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

1.2 Formulación del Problema

¿Cuál es la relación entre la hemorragia postparto en puérperas según control prenatal y características biodemográficas, culturales en el Hospital II - E Materno Perinatal Simón Bolívar de Cajamarca, durante el mes de Mayo del 2019?

1.3 Justificación

La hemorragia postparto es la primera causa evitable de mortalidad materna en el Perú, principalmente en Cajamarca, observándose una incidencia de 42,4% cifra bastante alta para tener que tomar conciencia y empezar por disminuir esta complicación, que afecta a miles de mujeres tanto de la zona rural y urbana. Considerando que la realización de un buen control prenatal y teniendo presente las características biodemográficas y culturales de cada puérpera es fundamental para lograr modificar y/o prevenir los factores de riesgo de ésta complicación.

La realidad sobre la hemorragia postparto de las puérperas atendidas en el Hospital II-E Materno Perinatal Simón Bolívar Cajamarca, no se conocía. Por esta razón, urge partir de un primer estudio que sienta las bases de su significancia y comportamiento, que es

en donde precisamente radica la relevancia de este estudio, el cual servirá y permitirá a la población, la familia, principalmente a la mujer y a entidades estatales como el Ministerio de Salud (MINSA), tomar acciones para su control y prevención, así como formular estrategias para el futuro manejo del problema.

En ese sentido, los resultados también servirán como línea de base, que ayudará a los profesionales de enfermería y equipo de salud, a la formulación de herramientas necesarias acerca de medidas preventivas, diagnóstico y tratamiento; que permitan mejorar y/o conservar la salud y bienestar de la población. Además de ser fuente bibliográfica para los estudiantes, profesionales de las ciencias de la salud y ciencias médicas.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

- ❖ Determinar la relación entre la hemorragia postparto en puérperas con el control prenatal y características biodemográficas, culturales en el Hospital II-E Materno Perinatal Simón Bolívar de Cajamarca, durante el mes de Mayo del 2019.

1.4.2. Objetivos específicos

- ❖ Determinar la incidencia de hemorragia postparto, en las mujeres parturientas.
- ❖ Identificar y describir las características del control prenatal que recibieron las puérperas durante su gestación.
- ❖ Identificar y describir las características biodemográficas y culturales de las puérperas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1 Internacionales

López R, realizó un estudio sobre “Percepciones de las Embarazadas sobre la interacción con Enfermería en el Control Prenatal” en México (2016), donde observó del número de consultas para control prenatal que habían recibido las gestantes, el 26% expresó que era la primera vez que acudían a su control prenatal y el 74% llevaba entre 2 y 7 consultas como máximo, es decir, es una población que no cuenta con los números de controles prenatales, por lo que está expuesta a sufrir hemorragia posparto (14).

Madariaga A, en su estudio titulado “Hemorragia Postparto en Pacientes con Obesidad y/o Anemia durante el Embarazo” en Bogotá (2015), determinó que los requerimientos diarios de hierro elemental en pacientes embarazadas son de 60 a 100 mg/día, sin embargo, solo el 14 al 20% de las pacientes, tienen reservas adecuadas de hierro durante el embarazo. Además, identificó que el 73% de las pacientes a las 32 semanas se consideran sedentarias, lo cual es un factor predisponente a la obesidad, siendo estos los factores de riesgo prevenibles en el control prenatal (15).

Chica K, en su estudio sobre “Frecuencia de la Hemorragia Postparto y Post Cesárea en Pacientes del Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de la Ciudad De Manta” en Guayaquil (2015), encontró que de acuerdo a la paridad el mayor porcentaje se concentró en las nulíparas con 60% de los casos, donde es importante señalar que la atonía uterina fue una de las causas que mayormente desencadenaron cuadros de hemorragia postparto, presentándose en el 43% de los casos. De la población en estudio solamente el 66,66%

tienen controles prenatales deficientes o nulos, lo cual nos anticipa a determinar los múltiples problemas que se pueden presentar en el parto sobre todo relacionando a la hemorragia. Además, el 40% de las pacientes presentaron como factor de riesgo la anemia, y el 20% obesidad. (16).

Briceño P, en su estudio titulado Hemorragia Postparto en Venezuela (2015), encontró que la incidencia de hemorragia postparto es 37%, siendo más frecuente en mujeres sin control prenatal 35 %, atonía uterina 38 %, y principalmente complicadas con anemia 88 %. Quedando demostrado la anemia como el factor de riesgo predisponente a la atonía uterina, siendo esta una de las primeras causas de la hemorragia postparto (17).

Matute J, en su investigación sobre “Prevalencia de la Hemorragia Postparto en Púerperas Adolescentes en el Hospital Vicente Corral Moscoso” en Ecuador (2015), obtuvo que la hemorragia postparto se presentó en un 42,1% en adolescentes con sobrepeso y el 5,3% con obesidad, siendo estos los factores de riesgo que si no son modificados durante el embarazo originan macrosomía fetal, trabajo de parto prolongado y por ende se produce trauma en el tracto genital. Además, se presentó anemia materna en un 63,1% (18).

Bonifaz J, en su investigación “Hemorragia Postparto en el Servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital Provincial de Riobamba” en Ecuador (2015), determinó que el factor de riesgo de la hemorragia posparto con mayor porcentaje es la anemia con una incidencia del 27%, seguido del embarazo múltiple con 26%, multiparidad 18%. Factores que son prevenibles a través de los controles prenatales completos y oportunos. Y las causas más frecuentes son alumbramiento incompleto con 70% y atonía uterina 20% (19).

Hernández V, en su estudio titulado “Comportamiento de algunas variables biomédicas y sociodemográficas en mujeres mayores de 40 años” en Colombia (2015), obtuvo que un 43% tenían sobrepeso, más del 60% tenía el antecedente de hemorragias previas y un 59.1% resultó que su grado de instrucción era primaria incompleta. Por lo que se concluye que en este grupo etario es mucho más probable que sufra de hemorragia postparto (20).

Mayorga A, en su estudio titulado “Percepción del Control Prenatal De Las Gestantes Adolescentes en la E.S.E San Cristóbal” en Bogotá – Colombia (2015), obtuvo que el 89% de las embarazadas tuvo 6 o más visitas de control prenatal, población donde se logró identificar a tiempo los factores de riesgo prevenibles durante el embarazo, 6% entre 2 y 3 visitas y el 1% una sola visita. El 4% de las mujeres no tuvo ninguna visita, éstas últimas son básicamente mujeres con menos de 20 y más de 34 años, porcentaje donde la incidencia de la hemorragia postparto fue mayor (21).

2.1.2 Nacionales

Flores M, en su investigación sobre “Factores de riesgo para presentar hemorragia del puerperio inmediato” en Lima – Perú (2017), obtuvo 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% (22).

Martínez Royert¹, en su estudio titulado “Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO)” en Perú (2015), obtuvo como resultados que el 13,18 % de las gestantes eran menores de 18 años; 38,2% procedentes de la capital y 19,5 % de la región del San Jorge; 66 % no manifestaron antecedentes patológicos; 13,8 % presentaron

complicaciones de amenaza de aborto o de parto pretérmino; 37 % eran nulípara; 20.3 % tenían cesárea anterior; 22.8 % sufrieron abortos; 54.5 % manifestaron tensión emocional y mal humor; 82.9% no programaron el embarazo; 24 % con periodo intergenésico de 1 año; 55.3 % (68 gestantes) se encontraban entre la semana 30 y 40 de gestación al momento de participar en el estudio. (23).

Munares O, en su estudio titulado “Factores Asociados al Abandono del Control Prenatal – Instituto Nacional Materno Perinatal” en Lima – Perú (2016), encontró que el 50% de los casos presentó solo 4 controles, porcentaje bastante alto, motivo por el cual no se logra identificar los factores de riesgo prevenibles durante el embarazo y la incidencia de hemorragia postparto es alta, mientras que el 50% restante presentó 8 controles prenatales como máximo (24).

Altamirano A, en su estudio titulado “Factores de Alto Riesgo Asociados a Hemorragia Postparto Inmediato en el Hospital María Auxiliadora” en Lima – Perú (2015), encontró que en relación a las gestantes con o sin control prenatal, el 67% tuvieron al menos 1 a más de 6 controles prenatales y el 33 % no tuvieron ningún control prenatal, además el 63 % de hemorragia postparto fueron debidas a la atonía uterina, seguida de un 15% por acretismo placentario y el 11 % por rotura uterina. (25)

Mayta H, en su investigación sobre “Incidencia de las características socioodemográficas y obstétricas de las puérperas que presentaron hemorragia postparto (HPP) inmediata en el Hospital María Auxiliadora - San Juan de Miraflores” en Perú (2015), encontró los siguientes resultados: tuvieron una edad promedio de 27,32 (\pm 7.59), el 90% de las pacientes vivían en convivencia, la mayoría con instrucción secundaria (75.5%), hasta 68% provenía de los distritos de San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo y Villa el Salvador; la mayoría se ocupaba de su casa (62.2%) y el motivo o causa de la HPP en

su mayoría fue por desgarro perineal de I o II grado (62.2%), seguido por atonía uterina y desgarro de cuello uterino con 13.3% y 11.2% respectivamente, la mayoría fueron primíparas (65.3%), con parto a término en un 76.5%. y hasta un 36.7% presentó fetos con macrosomía (26).

2.1.3 Locales

Camacho J, en su investigación sobre “Mortalidad materna y sus causas” en Cajamarca (2015 – 2016), encontró que el mayor porcentaje de Mortalidad Materna fue 81,4%, las cuales ocurrieron por determinantes directos y las más frecuentes fueron las hemorragias postpartos con 42,4% respectivamente. En las hemorragias, el determinante habitual fue la atonía uterina con 65% seguido de la retención de placenta o de restos placentarios 38% (27).

2.2. Teorías o modelos que fundamentan el estudio

2.2.1. Teoría del autocuidado (Orem, 1969)

Teoría compuesta por 3 subteorías (teoría de autocuidado, teoría del déficit del autocuidado, teoría de sistemas de enfermería) que se adicionan y complementan en conceptos y términos. A continuación, solo mencionaremos la que es de utilidad para este estudio:

- ❖ Teoría de autocuidado: Describe que las personas, vistas por D. Orem como seres integrales; son agentes de autocuidado capaces de mantener la estructura y funcionamiento humano, desarrollar plenamente su potencial, prevenir lesiones o enfermedades, y curar o regular la enfermedad y sus efectos; ello mediante la asistencia a sus controles prenatales la conducen a un óptimo nivel de salud y

bienestar. Además, describe al autocuidado como un acto aprendido, involuntario e intencionado, el cual es internalizado tras la interacción e influencias del medio y la vida cultural del grupo al cual pertenece el individuo. A la vez, reconoce que son los factores culturales, educativos y socioeconómicos, los que condicionan la agencia de autocuidado e influyen positiva o negativamente en la capacidad de ser agentes del mismo (28, 29).

- ❖ Teoría del déficit de autocuidado: Describe a las personas que son completa o parcialmente incapaces de ser agentes de autocuidado, aumentando el riesgo de padecer lesiones o enfermedades que pueden ocasionar complicaciones o discapacidades; tal es el caso de los estados de salud de las puérperas y recién nacidos (la agencia de autocuidado está aún desarrollándose), etc., en donde se requiere del apoyo del entorno o personal de salud para generar autocuidado (28, 29).

Esta teoría es de utilidad para este estudio porque explica y fundamenta la relación entre el autocuidado, mediante la realización del control prenatal y la identificación de las características biodemográficas, culturales, tomando las precauciones correspondientes sobre los factores de riesgo; logrando con ello, disminuir o prevenir el riesgo de padecer enfermedades y discapacidades futuras, que bien podrían ser, la hemorragia postparto y en consecuencia la mortalidad materna. Además de fundamentar que es el entorno y determinados factores como los culturales, educativos y socioeconómicos, los que influyen en la salud de la población.

2.2.2. Teoría del aprendizaje social (Rotter, 1966)

Considerada de naturaleza social porque “destaca el hecho de que los modos básicos de comportarse, se aprenden en las situaciones sociales y están inextricablemente unidos a necesidades que para su satisfacción requieren la mediación de otras personas” (30). Para esta teoría, la motivación y el comportamiento, este concepto, hace referencia a las creencias que una persona tiene acerca de los factores que determinan la salud (considerar que la salud depende del comportamiento propio, de otras personas influyentes o bien de la suerte), las cuales también influyen en la decisión de que comportamientos saludables o no saludables practicar (31).

También explica que los procesos de imitación y modelaje sirven de base para entender la socialización de las conductas en salud. Es decir, la conducta de los progenitores, los iguales y de los profesionales en salud, influyen en el aprendizaje para acudir al establecimiento de salud para la realización de sus controles prenatales (31). En la explicación del proceso mediante el cual se adoptan determinadas conductas (asistir a sus controles prenatales), y cómo influye el entorno en el aprendizaje de estas, además de lo mencionado en el párrafo anterior; es en donde radica la utilidad de esta teoría para el presente estudio.

2.2.3. Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1996)

Modelo relacionado a las actividades que realiza el ser humano para el desarrollo de recursos que mantengan o intensifiquen su bienestar y potencial; además, tiene la particularidad de ser el único que introduce de forma explícita el término estilos de vida, como promotor de la salud en sus planteamientos. Según Pender, existen tres grandes bloques de factores que actúan como predictores del estilo de vida:

- ❖ Afectos y cogniciones específicos de la conducta: Este primer factor, conforma el mecanismo motivacional primario, el cual afecta directamente a la adquisición y al mantenimiento de conductas promotoras de salud, también existen influencias situacionales e interpersonales en el compromiso de llevar a cabo la conducta saludable. Además, explica que las personas adoptan conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso cuando le ofrecen apoyo; indicando que las influencias del entorno, pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud (31, 32).

- ❖ Características y experiencias individuales: Abarca tanto a las conductas previas relacionadas (experiencias anteriores), como a los factores personales (biológicos, psicológicos y socioculturales); los que en forma conjunta, tienen efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud (32).

Este modelo resulta importante en el estudio porque explica cómo influyen diversos factores en la adopción de conductas saludables, mencionando además, que si bien son difíciles de modificar, hay motivaciones y elementos capaces de influir en esas conductas, de forma favorable.

2.3. Bases conceptuales

2.3.1. Hemorragia

La hemorragia se define como la salida de sangre de los vasos sanguíneos (arterias, venas o capilares) por donde circula, especialmente cuando se produce en cantidades muy grandes. Las hemorragias son causa de emergencia médica, por lo que la actuación del socorrista debe ser rápida y decidida, de lo contrario la oxigenación de los tejidos se verá reducida o eliminada, produciendo la muerte de los mismos (33).

Existen tres tipos:

- ❖ Hemorragias Internas: Son aquellas que se producen en el interior del organismo, sin salir al exterior, por lo tanto, no se ve, pero sí que se puede detectar porque el paciente presenta signos y síntomas de shock (al igual que el resto de hemorragias) (33).
- ❖ Hemorragias Externas: Son aquellas en las que la sangre sale al exterior a través de una herida. Las hemorragias más importantes se producirán en las extremidades, ya que son las partes del cuerpo más expuestas a traumatismos de tipo laboral y es por donde pasan las arterias de forma más superficial (33).
- ❖ Hemorragias Exteriorizadas: Son aquellas hemorragias que siendo internas salen al exterior a través de un orificio natural del cuerpo: oído, nariz, boca, ano y genitales (33).

2.3.1.1 Hemorragia Postparto

Mendoza, definió en abril del 2000 que la hemorragia del embarazo, parto o puerperio puede ocurrir por la alteración de uno o más de estos procesos, conocidos como las principales causas, las cuales se pueden denominar como las 4 T's:

Tono (pobre contracción uterina después del parto), **Tejidos** (retención de productos de la concepción o coágulos), **Trauma** (en el tracto genital) y **Trombina** (defectos en la coagulación) (34).

La atonía uterina es la pérdida del tono de la musculatura del útero y un consecuente retraso en la involución del útero. Por lo general, las contracciones del miometrio comprimen los vasos sanguíneos desgarrados durante el parto, reduciendo el flujo sanguíneo en la pared uterina, y una carencia de contracciones uterinas post parto pueden causar una hemorragia obstétrica. Es la causa más frecuente de hemorragia post parto, estimándose en un 70%. Algunos de los factores que predisponen a una pérdida del tono de la musculatura uterina incluyen, sobre distensión uterina por embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal, placenta previa, parto prolongado, multiparidad, anemia, corioamnionitis y miomas (34).

La retención placentaria es definida como la no expulsión completa de la placenta dentro de los 30 minutos que suceden a la expulsión del producto. La cavidad uterina ocupada por la placenta no logra contraerse eficazmente por lo que el sangrado continúa (34). Con poca frecuencia el desprendimiento placentario se retrasa porque la placenta puede presentar una adherencia extraordinaria al sitio de implantación con deciduas escasas o nulas.

Los traumatismos se producen generalmente luego de un parto precipitado o por maniobras incorrectas en la atención del mismo, en especial por algunos factores de riesgo como la macrosomía fetal y un embarazo múltiple. Estas lesiones se pueden presentar en todo el canal (periné, vulva, vagina, cuello y cuerpo del útero) (34). Por ello los tipos que se producen son: desgarro vulvares, desgarros vaginales, lesiones de cuello y cuerpo del útero y finalmente desgarros perianales.

Los porcentajes de cada una de las causas de la hemorragia postparto varia, siendo la principal el tono, es decir la atonía uterina, por presentar una alta incidencia correspondiente al 70%, la cual es producida por muchos factores de riesgo que se pueden modificar durante el embarazo identificados oportunamente en el control prenatal (34).

Asimismo, el trauma es la segunda causa con una incidencia de 20%, teniendo también factores de riesgo prevenibles en el embarazo, como la presencia de una Macrosomía fetal y embarazo múltiple. Si se lograra identificar estos factores de riesgo antes del parto se evitaría en su gran mayoría la presencia de hemorragias postparto, ya que son estas las 2 causas que suman un 90% de incidencia. Como medida preventiva se debe realizar después de cada alumbramiento un buen examen del canal del parto, cordón umbilical y placenta en busca de identificar la etiología e iniciar tratamiento precoz (34).

Karlsson H. refiere que “existe una ausencia de uniformidad de criterio a la hora de definir la hemorragia postparto, aceptándose varias definiciones en cuanto a diferentes parámetros. Una de las más universalmente aceptadas es aquella que define la hemorragia postparto como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. Esta definición clásica presenta el inconveniente de la subjetividad del clínico, quien tiende a subestimar estas cifras. Es por ello que se hace necesario y recomendable añadir que la hemorragia postparto es, además de un sangrado excesivo,

aquella que repercute en la paciente y la hace presentar síntomas y/o signos evidentes de hipovolemia. Otros parámetros han ido cayendo en desuso, pero que la Organización Mundial de la Salud aun lo considera, como es el caso de la cuantía de hemoglobina y/o hematocrito, los cuales tienen la limitación de depender del momento preciso de su determinación y de los volúmenes previos al parto” (35).

Chica K. clasifica la hemorragia postparto en primaria si ocurre en las primeras 24 horas postparto y secundaria si ocurre entre las 24 horas hasta 6-12 semanas postparto. Un 60% de todas las muertes maternas ocurren en el periodo postparto y un 65% de estas en las primeras 24 horas. La hemorragia postparto primaria es causada por atonía uterina en el 80% de los casos. Otras etiologías corresponden a retención de placenta, especialmente por acretismo, la inversión uterina, defectos en la coagulación y traumas en el canal del parto. La hemorragia postparto secundaria puede explicarse por subinvolución del lecho placentario, retención de placenta, infecciones y defectos en la coagulación (36).

Para comprender las causas de la hemorragia postparto, es importante, en primer lugar, entender los mecanismos mediante los que se evita el exceso de hemorragia durante el embarazo normal. Después del alumbramiento, el útero se contrae, considerando que las fibras miométricas discurren en diferentes direcciones, la contracción de estas fibras ocluye los vasos sanguíneos, previniendo la hemorragia. Esta contracción, más que la formación de coágulos o la agregación de plaquetas, es el mecanismo principal de la hemostasia después del parto. Así, si el útero se contrae de manera inmediata después del parto y se desarrolla la hemorragia, es más probable que el origen del sangrado se encuentre en una laceración o lesión del tracto genital. Las estrategias para tratar la hemorragia postparto primaria, en primer lugar, deben asegurar la contracción uterina, y luego identificar y reparar cualquier lesión del tracto genital (36).

El volumen sanguíneo materno se expande entre el 40 y el 50% durante el embarazo, siendo el resultado de un incremento tanto del volumen plasmático como de la masa globular. Este volumen sanguíneo incrementado protege a la madre hasta cierto punto de las consecuencias de la hemorragia durante y después del parto. Por ello, después del parto una mujer puede perder hasta el 20% de su volumen sanguíneo antes de que se hagan aparentes los signos clínicos. En condiciones de contracción de volumen, como la preeclampsia o la anemia, las mujeres pueden ser más vulnerables a los efectos de la pérdida hemática en el parto (36).

Estudios de investigación consideran que dentro de los factores de riesgo para producir una hemorragia postparto se encuentran: Embarazo múltiple, Multiparidad, Malnutrición materna, Anemia, Macrosomía Fetal, Traumatismos abdominales, Hemorragia en embarazos previos, Trabajo de parto prolongado, Patología materna crónica, entre otros. Siendo la mayoría de estos controlados a tiempo gracias a los controles prenatales oportunos y de calidad que reciba la gestante, en los cuales se brindará consejería u orientaciones de los cuidados que esta debe tener durante el embarazo, para evitar posteriormente una hemorragia postparto (36).

De todos los factores de riesgo ya mencionados, cabe recalcar que algunos son prevenibles o modificables durante el embarazo, nos estamos refiriendo a la malnutrición materna y a la anemia por deficiencia de hierro, esto se logra identificar mediante la ejecución completa, continua y de calidad de los controles prenatales, los cuales sirven para saber cómo está la salud de la madre, si su bebé está creciendo bien, y así poder prevenir cualquier sufrimiento o dificultad durante el parto. Hablar de la malnutrición materna como la obesidad, con un IMC > 30 origina la formación de una Macrosomía fetal, la cual provoca posteriormente un trabajo de parto prolongado, trauma en el tracto genital y por ende la hemorragia postparto, así mismo, la anemia por deficiencia de hierro

ocasiona atonía uterina, por la disminución de los niveles de mioglobina en el útero, lo cual evita que este se contraiga y como consecuencia se produzca un sangrado continuo. (36).

Winograd R. refiere que la prevención de la hemorragia postparto debe basarse en “el conocimiento de la existencia de los factores de riesgo ya que es de gran ayuda a la hora de prevenir una hemorragia postparto, pero además hay que recordar que 2/3 de los casos se dan en mujeres sin ninguno de estos factores” por lo que el profesional de salud debe estar siempre en alerta, debido a que toda gestante puede sufrir hemorragia en cualquier parto (37).

2.3.2. Control Prenatal

El Ministerio de Salud (MINSA) define al control prenatal como la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud. El control prenatal involucra un conjunto de acciones y procedimientos realizadas por el profesional de salud con el objetivo de identificar factores de riesgo materno y fetal (38).

Según la Organización Mundial de la Salud el Control Prenatal es un conjunto de acciones asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud y la embarazada a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico, indica además una serie de objetivos que pueden trazarse durante el control prenatal (39).

- ❖ Identificar factores de riesgo materno y fetal: Se encuentran bajo el marco de la “Prevención”, la finalidad es hallar gestantes que tendrán mayor probabilidad de presentar un evento adverso. Desde la primera visita hasta la culminación de la gestación en el parto, la identificación de los factores de riesgo maternos, fetales y perinatales son necesarios en los controles prenatales y tienen la posibilidad de ser “Predictivos” es decir, tener la capacidad de aplicar pruebas que nos permitan saber con determinada sensibilidad y especificidad, algunas patologías maternas asociadas (39).

- ❖ Diagnosticar la condición fetal y vigilar, su desarrollo: Existen una serie de mecanismos que nos permiten identificar la condición fetal, podríamos enmarcarlos en antropométricos como la medición de la altura uterina y los movimientos fetales que nos permiten indicar el crecimiento fetal. El peso materno nos permite saber si el producto y sus anexos están en crecimiento o si hay presencia de Macrosomía fetal o cualquier otro factor de riesgo, entre los elementos clínicos tenemos a la mensuración (la aplicación de las maniobras de Leopold para identificar la posición fetal), la auscultación de los latidos cardiacos fetales, que eventualmente pueden realizarse con fetoscopio Pinard (a partir de las 17 semanas), o actualmente con doppler (a partir de las 8 semanas), así mismo, tenemos la percepción del movimiento fetal (39).

- ❖ Diagnosticar la condición materna: Las gestantes identifican aspectos relativos a su morbilidad y la necesidad de recibir atención médica. Uno de los puntos más cruciales es el diagnóstico de la condición materna y que en algunos casos, confluyen a más de una profesión de acuerdo a la complejidad de la condición materna. El 80% de las gestaciones cursarán normalmente, y el 20% presentará condiciones que ameriten la confluencia de varios profesionales (39).

- ❖ Educar a la pareja: Uno de los puntos aun no suficientemente desarrollados corresponde a la educación de la pareja, quizá porque aún no se tiene bien definido qué se puede entender por educación, el nivel que hay que llegar, los contenidos a entregar y la forma cómo debe de impartirse, actualmente tanto en los controles prenatales, sesiones de psicoprofilaxis y estimulación prenatal, se alienta a que la pareja acuda, para que vivencie los procesos que seguirán para la maternidad y el parto (39).

El control prenatal óptimo debe cumplir con las siguientes características:

- ❖ Precoz: Es cuando la primera atención se efectúa durante los 3 primeros meses de embarazo (39).
- ❖ Periódica: Es la frecuencia con que se realizan las atenciones prenatales de las embarazadas que acuden a los servicios de Salud (39).
- ❖ Contínua: Es la secuencia de las atenciones que se brindan de forma sistemática e ininterrumpida (39).
- ❖ Completa: Es cuando el contenido de las atenciones garantiza el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada (39).
- ❖ Amplia Cobertura: Es el porcentaje de población embarazada que es controlada. La cobertura meta por territorio es del 100% (39).
- ❖ Calidad: Las atenciones deben brindarse previo consentimiento informado, con base en estándares clínicos, gerenciales y de satisfacción a las embarazadas, que se fundamentan en la aplicación del presente protocolo (39).
- ❖ Equidad: La población tiene oportunidad de acceder y utilizar los servicios sin distinción de edad, condición económica, raza, religión, credo, etc. (39)

El número de controles prenatales que debe recibir una gestante son: del primero al sexto mes: 1 control mensual, del séptimo al octavo mes: 1 control cada 15 días y al noveno mes: 1 control cada 7 días. Llegando a un total de 14 controles prenatales, pero según la Organización Mundial de la Salud son solo 12 los controles ideales para poder identificar a tiempo los factores de riesgo y como mínimo 6 (39).

Según el Ministerio de Salud mediante la realización oportuna, completa y de calidad de los controles prenatales podemos clasificar:

- ❖ El embarazo de Bajo Riesgo: Es aquel en el cual la madre o su hijo-a tienen probabilidades bajas de enfermar antes, durante o después del parto (40).
- ❖ El embarazo de Alto Riesgo: es aquel en el que la madre o su hijo-a tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto (40).

2.3.2.1. Atención Prenatal Reenfocada

Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las catorce semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones; con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos (40).

Contribuir a la reducción de la morbilidad materna y perinatal brindando una atención integral de salud a la mujer durante el periodo preconcepcional, el embarazo, parto y puerperio, es el objetivo de la norma técnica de salud para la atención integral de salud materna (40).

Teniendo en cuenta la clasificación del embarazo el tipo de atención prenatal que se realizará a cada gestante es:

- ❖ Atención Prenatal de Bajo Riesgo: Es la atención que se brinda a embarazadas en las que no se identificó ningún factor de riesgo, y también en las que se identifiquen factores de riesgo potenciales (sociales, genéticos, biológicos, etc.) que no producen alteraciones al estado de salud de la madre, su hijo(a), o ambos (40).
- ❖ Atención Prenatal de Alto Riesgo: Es la atención que se brinda a embarazadas en las que se identifique, durante las atenciones prenatales, algún factor de riesgo (40).

Los factores de riesgo es la probabilidad que tiene la madre o su hijo, o ambos de enfermar o morir, entre ello tenemos:

- ❖ Factores de Riesgo Potenciales: Aquellos que a pesar de su presencia no producen daño directo, pero que de no tomar las precauciones de forma oportuna pueden vincularse a algún daño en base a las estadísticas disponibles, es decir, se conviertan en factores de riesgo Real. Ejemplo: Edad (menor de 20 y mayor de 35 años), Analfabeta, Soltera, Talla baja (menor de 1,50 metros), Antecedentes familiares, Paridad (nuli o multiparidad), Periodo intergenésico corto (menor a 24 meses), Trabajo con predominio físico (excesiva carga horaria, exposición a agentes físicos-químicos-biológicos, stress), Violencia en el embarazo (40).
- ❖ Factores de Riesgo Reales: Aquellos cuya presencia se asocia de forma directa al daño en base a las evidencias científicas disponibles. Ejemplo de ello son algunas patologías específicas relacionadas con la gestación múltiple, preeclampsia, diabetes, anemia (nivel bajo de hemoglobina). La hemoglobina es una proteína

que posee una función importante en el organismo, esta proteína se encuentra dentro de los eritrocitos y esta se encarga del transporte gaseoso a nivel sanguíneo, tiene la capacidad de trasladar el O₂ hacia los tejidos y el CO₂ hacia los pulmones (40).

Con la realización de los controles prenatales se evitará que los factores de riesgo potenciales se convierten en reales, ya que son estos los que causan daño a la madre incluso al feto, no obstante, logrando evitar en la gran mayoría la hemorragia postparto.

Actividades básicas del control prenatal:

- ❖ Dieta: Se debe insistir acerca de la preparación higiénica de los alimentos, evaluar y corregir la alimentación, teniendo impacto en el nacimiento de niños pequeños para la edad gestacional (hasta en un 30%) o caso contrario la formación de una Macrosomía fetal. La dieta debe ser balanceada. Sólo el requerimiento de calcio y hierro aumenta. Se deben ingerir alrededor de 1200 mg de calcio elemental. Esta cantidad se encuentra en 5 porciones de lácteos/día (1 porción de 250 ml leche o 250 g de yogurt o 1 porción de queso o 1 huevo) (40).
- ❖ Actividad física: El ejercicio físico moderado es medida conveniente en la embarazada, e incluso las caminatas, el balanceo, la natación, son aconsejados en la Estimulación prenatal para evitar un trabajo de parto prolongado (40).
- ❖ Educación materna: Ofrecer información veraz acerca de su condición y de los aspectos biológicos del embarazo, referente a la educación a la gestante en micronutrientes, lactancia materna, etc. (40)

- ❖ **Consejería:** Incluir temas específicos, guía y pautas de alarma. Se debe reforzar la idea que estar embarazada no es estar enferma, evitando conductas sobreprotectoras o de descuido (40).
- ❖ **Tabaquismo y alcohol:** El consumo de alcohol durante el embarazo se asoció a bajo peso al nacer. El fumar se asoció a una variedad de efectos adversos para el feto, se debe realizar consejería desalentando el hábito tabáquico durante la gestación (40).

Acciones periódicas del control prenatal:

- ❖ **Medición de peso/talla materna:** Aquí se evalúa el estado nutricional de la embarazada y se ayuda en el seguimiento del incremento de peso durante el embarazo. Se tiene en cuenta el peso de la madre previo al embarazo y el aumento que esta va teniendo en cada control prenatal, considerando que al final del embarazo la gestante solo debe de haber aumentado entre 11 a 16 Kg según la Organización Mundial de la Salud, ya que el aumento sobre lo establecido origina la formación de una Macrosomía fetal y un trabajo de parto prolongado (40).
- ❖ **Examen clínico general:** Se evalúa el estado general y su adaptación a la gestación y se permite detectar alteraciones que pueden afectar a la madre y al feto (40).
- ❖ **Diagnóstico de vitalidad fetal:** Se evalúa la percepción de movimientos fetales (primípara entre las 18 a 20 semanas) que permite vigilar el estado del feto y auscultar el latido cardíaco fetal, esto demostrará que la formación de feto es normal (40).

- ❖ Evaluación del Crecimiento Fetal: Se determina la altura uterina y evalúa variaciones por encima percentil 10 ó 90, así mismo se procede a identificar Macrosomía fetal e identificar restricción del crecimiento intrauterino (40).
- ❖ Clasificación de la embarazada según riesgo: Realizar la clasificación en cada control, enseñar a la gestante a identificar signos de complicación y evaluar si se requiere transferencia. Los factores de riesgo asociados identificables en el control prenatal son: embarazo no deseado, embarazo en adolescente (10 a 19 años), gestante mayor a 35 años, lugar de residencia lejana, pobreza, analfabetismo, nuliparidad o multiparidad y antecedentes obstétricos patológicos: anemia, Preeclampsia, diabetes gestacional, complicaciones hemorrágicas del embarazo y retardo del crecimiento intrauterino (40).
- ❖ Consejería: En el primer trimestre, desarrollar temas como signos y síntomas normales del embarazo y orientación nutricional, en el segundo y tercer trimestre desarrollar la preparación para el amamantamiento, signos de alerta o complicaciones frecuentes, preparación para el parto, control puerperal y planificación familiar. El planificar un próximo embarazo mejora el intervalo intergenésico y evita una hemorragia postparto. El administrar los micronutrientes durante el embarazo como el hierro aumentará los niveles de hemoglobina en gestantes anémicas, evitará la atonía uterina y por ende una hemorragia postparto (40).
- ❖ Análisis de exámenes de laboratorio: En la primera consulta, confirmar con una prueba de embarazo, solicitar exámenes de sangre: Hemograma completo (descarte de anemia e infecciones), grupo sanguíneo y factor Rh (descarte de incompatibilidad materno-fetal). Ecografía obstétrica, aconsejable antes de las 12

semanas, permite establecer la edad gestacional con mayor precisión y el descarte de embarazo múltiple (40). Todos estos exámenes nos permitirán detectar alguna anomalía durante la gestación, la cual podría causar daño tanto a la madre como al feto.

2.3.3. Parto

Conjunto de procesos mediante los cuales, el feto, la placenta y las membranas ovulares son expulsadas al exterior del cuerpo materno (41).

2.3.3.1. Complicaciones del parto

Cinco complicaciones directamente relacionadas son responsables de más del 70% de las muertes maternas:

- ❖ Hemorragias
- ❖ Infecciones
- ❖ Abortos peligrosos
- ❖ Eclampsia y parto obstruido

La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos (41).

2.3.4. Puerperio o postparto

Es el período de la vida de la mujer que sigue al parto. Comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Es una etapa de transición de duración variable, aproximadamente 6 a 8 semanas, en el que se inician y desarrollan los complejos procesos de la lactancia y de adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno (41).

Clínicamente, el puerperio puede dividirse en tres períodos sucesivos:

- ❖ Puerperio inmediato: las primeras 24 horas postparto.
- ❖ Puerperio temprano: incluye la primera semana postparto.
- ❖ Puerperio tardío: abarca el tiempo necesario para la involución completa de los órganos genitales y el retorno de la mujer a su condición pregestacional (41).

2.3.4.1 Cambios fisiológicos del puerperio

Durante el puerperio, los órganos y sistemas maternos que sufrieron transformaciones durante el embarazo y parto, presentan modificaciones que los retornan o involucionan en gran medida a las condiciones pregestacionales (41).

Modificaciones de los órganos genitales

Útero: Después de la salida de la placenta continúan las contracciones uterinas, las que pueden ser muy intensas. Estas contracciones son esenciales para la hemostasia al comprimir los vasos sanguíneos del lecho placentario y lograr su obliteración. El resultado de las contracciones fisiológicas es la disminución de peso y tamaño del útero con regresión de su gran masa muscular. El útero pesa alrededor de 1.000 a 1.200 gramos después del alumbramiento, disminuye rápida y progresivamente a 500 gramos al 7° día postparto y a menos de 100 gramos al terminar la involución en la 6° - 8° semana después del parto. Esta acentuada pérdida de peso y volumen uterino se debe a una disminución en el tamaño de las células miometriales y no a reducción del número de ellas (41).

Loquios: Se denomina "loquios" al contenido líquido normal expulsado por el útero en su proceso de involución y curación de la superficie cruenta dejada por el lecho placentario. Los loquios no tienen mal olor y son variables en cantidad y características

a lo largo del puerperio. Los primeros tres días contienen una mezcla de sangre fresca y decidua necrótica (loquia rubra), luego disminuye el contenido sanguíneo tornándose más pálido (loquia serosa). Ya en la segunda semana el líquido se aclara transformándose a color blanco amarillento (loquia alba). La pérdida de loquios dura aproximadamente 4 a 6 semanas coincidente con el término de la involución uterina (41). Si la cantidad de sangre expulsada por el útero es mayor de 500 cc después de un parto normal o mayor de 1000 cc después de una cesárea se considera hemorragia postparto.

Vagina: En el postparto inmediato, recién suturada la episiotomía, la vagina se encuentra edematosa, de superficie lisa y relativamente flácida. Después de 3 semanas comienzan a observarse los pliegues característicos con desaparición del edema y ya a las 6 semanas existe reparación completa de las paredes e introito vaginal (41).

Trompas de Falopio: Los cambios puerperales en las trompas son histológicos. Las células secretoras se reducen en número y tamaño y hacia la 6ª semana ya han recuperado los cilios retornando a la estructura epitelial de la fase folicular (41).

Mamas: Durante el embarazo, la mama es preparada para el proceso de la lactancia. Después del parto, con la salida de la placenta, se produce un descenso brusco de los esteroides y lactógeno placentarios. Esto elimina la inhibición de la acción de la prolactina en el epitelio mamario y se desencadena la síntesis de leche. Las células presecretoras se transforman en secretoras. Entre el segundo y cuarto día post parto, las mamas se observan aumentadas de volumen, ingurgitadas y tensas debido al aumento de la vascularización sanguínea y linfática apreciándose además un marcado aumento en la pigmentación de la aréola y pezón (41).

2.3.5. Características biodemográficas y culturales

Son el conjunto de características o cualidades biológicas, demográficas y culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles (42).

2.3.5.1. Características Biológicas

Son las características físicas y de funcionamiento del ser humano que las distinguen de otro ser (42).

Edad: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo. Número de años cumplidos, contando desde su nacimiento hasta el día de realizar el estudio. Durante el año 2015, el grupo de edad entre 20 a 29 años representa el 39 % de casos de muerte materna por causa directa/indirecta a nivel nacional. El grupo de 10-19 años de edad representa el 12% observándose una ligera disminución en comparación al año del 2014 (43).

Talla: La estatura (o talla humana) designa la altura de un individuo. Generalmente se expresa en centímetros y viene definida por factores genéticos y ambientales. La estatura puede verse alterada durante la infancia o la adolescencia por ciertas enfermedades como el gigantismo (crecimiento excesivo) o enanismo (crecimiento escaso). Las mujeres de la zona rural tienen por lo general una estatura baja, factor que predispone a sufrir complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio (44).

Estado nutricional: Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Evaluación del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar (45).

Paridad: Número total de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo abortos. Una mujer múltipara esta propensa a sufrir hemorragia postparto, debido al número de partos anteriores y la pérdida de sangre en cada uno de ellos (46).

2.3.5.2. Características Demográficas

Son aquellas características de la población humana, que estudia su estructura, dimensión, evolución y características generales (47).

Estado civil: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas. Con respecto al estado civil el 67 % de los casos notificados tuvo como estado civil conviviente, el 15.3 % era casada y el 15 % era soltera, es decir la mayoría tenía pareja sea conviviente o casada (48).

Grado de instrucción: El grado de instrucción de una persona es el nivel más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (49).

Ocupación: se entiende como Ocupación "aquella faceta del empeño humano que da respuesta a las necesidades vitales de un individuo, así como al quehacer a través del cual el ser humano se distingue y expresa, revelando al agente del acto, y que se constituye en una forma de dar sentido a la existencia, construyendo y creando su identidad personal, cultural y social (50).

Procedencia: La palabra procedencia se emplea para designar el origen, el comienzo que ostenta algo, un objeto, una persona y del cual entonces procede. Es un factor determinante para recibir atención en un centro de salud, para ello necesitamos de las vías de comunicación, y en el caso de la zona rural es muy difícil poder trasladarse

debido a la falta de carreteras en la cual muchas mujeres visitan un centro de salud caminando, entonces si se tratara de una emergencia podría una mujer perder la vida en el trayecto, debido a la lejanía y a la falta de vías de comunicación adecuadas. Situación que puede influir en la toma de decisión para visitar un establecimiento de salud y realizarse un chequeo (51).

2.3.5.3. Características Culturales

Cada persona tiene una mirada subjetiva sobre el mundo, que corresponde con ciertas creencias, valores y costumbres de la sociedad en la que vive (52).

Religión: Es una fe; la devoción por todo lo que se considera sagrado. Se trata de un culto del ser humano hacia entidades a las que se atribuyen poderes sobrenaturales. Como tal, la religión es la creencia a través de la cual las personas buscan una conexión con lo divino y lo sobrenatural, así como cierto grado de satisfacción espiritual mediante la fe para superar el sufrimiento y alcanzar la felicidad (53).

Persona que suele tomar las decisiones para acudir al establecimiento de salud: La persona que influye en la toma de decisiones varía de acuerdo a la cultura, grado de instrucción y religión. El esposo es la persona quien toma la decisión para que la gestante acuda al establecimiento de salud a recibir su atención, pues si éste, no le da permiso, ella no asiste a sus controles, caso contrario son los padres o suegros quienes intervienen tomando la decisión, pero son muy pocas las mujeres que acudan tomando su propia decisión (54).

2.4. Definición de términos básicos

Hemorragia Postparto: Es la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea (35).

Control prenatal: Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr tener un recién nacido sano (38).

Características biodemográficas y culturales: Son el conjunto de cualidades biológicas, demográficas y culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles (42).

Factor de riesgo: Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (40).

Anemia: Es la disminución de la concentración de hemoglobina en sangre. Este parámetro no es un valor fijo, sino que depende de varios factores tales como edad, sexo y ciertas circunstancias especiales tales como el embarazo (36).

Obesidad: Se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (36).

Atonía uterina: Es el término que se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto (34).

Parto: Conjunto de procesos mediante los cuales, el feto, la placenta y las membranas ovulares son expulsadas al exterior del cuerpo materno (41).

Puerperio: Es el período de la vida de la mujer que sigue al parto. Comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer (41).

2.5. Hipótesis

Ho: No existe relación entre la hemorragia postparto en puérperas con el control prenatal y las características biodemográficas y culturales, en el Hospital II-E Materno Perinatal Simón Bolívar de Cajamarca en mayo del 2019.

Ha: Existe relación entre la hemorragia postparto en puérperas con el control prenatal y las características biodemográficas y culturales, en el Hospital II-E Materno Perinatal Simón Bolívar de Cajamarca en mayo del 2019.

2.6. Variables

Variable dependiente: Hemorragia postparto

Variables independientes: Control prenatal y características biodemográficas, culturales.

2.7. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Variable Dependiente Hemorragia Postparto	Es la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o mayor a 1.000 ml tras una cesárea. Se presenta en 2 etapas inmediata y mediata en la puérpera (35).	Hemorragia Postparto Inmediata	Se presenta cuando la pérdida sanguínea se da en las primeras 24 horas postparto (36).	SI () NO ()
		Hemorragia Postparto Mediata	Se presenta cuando la pérdida sanguínea se da entre las 24 horas hasta las 6 o 12 semanas postparto (36).	SI () NO ()

<p>Variable Independiente</p> <p>Control Prenatal</p>	<p>Es un conjunto de acciones asistenciales que se concretan en entrevistas entre el equipo de salud y la embarazada, con características peculiares, las cuales permiten identificar factores de riesgo durante la gestación (39).</p>	<p>Control Prenatal según características.</p>	<p>Precoz: primer trimestre de gestación Periódica: mensual</p> <p>Número de controles: 6 como mínimo según la Organización Mundial de la Salud (OMS)</p> <p>Completa: según la Atención Prenatal Reenfocada (APR)</p> <p>Bajo Riesgo: según la Atención Prenatal Reenfocada (APR)</p> <p>Alto Riesgo: según la Atención Prenatal Reenfocada (APR)</p>	<p>SI () NO ()</p> <p>Controlada () No controlada ()</p> <p>Cumple () No Cumple ()</p> <p>Si () No ()</p> <p>Si () No ()</p>
<p>Variable Independiente</p> <p>Características biodemográficas y culturales.</p>	<p>Son el conjunto de cualidades biológicas, demográficas y culturales de la población, sobre todo aquellas sujetas a medición (42).</p>	<p>Características biológicas</p>	<p>Edad:</p> <p>≤ 19 () 20 – 35 () ≥ 36 ()</p> <p>Talla:</p> <p><1.50 cm () ≥ 1.50 cm ()</p> <p>Ganancia de Peso:</p> <p>Adecuado () No adecuado ()</p> <p>Estado nutricional:</p> <p>Bueno () Regular () Malo ()</p> <p>Paridad:</p> <p>1 () 2 () 3 o más ()</p>	<p>≤ 19 () 20 – 35 () ≥ 36 ()</p> <p><1.50 cm () ≥ 1.50 cm ()</p> <p>Adecuado () No adecuado ()</p> <p>Bueno () Regular () Malo ()</p> <p>1 () 2 () 3 o más ()</p>
		<p>Características demográficas</p>	<p>Estado civil:</p> <p>Ocupación o Profesión:</p>	<p>Soltera () Casada () Conviviente () Viuda ()</p> <p>Comerciante () Ama de casa () Profesora () Secretaria () Enfermera () Otros ()</p>

			Grado de instrucción:	Analfabeta () Primaria () Secundaria () Superior ()
			Procedencia:	Rural () Urbana ()
		Características culturales	Religión	Católica () No católica ()
			Persona que suele tomar la decisión para acudir a recibir la atención de salud	El esposo () Los padres () Suegros () Uno mismo ()

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Diseño y tipo de estudio

Diseño no experimental

La presente investigación es de diseño no experimental, porque se realizó sin manipular las variables independientes (control prenatal y características biodemográficas, culturales). Se basó fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para analizarlos con posterioridad (55).

Descriptivo - Correlacional

La investigación es descriptiva, porque se describe, la hemorragia postparto, el control prenatal, las características biodemográficas y culturales, centrándonos siempre en el problema de investigación (56).

La investigación correlacional tiene como finalidad establecer el grado de relación existente entre las variables en estudio. Se caracterizan porque primero se miden las variables y luego, mediante pruebas de hipótesis correlacionales y la aplicación de técnicas estadísticas, se estima la correlación, que en este caso se usó la prueba chi cuadrado (56). Es por ello que en este estudio se estableció la relación entre la hemorragia

postparto en puérperas con el control prenatal y las características biodemográficas y culturales atendidas en el Hospital II- E Materno Perinatal “Simón Bolívar” de Cajamarca, durante el mes de mayo del 2019.

3.2. Área de estudio

El estudio se realizó en el Hospital II-E Materno Perinatal Simón Bolívar – Cajamarca, especialmente en el área de hospitalización, la cual brinda su atención a las puérperas.

3.3. Población

Estuvo constituida por las puérperas con presencia o ausencia de hemorragia postparto, atendidas en el Hospital II- E Materno Perinatal Simón Bolívar- Cajamarca, durante el mes de mayo del 2019.

Datos obtenidos según el RAD (Registro de Actividades Diarias) del área de hospitalización, durante el periodo enero, febrero, marzo y abril del 2019, se tuvo un promedio dividido entre 4, cuyo resultado fue de 101 puérperas de parto eutócico.

3.4. Muestra

Se trató de un muestreo simple, puesto que de las 101 puérperas atendidas (población finita) en el Hospital II – E Materno Perinatal Simón Bolívar Cajamarca, se calculó 80 puérperas según la formula estadística. Será una muestra aleatoria, donde cada miembro de la población tendrá la misma probabilidad de ser seleccionada como sujeto de estudio.

Fórmula de muestreo según Población finita

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

$Z = 1,96$ es la puntuación estándar correspondiente al nivel de confianza del 95%.

p = Como se desconoce la proporción de mujeres con presencia de hemorragia posparto en el Hospital II- E Materno Perinatal Simón Bolívar de Cajamarca, entonces se asumió en 50% con la finalidad de tener un tamaño de muestra máximo.

$q = 1 - p = 1 - 50\% = 50\%$.

d = precisión = 5,0%.

$N=101$ es el número de puérperas de parto natural,

Entonces

$$n = \frac{101 * 1,96^2 * 0,5 * 0,5}{0,05^2 * (101 - 1) + 1,96^2 * 0,5 * 0,5} = 80$$

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- ❖ Puérperas de parto eutócico atendidas en el Hospital II- E Materno Perinatal Simón Bolívar de Cajamarca.
- ❖ Puérperas con presencia o ausencia de hemorragia postparto.
- ❖ Puérperas procedentes de la zona rural y urbana.
- ❖ Puérperas que acepten su participación en el estudio, colocando su firma o huella en el consentimiento informado (*Apéndice N°01*).

Criterios de exclusión:

- ❖ Puérperas con problemas mentales y/o dificultad en el lenguaje y habla, debido a que en este estudio, se recopiló la información brindada por cada puérpera mediante el cuestionario.

3.6. Unidad de Análisis

Estuvo constituida por cada puérpera de parto eutócico atendida en el Hospital II-E Materno Perinatal Simón Bolívar de Cajamarca y su respectiva historia clínica.

3.7. Técnicas e instrumento de recolección de datos

3.7.1. Técnicas de recolección de datos

Como técnica de recolección de datos se usó la entrevista a través de la cual se aplicó el cuestionario (*Anexo N° 01*). Asimismo, fue de gran importancia utilizar la ficha de recolección de datos (*Anexo N° 02*) información que se recolectó de la historia clínica, debido que, la gran mayoría de las puérperas desconocían algunas preguntas del cuestionario como: la cantidad aproximada de sangre perdida, traumatismo abdominal y valor de la hemoglobina en el último trimestre de gestación. Datos que sí se encuentran registrados en dicha historia clínica de cada puérpera.

3.7.2. Instrumentos de recolección de datos

3.7.2.1. Cuestionario

Para la recolección de datos el cuestionario fue elaborado por la investigadora y validado por 5 expertos, en donde se logró identificar las características de cada puérpera, los controles prenatales a los que asistió y las que sufrieron de hemorragia postparto. Dicho cuestionario estuvo conformado de tres partes: La primera contiene características biodemográficas y culturales, conformada por 11 preguntas. La segunda sobre preguntas relacionadas a la hemorragia postparto, conformada por 8 interrogantes y la tercera parte sobre preguntas relacionadas al control prenatal, conformada por 4 interrogantes.

Llegando a un total de 23 preguntas (*Anexo N° 01*). La mayoría de ellas con dos opciones de respuestas, que se tradujeron a números, del 1 al 2. Si la opinión fue favorable a la

actitud que deseábamos medir, siempre se codificó con 2 y nunca o menos de una vez por mes con 1. En cambio, con respecto a las características biodemográficas y culturales algunas preguntas se consideraron hasta seis opciones de respuesta, aplicando lo ya mencionado anteriormente.

3.7.2.2. Ficha de recolección de datos

Se elaboró también la ficha de recolección de datos, la cual fue validada por 5 expertos (tres licenciados en enfermería y dos licenciados en obstetricia), quienes sugirieron que algunas preguntas que formaban parte del cuestionario, tendrían respuestas incorrectas o deficientes por parte de las puérperas, lo cual llevaría a un mal recojo de datos y por ende a una mala interpretación. Es por ello que para evitar tener malos resultados se elaboró dicho instrumento, el cual está constituida por 6 tablas, detallando la siguiente información: indicadores de ganancia de peso de la gestante, estado nutricional, gestante controlada o no controlada según la Atención Prenatal Reenfocada, factores de riesgo y nivel de hemoglobina y la cantidad aproximada de sangre perdida (Anexo N° 02), recogiendo toda esta información de la historia clínica.

3.8. Procedimiento

Solicitud de permiso: Se realizarán 2 solicitudes, una estuvo dirigido al director del Hospital II-E Materno Perinatal “Simón Bolívar” Cajamarca, lugar donde se llevó a cabo dicha investigación y la otra a la jefa del área de hospitalización.

Entrevista con las puérperas: Se entrevistó a las unidades de análisis en base a una serie de preguntas o afirmaciones, con la finalidad de dar a conocer el trabajo de estudio, hacer firmar el consentimiento informado, así como establecer un horario para la aplicación del cuestionario.

Consentimiento informado: Es un documento informativo, el cual reconoce la necesidad de la puérpera para informarse sobre la actividad a realizar con ella. Mediante el consentimiento informado se invitó a las puérperas con presencia o ausencia de hemorragia postparto del Hospital II-E Materno Perinatal “Simón Bolívar” Cajamarca a participar de la investigación. Solo participaron las puérperas que estuvieron de acuerdo en firmar dicho documento, más no se obligó a aquellas personas que no desearon participar, porque ante todo se respetó su decisión, ya que en este estudio se practicó los principios éticos.

Aplicación de los instrumentos: Se aplicó el cuestionario y la ficha de recolección de datos primero mediante una prueba piloto a 8 unidades de análisis, para hallar el alfa de Cronbach, luego a cada una de las puérperas hasta completar la muestra.

3.9. Técnicas y métodos de procesamiento y análisis de datos

Luego de recolectar los datos, se verificó la consistencia de los mismos. Posteriormente se ingresó la información a una base de datos, usando el programa Microsoft Office Excel 2016.

Posteriormente se exportó al software estadístico IBM SPSS Statistics v.25 para su respectivo procesamiento. Entre las técnicas más utilizadas, para el análisis univariado, fue la distribución de frecuencias, que es una tabla donde se exhiben las distintas categorías que componen la variable. Para el análisis bivariado se usaron las tablas cruzadas, generalmente las de porcentaje columna como sugiere Kerlinger.

Para determinar la asociación estadística entre las variables, se utilizó la prueba Chi cuadrado de Pearson, con un nivel de significancia de 0,05.

3.10. Validez y confiabilidad

Se utilizó el cuestionario y ficha de recolección de datos sobre hemorragia postparto en puérperas según control prenatal y características biodemográficas y culturales, elaborados por la investigadora, los cuales fueron evaluados mediante consenso de expertos, conformado por un panel multidisciplinario de cinco profesionales de la salud (tres licenciados de enfermería y dos licenciados de obstetricia).

Al evaluar la confiabilidad de las preguntas que formaron parte del cuestionario, el estadístico encontró un alfa de Cronbach de 0.81. La variable control prenatal, tenía una confiabilidad ligeramente menor, con valores de alfa de Cronbach de 0.79; mientras que, la variable características biodemográficas y culturales, un alfa de Cronbach de 0.76. Lo que implica que al utilizar las dimensiones por separado disminuye la confiabilidad, por lo que en este estudio se aplicó el cuestionario en su totalidad.

Por lo que para poder utilizarlo en esta investigación se aplicó una prueba piloto a un grupo de 8 unidades de análisis con características semejantes a la muestra, para posteriormente evaluar la confiabilidad mediante la aplicación de la prueba estadística del Alfa de Cronbach, encontrando un resultado de 0.81 (Apéndice N° 02); es decir, una confiabilidad buena.

3.11. Cuestiones Éticas

Dentro de la realización de esta investigación se tuvo en cuenta los principios bioéticos. El principio de Autonomía, “a través de la cual puede decirse que una persona autónoma es capaz de tomar decisiones no tanto emocionalmente sino fundamentalmente racionales y libres en donde el individuo puede actuar de manera autónoma y sin ninguna presión” (57), tal es el caso de este estudio que la participación de las puérperas fue totalmente voluntaria.

Por otro lado, el principio de Beneficencia, “trata en lo posible de maximizar el beneficio y minimizar el daño en cada una de las personas que participan en la investigación” (58), aplicado en este estudio se buscó la mejora en su salud para cada una de las puérperas, es decir la recuperación rápida tras el parto y disminuir la principal complicación como lo es la Hemorragia Postparto.

Así mismo, en el principio de Justicia “prevaleció el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar de cada una de las puérperas, brindando una atención excelente de salud, sin hacer distinción ni discriminación de ningún tipo” (59).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Incidencia de hemorragia postparto

Tabla 1. Incidencia de Hemorragia Postparto en puérperas. Hospital II-E Materno Perinatal “Simón Bolívar” – Cajamarca, en mayo del 2019.

Características	Categorías	n	%
Presentó hemorragia postparto	Si	10	12.5
	No	70	87.5
Cantidad de sangre perdida durante el parto	Menos de 500 cc	70	87.5
	De 500 cc – 1000 cc	10	12.5
	Más de 1000 cc	0	0.0
	Total	80	100.0

La tabla muestra que la gran mayoría de las puérperas 87,5% refirió no haber presentado hemorragia, sin embargo, el 12.5% indicó haberlo presentado. Comparando los resultados con los encontrados en el estudio realizado por Briceño en el año 2015, sobre Hemorragia Postparto, encontró que la incidencia de hemorragia postparto es el 37%. Siendo una incidencia mayor. Asimismo, Camacho mostró durante los años 2015 y 2016, que el mayor porcentaje de mortalidad materna fue 81,4%, ocurridas sobre todo por causas de hemorragias postpartos con 42,4% (27).

En cuanto a la cantidad perdida de sangre, de las puérperas que presentaron hemorragia 12,5% indicaron que perdieron entre 500 ml a 1000 ml. Como lo define Karlsson se habla de hemorragia postparto a la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea (35). Considerando nuestro estudio y los criterios de inclusión fueron puérperas de parto natural, por lo que la cantidad correspondiente es mayor a 500 ml, considerando el parámetro (500 ml a 1000 ml). Esta definición clásica presenta el inconveniente de la subjetividad clínica, es por ello que se hace necesario y recomendable

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

La Organización Mundial de la Salud define a la hemorragia postparto como la cuantía de hemoglobina y/o hematocrito, los cuales tienen la limitación de depender del momento preciso de su determinación y de los volúmenes previos al parto (35). Mendoza, definió que la hemorragia del embarazo, parto o puerperio puede ocurrir por las principales causas, las cuales se pueden denominar como las 4 T's: Tono (pobre contracción uterina después del parto), Tejidos (retención de productos de la concepción o coágulos), Trauma (en el tracto genital) y Trombina (defectos en la coagulación) (34).

La hemorragia postparto considerada por el MINSA es la primera causa de mortalidad materna a nivel local, nacional e internacional, asimismo indica que es uno de los determinantes directos, es decir, resulta de las complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, de acuerdo a nuestro estudio del 12,5% que sufrieron de hemorragia postparto no se presentó ninguna muerte materna.

La hemorragia postparto es una complicación que se presenta en muchos casos porque los profesionales de salud no logran identificar a tiempo los factores de riesgo y esto puede deberse por muchas razones, como por ejemplo: controles prenatales deficientes e insuficientes, presencia de algunas características biodemográficas y culturales que requieren de una actitud vigilante y tomar las precauciones correspondientes, profesionales de salud que no están capacitados para brindar la información adecuada y saber llegar a la paciente con lenguaje claro, preciso y acorde al nivel de educación, mala actuación para brindar el tratamiento correcto.

Tabla 2. Hemorragia Postparto en puérperas según etapas de presentación. Hospital II-E Materno Perinatal “Simón Bolívar” – Cajamarca en mayo del 2019.

Características	Categorías	n	%
Hemorragia en las 24 primeras horas	Si	10	100.0
	No	0	0.0
Hemorragia después de un día del parto	Si	0	0.0
	No	10	100.0
Total		10	100.0

En la tabla, se observa que el 100% de las puérperas que presentaron hemorragia postparto fue dentro de las 24 primeras horas después del parto, es decir, en la etapa del puerperio inmediato. De acuerdo al autor Chica, quien clasifica la hemorragia postparto, en primaria si ocurre en las primeras 24 horas postparto y secundaria si ocurre entre las 24 horas hasta 6 y 12 semanas postparto. Un 60% de todas las muertes maternas ocurren en el periodo postparto y un 65% de estas en las primeras 24 horas (36). Comparando los resultados de nuestro estudio con los encontrados por este autor, es solo en el puerperio inmediato o etapa primaria donde se presentó la hemorragia y no se registró ningún caso en el puerperio mediato o etapa secundaria.

Sin embargo, es preciso conocer que la hemorragia postparto secundaria puede presentarse por subinvolución del lecho placentario, retención de placenta, infecciones y defectos en la coagulación (36). Por lo mencionado, el puerperio mediato o etapa secundaria se produce por causas del parto o durante el parto, mas no por causas o factores de riesgo durante la gestación, como sí ocurre en la hemorragia postparto primaria.

Este problema se presenta principalmente porque la mayoría de las gestantes tienen anemia, como lo define el autor Díaz es la disminución de la cantidad de hemoglobina y cuya fisiopatología indica que los requerimientos diarios de hierro para la gestante durante el embarazo deben ser mayores, porque es ella quien le transmite al feto, por ende, en lugar de aumentar las reservas de hierro se produce su disminución, lo cual va a conllevar a una atonía uterina (60).

El volumen sanguíneo materno se expande entre el 40 y el 50% durante el embarazo, siendo el resultado de un incremento tanto del volumen plasmático como de la masa globular. Este volumen sanguíneo incrementado protege a la madre hasta cierto punto de las consecuencias de la hemorragia durante y después del parto. Por ello, después del parto una mujer puede perder hasta el 20% de su volumen sanguíneo antes de que se hagan aparentes los signos clínicos. En condiciones de contracción de volumen, como la preeclampsia o la anemia, las mujeres pueden ser más vulnerables a los efectos de la pérdida hemática en el parto (36).

Por ello, las acciones o estrategias a realizar por parte de los profesionales de salud tienen que ser antes de, caso contrario no den resultados y se encuentren ante este tipo de situación solo queda actuar con sumo cuidado y de manera emergente, administrando el tratamiento correcto y tener una actitud vigilante para con la paciente.

Tabla 3. Hemorragia Postparto en puérperas según causas. Hospital II-E Materno Perinatal “Simón Bolívar” – Cajamarca en mayo del 2019.

Características	Categorías	n	%
Atonia uterina	Si	8	80.0
	No	2	20.0
Macrosomia fetal	Si	1	10.0
	No	9	90.0
Traumatismos abdominales	Si	1	10.0
	No	9	90.0
Patología materna crónica	Si	1	10.0
	No	9	90.0
Embarazo múltiple	Si	0	0.0
	No	10	100.0
Hemorragia en partos previos	Si	1	10.0
	No	9	90.0
	Total	10	100.0

La tabla muestra con respecto a la presencia de hemorragia postparto que la causa principal fue la atonía uterina con el 80%, seguido de macrosomia fetal, traumatismos abdominales, patología materna crónica y finalmente hemorragia en partos previos con el 20%. Comparando los resultados con los encontrados en uno de los estudios realizado por el investigador Chica, encontró que la hemorragia postparto primaria es causada por atonía uterina en el 80% de los casos (36). Lo cual coincide con el resultado de nuestro estudio. Eso no significa que la atonía uterina sea la única causa, sino también existen diversas etiologías que producen la hemorragia postparto, como la retención de placenta, especialmente por acretismo, la inversión uterina, defectos en la coagulación y traumas en el canal del parto.

Otro estudio realizado por Camacho coincide con el presente trabajo, ya que el determinante habitual de las hemorragias postparto fue la atonía uterina con 65%, seguido de la retención de placenta o de restos placentarios 38%. Porcentaje alto al igual que en el resultado de nuestro estudio.

El investigador Mendoza define la atonía uterina como la pérdida del tono de la musculatura del útero y un consecuente retraso en la involución del útero. Fisiológicamente, las contracciones del miometrio comprimen los vasos sanguíneos desgarrados durante el parto, reduciendo el flujo sanguíneo en la pared uterina, y una carencia de contracciones uterinas (atonía uterina) post parto, pueden causar una hemorragia obstétrica. Algunos de los factores que predisponen a una pérdida del tono de la musculatura uterina incluyen, la sobre distensión uterina por embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal, placenta previa, parto prolongado, multiparidad, anemia, corioamnionitis y miomas. La retención placentaria es definida como la no expulsión completa de la placenta dentro de los 30 minutos que suceden a la expulsión del producto. La cavidad uterina ocupada por la placenta no logra contraerse eficazmente por lo que el sangrado continúa (34).

Los traumatismos se producen generalmente luego de un parto precipitado o por maniobras incorrectas en la atención del mismo, en especial por algunos factores de riesgo como la macrosomía fetal y un embarazo múltiple. Estas lesiones se pueden presentar en todo el canal (periné, vulva, vagina, cuello y cuerpo del útero) (34). La patología materna crónica, que se encontró en nuestro estudio y que afectó el estado de salud de la puérpera, es la diabetes mellitus, dando origen a la formación de macrosomía fetal, traumatismo abdominal, trabajo de parto prolongado y finalmente produciendo la hemorragia postparto.

Estas causas suelen presentarse en la mayoría de los casos por la no identificación de los posibles factores de riesgo durante la gestación por parte del equipo de salud, ya que una causa conlleva a la otra, y si no se tiene la capacidad para modificarlos o prevenirlos en el momento adecuado llevará a presentar hemorragia, complicación que si no se conoce el tratamiento correcto podría llevar a la muerte materna.

4.2. Controles prenatales

Tabla 4. Características del control prenatal. Hospital II-E Materno Perinatal “Simón Bolívar” – Cajamarca en mayo del 2019.

Características	Categorías	n	%
CPN en el primer trimestre	Si	56	70.0
	No	24	30.0
CPN de acuerdo a cita	Si	39	48.8
	No	41	51.2
Número de CPN durante la gestación	Menos de 6 controles	34	42.5
	De 6 a 12 controles	46	57.5
Valor de la hemoglobina en el último trimestre	Menos de 11 mg/dL	9	11.3
	De 11 a 12 mg/dL	59	73.8
	Más de 12 mg /dL	12	15.0
Periodo intergenésico	Menos de 24 meses	46	86.8
	De 24 meses a más	7	13.2
	Total	53	100.0

La tabla evidencia que el 70% de las puérperas refirió haber asistido a su control prenatal en el primer trimestre de gestación y 30% indicó no haber asistido. Sin embargo, el 51,2% refirió no haber acudido a sus controles prenatales de acuerdo a su cita, mientras que el 48.8% indicó haber acudido.

Con respecto al número de controles prenatales durante la gestación, el 57,5% indicó haber tenido de 6 a 12 controles, sin embargo 42,5% refirió haber tenido menos de 6 controles, constituyendo un elevado porcentaje de puérperas con posibles factores de riesgo para sufrir de hemorragia postparto. Comparando los resultados con los encontrados en el estudio realizado por Munares en el año 2016, encontró que el 50% de los casos presentó solo 4 controles, porcentaje en el que no se logró identificar los factores de riesgo prevenibles durante el embarazo y la incidencia de hemorragia postparto es alta, mientras que el 50% restante presentó 8 controles prenatales como

máximo (24). Lo cual se asemeja con el resultado de nuestro estudio, ya que la mayoría de las puérperas no asisten a sus controles prenatales.

Como lo define el Ministerio de Salud (MINSA) el control prenatal es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud. Asimismo, el control prenatal involucra un conjunto de acciones y procedimientos realizadas por el profesional de salud con el objetivo de identificar factores de riesgo materno y fetal (38).

Según la Organización Mundial de la Salud el protocolo de atención del control prenatal debe cumplir con los siguientes objetivos: identificar factores de riesgo materno y fetal, diagnosticar la condición fetal y vigilar su desarrollo, diagnosticar la condición materna y educar a la pareja (39). Asimismo, dicha Organización considera que el control prenatal debe cumplir con las siguientes características: precoz, periódico, continuo y de calidad. Características y objetivos que no se logran realizar, motivo por el cual no se logra identificar los posibles factores de riesgo.

La inasistencia a los establecimientos de salud para la realización de los controles prenatales puede deberse a muchas razones, entre ellas mencionamos las siguientes: la distancia, considerando que la región de Cajamarca abarca muchas zonas rurales, el desinterés de la propia persona esto va en relación al grado de instrucción que tiene, el permiso por parte del esposo, padres y finalmente influye la religión que profesan.

En cuanto al valor de la hemoglobina en el último trimestre de gestación, el 73.8% indicó haber tenido de 11 a 12 mg/dl, el 15% refirió haber tenido más de 12 mg/dl, sin embargo, el 11.3% indicó menos de 11 mg/dl, siendo este porcentaje casi coincidente al porcentaje de puérperas quienes padecieron de hemorragia postparto. Comparando los resultados de nuestro estudio con los encontrados en el estudio realizado por Valdiviezo en el año 2015,

sobre “Nivel de hemoglobina en gestantes” encontró que el valor promedio de la hemoglobina del primer y tercer trimestre fue entre 11 mg/dl y 12 mg/dl. El 37.9 % tienen anemia (61). Lo cual no coincide con nuestro estudio, ya que es menor el porcentaje de puérperas que indicó tener menos de 11 mg/dl.

Como lo define Valdiviezo la hemoglobina es una proteína que se encuentra en los eritrocitos cuya función es la de transportar oxígeno a los tejidos (61). Por ende, cuando el valor es menor se habla de la anemia, es decir, cuando la cantidad de oxígeno que llega a los tejidos es insuficiente. Este problema puede presentarse por que los profesionales de salud a veces no realizan el control de la hemoglobina en el primer ni tercer trimestre de gestación, esto se debe porque las gestantes no acuden a sus controles prenatales, o si se lo hace es de forma incorrecta o mal interpretada.

Con respecto al periodo intergenésico, el 86,8% refirió menos de 24 meses y 13,2% de 24 meses a más. Siendo este porcentaje bastante alto de puérperas que vuelven a quedar embarazadas en menos de dos años. Comparando los resultados con los encontrados en el estudio realizado por Centeno en el año 2016, encontró que el 69.2% corresponde al periodo intergenésico prolongado y el 21.8% periodo intergenésico corto (62). Lo cual no coincide con nuestro estudio. Como lo define Centeno el periodo intergenésico es el tiempo que va desde el nacimiento de un hijo hasta el embarazo siguiente.

Asimismo, la atención prenatal reenfocada considera al periodo intergenésico menor de 24 meses como un factor de riesgo para producir hemorragia postparto. Éste factor puede presentarse debido a que las puérperas no aceptan formar parte de la planificación familiar, ya sea porque sus esposos no les permiten usar algún método anticonceptivo para evitar un próximo embarazo o por la concepción que ellas tienen con su frase “tendré los hijos que dios quiera”.

4.3 Características biodemográficas y culturales

Tabla 5. Características biológicas de las puérperas atendidas en el Hospital II-E Materno Perinatal “Simón Bolívar” – Cajamarca en mayo del 2019.

Características	Categorías	n	%
Talla	Menos de 1,50 cm	27	33.8
	De 1,50 cm a más	53	66.3
Ganancia de peso	No adecuado	38	47.5
	Adecuado	42	52.5
Nutrición materna	Mala	14	17.5
	Regular	65	81.3
	Buena	1	1.3
Número de partos	1	27	33.8
	2	26	32.5
	De 3 a más	27	33.8
	Total	80	100

En la tabla se observa con respecto a la talla de las puérperas atendidas en el Hospital II-E Materno Perinatal “Simón Bolívar” Cajamarca, que el 66.3% indicó medir de 1,50 cm a más, sin embargo 33.8% refirió tener una estatura menor de 1,50 cm, constituyendo más de la cuarta parte de las puérperas con estatura baja, comparando los resultados con los encontrados en el estudio realizado por Guzmán en el año 2016, encontró que en las puérperas de talla baja, la incidencia de cesárea fue 29,8% y en aquellas con mayor talla fue 8,5% (63). Lo cual significa que las puérperas de talla baja tienen mayor riesgo de sufrir alguna lesión, en este caso de realizarse una cesárea y en nuestro estudio de sufrir hemorragia postparto.

Como lo define la norma técnica la talla es la altura de un individuo. Generalmente se expresa en centímetros y viene definida por factores genéticos y ambientales (44). Según la atención prenatal reenforcada la talla baja es considerada como uno de los factores de

riesgo potencial, ya que el solo hecho de su presencia indica que se tienen que tomar las precauciones correspondientes caso contrario puede convertirse en un riesgo real, es decir causar daño o enfermedad, en este caso es un factor de riesgo bajo para sufrir de hemorragia postparto. Este problema se presenta debido a que la alimentación brindada durante la niñez no fue la adecuada, no contó con los nutrientes necesarios u óptimos para un buen crecimiento y desarrollo. Conllevando de esta manera a tener una estatura baja.

En cuanto a la ganancia de peso el 52,5% de las puérperas indicó que fue adecuado, sin embargo 47,5% refirió haber tenido una ganancia de peso no adecuada. Con respecto a la nutrición materna, el 81,3% indicó haber tenido una nutrición regular, en cambio 17,5% refirió haber tenido una nutrición mala y solo el 1,3% indicó buena. De la nutrición materna va a depender la ganancia de peso, entonces los alimentos a ingerir tienen que contener los nutrientes necesarios o adecuados, sin sobrepasar los requerimientos diarios que llevaran a ganar peso más de lo necesario y por ende llegar al sobrepeso y obesidad, por lo contrario, ingerir menos de lo adecuado, será estar anémicas o desnutridas.

Según el investigador Chica hablar de la malnutrición materna como la obesidad, con un IMC > 30 origina la formación de una Macrosomía fetal, la cual provoca posteriormente un trabajo de parto prolongado, trauma en el tracto genital y por ende la hemorragia postparto, así mismo, la anemia por deficiencia de hierro ocasiona atonía uterina, por la disminución de los niveles de mioglobina en el útero, lo cual evita que este se contraiga y como consecuencia se produzca un sangrado continuo. En conclusión, ambos factores de riesgo si no son tratados o modificados a tiempo conllevan a otros tipos de factores y finalmente se convierten en las principales causas de la hemorragia postparto (36).

En cuanto al número de partos, el 67,6% refirió haber tenido entre 1 y de 3 a más partos, en cambio el 32,5% indicó 2 partos. Considerando un alto porcentaje de puérperas que tienen de 3 a más hijos, es decir, son multíparas. Comparando los resultados con los encontrados en el estudio realizado por Flores en el año 2017, los factores de riesgo que registraron significancia para presentar hemorragia del puerperio inmediato en el presente trabajo fueron la multiparidad ($p = 0,001$; OR 7,42 con IC 95% = 2.07 – 26.55), y el antecedente obstétrico más frecuente fueron pacientes multigestas representando 60% (22). Lo cual coincide con nuestro estudio.

Estudios de investigación consideran que dentro de los factores de riesgo para producir una hemorragia postparto se encuentran: Embarazo múltiple, Multiparidad, Malnutrición materna, Anemia, Macrosomía Fetal, Traumatismos abdominales, Hemorragia en embarazos previos, Trabajo de parto prolongado, Patología materna crónica, entre otros. Siendo la mayoría de estos controlados a tiempo gracias a los controles prenatales oportunos y de calidad que reciba la gestante, en los cuales se brindará consejería u orientaciones de los cuidados que esta debe tener durante el embarazo, para evitar posteriormente una hemorragia postparto (36).

La multiparidad se observa más en las puérperas mayores de 35 años, esto se debe a que muchas mujeres se rehúsan a recibir información sobre planificación familiar, gran parte de ellas es porque sus esposos no quieren y ellas no tienen la capacidad de tomar sus propias decisiones por falta de educación. Asimismo, depende del grado de instrucción para que cada una sepa cuidar su salud, e ingerir los alimentos necesarios para ganar el peso adecuado.

Tabla 6. Características demográficas y culturales de las puérperas atendidas en el Hospital II-E Materno Perinatal “Simón Bolívar” – Cajamarca en mayo del 2019.

Características	Categorías	n	%
Edad	De 19 a menos	20	25.0
	De 20 a 35	44	55.0
	De 36 a más	16	20.0
Estado civil	Conviviente	56	70.0
	Soltera	23	28.7
	Casada	1	1.3
Grado de instrucción	Analfabeta	12	15.0
	Primaria Incompleta	11	13.8
	Primaria Completa	21	26.3
	Secundaria Incompleta	6	7.5
	Secundaria Completa	26	32.5
Ocupación / profesión	Superior Incompleta	4	5.0
	Ama de casa	63	78.8
	Comerciante	8	10.0
Zona de procedencia	Otros	9	11.3
	Rural	57	71.3
	Urbana	23	28.7
Religión que profesa	Católica	64	80.0
	No católica	16	20.0
Persona que tomó la decisión	Misma puérpera	37	46.3
	El esposo	29	36.3
	Los padres	12	15.0
	Los suegros	2	2.5
Total		80	100.0

La tabla muestra con respecto a la edad de las puérperas que el 55% indicó haber tenido entre 20 a 35 años de edad, sin embargo, el 25% refirió haber tenido de 19 años a menos, no obstante 20% indicó de 36 años a más, constituyendo el 45% de puérperas menores de 20 y mayores de 35 años. En cuanto al estado civil, el 70% indicó ser conviviente, 28,7% casadas y el 1,3% solteras, siendo un porcentaje alto las puérperas convivientes. Con respecto al grado de instrucción, el 32,5% indicó tener secundaria completa, en cambio 26,3% refirió tener solo primaria completa, sin embargo, el 15% indicó ser analfabeta, no obstante 13,8% refirió tener primaria incompleta. Constituyendo el analfabetismo un porcentaje bajo, pero no insignificante, porque puede ser este grupo vulnerable a presentar hemorragia postparto.

Con respecto a la ocupación, el 78,8% indicó ser amas de casa, sin embargo 11.3% refirió realizar otras labores, como por ejemplo estudiantes, empero 10% indicó ser comerciante, formando un porcentaje alto las puérperas de ama de casa. En cuanto a la zona de procedencia, el 71,3% refirió haber sido de la zona rural, en cambio el 28,7% indicó haber sido de la zona urbana, siendo más de la mitad de las puérperas procedentes de la zona rural. Con respecto a la religión que profesan, el 80% refirió pertenecer a la religión católica, sin embargo 20% indicó pertenecer a la religión no católica, constituyendo la quinta parte de las puérperas profesar otras religiones, lo cual puede influir en la toma de decisiones para recibir atención por parte del equipo de salud por las mismas creencias que su religión les obliga.

En cuanto a la persona que tomó la decisión para que acuda a recibir su atención al establecimiento de salud, el 46,3% indicó haber sido la puérpera misma, sin embargo, el 15% refirió haber sido el esposo, siendo un porcentaje bajo, pero no insignificante, ya que veremos posteriormente que porcentaje de este presentan hemorragia postparto. Comparando los resultados con los encontrados en el estudio realizado por Martínez en el año 2015, encontró que el 13,18 % de las puérperas eran menores de 18 años; 38,2% procedentes de la capital y 19,5 % de la región del San Jorge. Lo cual no coincide completamente con nuestro estudio, puesto que en el nuestro encontramos un porcentaje elevado a las puérperas menores de 20 años, cifras que van en aumento en los últimos años y la mayoría de ellas son procedentes de la zona rural. Asimismo, Mayta en su estudio encontró que las puérperas tienen una edad promedio de 27 años, el 90% de las pacientes vivían en convivencia, la mayoría con instrucción secundaria 75,5%; la gran parte se ocupaba de su casa 62,2% y la mayoría fueron primíparas 65,3%. Lo cual coincide con los resultados de nuestro estudio con respecto a las características biodemográficas.

Como lo define el autor Rabines las características biodemográficas y culturales son el conjunto de cualidades tanto biológicas, demográficas y culturales propias de una persona o que están presentes en la población sujeta a estudio (47).

La norma técnica considera que un factor de riesgo es la probabilidad que tiene la madre o su hijo, o ambos de enfermar o morir, entre ello tenemos: Factores de Riesgo Potenciales: Aquellos que a pesar de su presencia no producen daño directo, pero que de no tomar las precauciones de forma oportuna pueden vincularse a algún daño, es decir, se conviertan en factores de riesgo Real. En la atención prenatal reenfocada los factores de riesgo real son: Edad (menor de 20 y mayor de 35 años), Analfabeta, Soltera, Talla baja (menor de 1,50 metros), Antecedentes familiares, Paridad (nuli o multiparidad), Periodo intergenésico corto (menor a 24 meses), Trabajo con predominio físico (excesiva carga horaria, exposición a agentes físicos-químicos-biológicos, stress), Violencia en el embarazo (40). Bases que se corroboran con los resultados obtenidos en nuestro estudio.

Estos problemas siguen presentándose a pesar de que hoy en día todos tienen acceso a la tecnología, tanto en zona urbana y rural, los casos de embarazo a temprana edad va en aumento, condición que no es favorable para la madre debido a que su organismo no se encuentra en la condiciones adecuadas para tener que dar vida a otro ser y puede conllevarle a sufrir de algunas complicaciones como la hemorragia postparto, además trae consigo los problemas económicos, ya que un bebé acarrea muchas responsabilidades para los padres, en cuanto a su alimentación, vestido y educación. Asimismo, las púerperas mayores de 35 años no toman conciencia del riesgo que ponen su vida al seguir teniendo más hijos, por no acceder a la planificación familiar, caso que puede deberse por el analfabetismo que tienen, situación que no les permite tomar sus propias decisiones para cuidar su salud.

4.4. Hemorragia postparto en puérperas según control prenatal y las características biodemográficas y culturales

Tabla 7. Hemorragia postparto en puérperas y su relación con el control prenatal. Hospital II-E Materno Perinatal “Simón Bolívar” – Cajamarca en mayo del 2019.

Características	Hemorragia posparto				Total		Valor p		
	Si		No		n	%			
	n	%	n	%					
CPN en el primer trimestre									
Si	3	5.4	53	94.6	56	100.0	0.003	<0,05	Ha
No	7	29.2	17	70.8	24	100.0			
CPN de acuerdo a cita									
Si	0	0.0	39	100.0	39	100.0	0.001		
No	10	24.4	31	75.6	41	100.0			
Número de CPN durante la gestación									
Menos de 6 controles	9	26.5	25	73.5	34	100.0	0.001		
De 6 a 12 controles	1	2.2	45	97.8	46	100.0			
Valor de la hemoglobina en el último trimestre									
Menos de 11 mg/dL	9	100.0	0	0.0	9	100.0	0.000		
De 11 a 12 mg/dL	1	1.7	58	98.3	59	100.0			
Más de 12 mg /dL	0	0.0	12	100.0	12	100.0			
Periodo intergenésico									
Menos de 24 meses	8	17.4	38	82.6	46	100.0	0.481	>0,05	No existe
De 24 meses a más	2	28.6	5	71.4	7	100.0			

La tabla muestra con respecto a la relación entre la hemorragia postparto y el control prenatal en el primer trimestre de gestación, que el 29,2% de las puérperas que sufrieron de hemorragia refirió no haber acudido a su control prenatal, en cambio el 5,4% indicó haber asistido a su control prenatal, constituyendo un porcentaje bajo para poder identificar los posibles factores de riesgo. En cuanto a la relación entre la hemorragia postparto y el control prenatal de acuerdo a su cita, el 24,4% de las puérperas que sufrieron de hemorragia refirió no haber acudido a su control prenatal de acuerdo a su

cita, mostrando que casi la cuarta parte de las puérperas sin controles prenatales oportunos puede ser el grupo donde no se logró identificar los factores de riesgo.

Se observa con respecto a la relación entre la hemorragia postparto y el número de controles prenatales durante la gestación, que el 26,5% de las puérperas que sufrieron de hemorragia indicó haber tenido menos de 6 controles prenatales y solo el 2,2% refirió haber tenido de 6 a 12 controles, lo que constituye más de la cuarta parte de las puérperas con controles prenatales insuficientes, puede ser el motivo por el cual no se logró identificar y menos aún modificar los factores de riesgo, los cuales llevaron a presentar hemorragia postparto. Comparando los resultados con los encontrados en el estudio realizado por Mayorga en el año 2015, encontró que la mayoría de las embarazadas tuvieron 6 o más visitas de control prenatal, 6% entre 2 y 3 visitas y el 1% una sola visita (21). Lo cual significa que gran parte de las puérperas si acuden a sus controles prenatales; en cambio los resultados de nuestro estudio indica lo contrario, ya que son las puérperas con menos controles prenatales las que sufrieron de hemorragia postparto.

Del mismo modo Altamirano en el año 2015, encontró que en relación a las gestantes con o sin control prenatal, el 67% tuvieron al menos 1 a más de 6 controles prenatales y el 33 % no tuvieron ningún control prenatal (25). Observándose que los resultados no coinciden con los resultados del presente estudio, pues no se registraron casos de puérperas sin controles prenatales. La Organización Mundial de la Salud define el control prenatal es el contacto existente entre la paciente y el profesional de salud a lo largo de la gestación, siendo pilar fundamental para el desarrollo adecuado de la misma y la obtención de un producto sin complicaciones. Asimismo, dicha organización indica que el número de controles prenatales que debe recibir una gestante son: del primero al sexto mes: 1 control mensual, del séptimo al octavo mes: 1 control cada 15 días y al noveno

mes: 1 control cada 7 días. Llegando a un total de 14 controles prenatales, pero según la Organización Mundial de la Salud son solo 12 los controles ideales para poder identificar a tiempo los factores de riesgo y como mínimo 6 (39).

De esta manera, podemos observar que los estudios realizados concluyen que las puérperas con mayor porcentaje que sufrieron de hemorragia postparto asistieron o acudieron a menos de 6 controles prenatales, por lo tanto, es este grupo de puérperas en quienes no se logró identificar los factores de riesgo y llevaron a presentar esta grave complicación. Analizando estos resultados, permite darnos cuenta que gran porcentaje de gestantes no acuden a sus controles prenatales, ya sea ésta por diversas razones, por lo que los profesionales de salud están obligados a realizar una actividad fundamental que es la visita domiciliaria, de esta manera poder captar gestantes en riesgo para evitar y/o modificar los factores de riesgo, además tener siempre una actitud vigilante de esta población.

Por ende, se concluye que sí existe relación entre la hemorragia postparto y el control prenatal, ya que se calculó el valor p menor de 0,005 en los siguientes casos: acudió a su control prenatal en el primer trimestre de gestación ($p = 0,003$), acudió a su control prenatal de acuerdo a su cita ($p = 0,001$), número de controles prenatales ($p = 0,001$) valores que indica que si existe alta asociación o relación estadística.

En cuanto a la relación entre la hemorragia postparto y el valor de la hemoglobina en el último trimestre de la gestación, el 100% de las puérperas que sufrieron de hemorragia indicó haber tenido menos de 11 mg/dl, constituyendo el total de los casos con reservas inadecuadas de hemoglobina, esto quiere decir que las puérperas antes del parto ya presentaban anemia. Comparando los resultados con los encontrados en el estudio realizado por Madariaga en el año 2015, determinó que los requerimientos diarios de hierro elemental en pacientes embarazadas son de 60 a 100 mg/día, sin embargo, solo el

14 al 20% de las pacientes, tienen reservas adecuadas de hierro durante el embarazo (15). Lo cual significa que al menos la quinta parte de su muestra refirió haber tenido las reservas adecuadas de hierro, por ende, un valor de hemoglobina normal.

Asimismo, el estudio realizado por Bonifaz en el año 2015, determinó que el factor de riesgo de la hemorragia posparto con mayor porcentaje es la anemia con una incidencia del 27% y las causas más frecuentes son alumbramiento incompleto con 70% y atonía uterina 20% (19). Observándose que estos resultados no coinciden con los resultados de nuestro estudio, ya que es la atonía uterina la causa principal de la hemorragia posparto con el 80%. Del mismo modo, el estudio realizado por Briceño en el año 2015, encontró que la incidencia de hemorragia posparto es 37% y principalmente complicadas con anemia 88 % (17). Resultado que se asemeja a nuestro estudio, porque el mayor porcentaje de puérperas que sufrieron de hemorragia posparto fueron las que estuvieron anémicas, lo que conllevó a la atonía uterina.

De esta manera podemos observar que el presente estudio como los tres mencionados anteriormente obtuvieron que las puérperas con cuyo valor de hemoglobina en el tercer trimestre de gestación con menos de 11 mg/dl son las que sufrieron de hemorragia posparto, demostrando que la anemia es el factor de riesgo predisponente a la atonía uterina, siendo esta una de las primeras causas de la hemorragia posparto. Como lo define el MINSA la hemoglobina es una proteína que posee una función importante en el organismo, esta proteína se encuentra dentro de los eritrocitos y esta se encarga del transporte gaseoso a nivel sanguíneo, tiene la capacidad de trasladar el O₂ hacia los tejidos y el CO₂ hacia los pulmones (40). Por ende, cuyos valores sean bajos implica un alto riesgo para la salud de la persona. En este caso para las puérperas de sufrir hemorragia posparto.

Analizando estos resultados observamos que las puérperas no tuvieron el nivel de hemoglobina adecuado, motivo por el cual, el bajo nivel, indica anemia, conllevando a producir atonía uterina, causa principal de la hemorragia postparto. Problema que se presenta debido a que el personal de salud no pone énfasis en este aspecto, porque si desde el primer control de hemoglobina que se realiza en el primer trimestre de gestación los resultados son bajos, eso indica que los requerimientos de hierro deben ser mayores durante toda la gestación, para que con el control que se realiza en el tercer trimestre el valor de la hemoglobina sea normal, caso contrario si este sigue siendo bajo, se tiene que tomar las precauciones correspondientes y tener una actitud vigilante durante y después del parto ya que es un factor de alto riesgo. Llegando a producirse la hemorragia postparto sino es controlado a tiempo. En este caso el valor de $p = 0,000$.

Por lo que concluimos que la relación entre la hemorragia postparto y el control prenatal de las puérperas, es altamente significativa e indica que sí existe relación o asociación ya que el valor p es menor de 0,05.

Tabla 8. Hemorragia postparto en puérperas y su relación con las características biológicas. Hospital II-E Materno Perinatal “Simón Bolívar” – Cajamarca en mayo del 2019.

Características	Hemorragia postparto				Total		Valor p	
	Si		No					
	n	%	n	%	n	%		
Talla								
Menos de 1,50 cm	5	18.5	22	81.5	27	100.0	0.245	Ha
De 1,50 cm a más	5	9.4	48	90.6	53	100.0		
Ganancia de peso								
No adecuado	8	21.1	30	78.9	38	100.0	0.028	Ha
Adecuado	2	4.8	40	95.2	42	100.0		
Nutrición materna								
Mala	3	21.4	11	78.6	14	100.0	0.511	Ho
Regular	7	10.8	58	89.2	65	100.0		
Buena	0	0.0	1	100.0	1	100.0		
Número de partos								
1	0	0.0	27	100.0	27	100.0	0.000	Ha
2	0	0.0	26	100.0	26	100.0		
De 3 a más	10	37.0	17	63.0	27	100.0		

En la tabla se observa con respecto a la talla de las puérperas el 18,5% que presentó hemorragia refirió haber tenido una estatura menor de 1,50 cm y solo el 9,4% refirió haber tenido de 1,50 cm a más, siendo la talla baja en casi la quinta parte de las puérperas un factor de riesgo para sufrir de hemorragia postparto. En cuanto a la ganancia de peso, el 21,1% de las puérperas que sufrieron de hemorragia refirió haber tenido una ganancia de peso no adecuado y solo 4,8% indicó haber tenido una ganancia de peso adecuado, constituyendo más de la quinta parte de las puérperas con ganancia de peso inadecuado durante la gestación. Con respecto a la nutrición materna, el 21,4% de las puérperas que sufrieron de hemorragia postparto refirió haber tenido una nutrición mala y solo 10,8% indicó haber tenido una nutrición regular. Esta es una situación que va de acorde con lo mencionado anteriormente, es decir, la ganancia de peso va a depender de la nutrición materna, por ende, si la nutrición fue mala la ganancia de peso fue inadecuado.

Comparando los resultados con los encontrados en el estudio realizado por Matute en el año 2015, obtuvo que la hemorragia postparto se presentó en un 42,1% en adolescentes con sobrepeso y el 5,3% con obesidad, siendo estos los factores de riesgo que si no son modificados durante el embarazo originan macrosomía fetal, trabajo de parto prolongado y por ende se produce trauma en el tracto genital (18). Observándose que los resultados de nuestro estudio se asemejan con los resultados obtenidos por este autor, ya que el sobrepeso o la obesidad es la ganancia de peso inadecuado para la gestante y estas son las cifras más altas que presentaron las puérperas, llevando a formar macrosomia fetal y traumatismos abdominales.

El investigador Chica define a la malnutrición materna como la obesidad, con un IMC > 30 origina la formación de una Macrosomía fetal, la cual provoca posteriormente un trabajo de parto prolongado, trauma en el tracto genital y por ende la hemorragia postparto, así mismo, la anemia por deficiencia de hierro ocasiona atonía uterina, por la disminución de los niveles de mioglobina en el útero, lo cual evita que este se contraiga y como consecuencia se produzca un sangrado continuo (36). Situaciones por las que sufrieron las puérperas de este estudio.

Analizando los resultados demuestran que la ganancia de peso no es el adecuado, eso significa que puede ser que la información brindada en cada consejería durante el control prenatal fue insuficiente. Por lo que se debe poner énfasis en estos aspectos ya que viene hacer un factor de alto riesgo para que las puérperas sufran de hemorragia postparto, sobre todo si la ingesta de alimentos supera a los requerimientos diarios la gestante va ganar peso más de lo necesario y lleva a la formación de un bebe grande el cual puede producir lesiones abdominales. Por otro lado, si ingiere alimentos menos de lo adecuado puede estar anémica, lo cual conlleva a una atonía uterina y por ende una hemorragia

postparto. Por ello hay que recalcar estos temas en cada control prenatal. En este caso el valor de $p = 0,028$ lo cual indica que si existe dicha relación.

En cuanto a número de partos, el 37% de las puérperas que sufrieron de hemorragia postparto fueron las que tienen de 3 a más hijos, es decir, las puérperas multíparas. Comparando los resultados con los encontrados en el estudio realizado por Chica en el año 2015, encontró que de acuerdo a la paridad el mayor porcentaje se concentró en las nulíparas con 60% de los casos, donde es importante señalar que la atonía uterina fue una de las causas que mayormente desencadenaron cuadros de hemorragia postparto, presentándose en el 43% de los casos (16). Observándose que los resultados de estudio no coinciden con los resultados de nuestro estudio, ya que fueron las multíparas las que sufrieron de hemorragia.

Como lo define el Ministerio de Salud la paridad (nuli o multiparidad), es un factor de riesgo potencial, que amerita las precauciones correspondientes, para evitar que se produzca un daño (40). Por lo que según nuestro estudio se concluye que las puérperas multíparas son las que están propensas a sufrir de hemorragia postparto.

La paridad es un factor de riesgo que se puede evitar, brindado la información oportuna sobre planificación familiar, sin embargo, en muchos establecimientos de salud, sobre todo en aquellos de nivel I.1 o I.2 puede que no se realice esta actividad, o si se lo hace es de manera deficiente, sabiendo y contando con los métodos de forma gratuita para que las mujeres puedan acceder de manera voluntaria e informada.

En este caso el valor de $p = 0,000$, el cual indica que si existe alta relación o asociación estadística.

Tabla 9. Hemorragia postparto en puérperas y su relación con las características demográficas y culturales. Hospital II-E Materno Perinatal “Simón Bolívar” – Cajamarca en mayo del 2019.

Características	Hemorragia postparto				Total		Valor p	
	Si		No		n	%		
	n	%	n	%				
Edad								
De 19 a menos	0	0.0	20	100.0	20	100.0	0.002	Ha
De 20 a 35	4	9.1	40	90.9	44	100.0		
De 36 a más	6	37.5	10	62.5	16	100.0		
Estado civil								
Soltera	0	0.0	23	100.0	23	100.0	0.086	Ho
Casada	0	0.0	1	100.0	1	100.0		
Conviviente	10	17.9	46	82.1	56	100.0		
Grado de instrucción								
Analfabeta	5	41.7	7	58.3	12	100.0	0.009	Ha
Primaria Incompleta	1	9.1	10	90.9	11	100.0		
Primaria Completa	4	19.0	17	81.0	21	100.0		
Secundaria Incompleta	0	0.0	6	100.0	6	100.0		
Secundaria Completa	0	0.0	26	100.0	26	100.0		
Superior Incompleta	0	0.0	4	100.0	4	100.0		
Ocupación / profesión								
Ama de casa	10	15.9	53	84.1	63	100.0	0.214	Ho
Comerciante	0	0.0	8	100.0	8	100.0		
Otros	0	0.0	9	100.0	9	100.0		
Zona de procedencia								
Rural	10	17.5	47	82.5	57	100.0	0.032	Ha
Urbana	0	0.0	23	100.0	23	100.0		
Religión que profesa								
Católica	5	7.8	59	92.2	64	100.0	0.011	Ha
No católica	5	31.3	11	68.8	16	100.0		
Persona que tomó la decisión								
El esposo	9	31.0	20	69.0	29	100.0	0.002	Ha
Los padres	0	0.0	12	100.0	12	100.0		
Los suegros	0	0.0	2	100.0	2	100.0		
Misma puérpera	1	2.7	36	97.3	37	100.0		

La tabla evidencia con respecto a la edad, que el 37,5% de las puérperas que sufrieron hemorragia postparto refirió haber tenido de 36 años a más y solo el 9,1% indicó haber tenido de 20 a 35 años, constituyendo el más alto porcentaje las puérperas añosas. Comparando los resultados con los encontrados en el estudio realizado por Flores encontró que 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 ($p = 0.000$; $OR=7,9$, $IC95\%= 2.31 - 26.9$) (22). Observándose que el resultado de este estudio coincide con nuestro estudio, ya que son las puérperas mayores de 35 años las que sufrieron de hemorragia postparto.

Según la Norma Técnica la edad (menor de 20 y mayor de 35) es considerada como un factor de riesgo potencial, pero que de no tomar las precauciones de forma oportuna pueden vincularse a algún daño, y convertirse en un factor de riesgo real (40). De acuerdo a los resultados son las gestantes añosas las que tienen mayor probabilidad de sufrir de hemorragia postparto, esto puede deberse a que su organismo conforme pasa los años está deteriorándose, además en cada parto la mujer pierde una gran cantidad de sangre, la cual no se lo recupera fácilmente y ya no está en las condiciones adecuadas para seguir teniendo más hijos. Por ende, el personal de salud tiene una labor fundamental de brindar la información adecuada a la paciente, realizar las consejerías con un lenguaje claro y preciso, explicando los riesgos a la que se somete si sigue quedando embarazada. En este caso el valor $p = 0,002$ el cual indica que si existe alta relación o asociación estadística.

En cuanto al estado civil, el 17,9% de las puérperas que sufrieron de hemorragia postparto indicó haber sido conviviente. Con respecto al grado de instrucción, el 41,7% de las puérperas que sufrieron de hemorragia postparto indicó haber sido analfabeta, luego el 19% refirió haber tenido primaria completa, en cambio el 9,1% indicó haber tenido primaria incompleta. Constituyendo el analfabetismo el mayor porcentaje y uno de los factores de riesgo para producir hemorragia postparto. Comparando los resultados con los encontrados en el estudio realizado por Matilde en el año 2015 obtuvo que un 59,1% resultó que su grado de instrucción era primaria incompleta (20). De esta manera se observa que el resultado de este autor no coincide completamente con el resultado de nuestro estudio, esto no significa que sea diferente, solo que los porcentajes varían, ya

que en el nuestro, primaria incompleta tiene menor porcentaje, en cambio son las puérperas analfabetas las que tienen las más altas cifras de hemorragia postparto.

Según el Ministerio de Salud el analfabetismo, es otro de los factores de riesgo potenciales, que si no tomamos las precauciones correspondientes puede convertirse en un riesgo real y producir daño, en este caso, a las puérperas (40). De acuerdo a los resultados nos damos cuenta que el grado de instrucción influye mucho para cuidar la salud, por lo que contar con un grado de instrucción bajo o ser personas analfabetas nos predispone a sufrir daños o enfermedades, porque no se tiene la capacidad para poder enfrentarlos, peor aún si la otra persona que nos brinda la información no lo hace de la manera adecuada o no sabe llegar a este grupo de personas. Estos casos quizá se presentan porque antes no todos tenían la oportunidad de estudiar, eso no quiere decir, que no todos tenían el derecho a la educación, sino que se tenía esa actitud machista ya que solo los varones podían asistir a una escuela y las mujeres solo ayudaban en los quehaceres de la casa. Pero con el pasar de los años y el uso de la nueva tecnología, ha hecho que esa actitud cambie y ahora tanto hombres como mujeres tienen el mismo derecho a la educación, sin embargo, aún existe personas machistas en las zonas rurales, pero en menor proporción. Por lo que se concluye que las puérperas con grado de instrucción bajo o analfabetas tienen mayor probabilidad de sufrir de hemorragia postparto. En este caso se tiene el valor $p = 0.009$ el cual indica que si existe relación.

En cuanto a la ocupación, el 15,9%. de las puérperas que sufrió de hemorragia postparto indicó haber sido ama de casa. Con respecto a la zona de procedencia, el 17,5% de las puérperas que sufrió de hemorragia postparto indicó haber sido de la zona rural, siendo este una de las razones por la que las puérperas no acuden al establecimiento de salud. Teniendo el valor $p = 0,032$ el cual indica que si existe dicha asociación.

De acuerdo con los resultados la zona de procedencia influye mucho para acudir a recibir atención en el establecimiento de salud, mientras más alejado estés mayor es el riesgo de recibir una atención de emergencia, implica tiempo y las vías de acceso. Considerando las respuestas de las puérperas el gran porcentaje son de la zona rural, por ende, manifestaban que vivían lejos del establecimiento de salud, motivo por el cual no acudían a todos sus controles ya que tenían que movilizarse a pie porque hay trochas carro sables en mal estado que no permiten el tránsito de los vehículos.

En cuanto a la religión que profesa, el 31,3% indicó profesar la religión no católica y solo el 7,8% refirió profesar la religión católica, situación que de acuerdo a la religión que profesan tienen sus creencias y costumbres, en el caso de la no católica creen que todo depende de la voluntad de Dios, concepción que se puede cambiar, si se sabe llegar a este grupo de personas. Teniendo el valor $p = 0,011$ el cual indica que sí existe relación. En cuanto a la persona que tomó la decisión para acudir al establecimiento de salud, el 31% de las puérperas que sufrió de hemorragia postparto indicó haber sido el esposo y solo el 2,7% refirió ser la misma puérpera. Situación que evidencia que las decisiones mayormente las toma el esposo. De esta manera podemos observar que tanto nuestro estudio como los estudios mencionados anteriormente concluyen que las puérperas de características biodemográficas y culturales; talla (menor de 1.50 cm), ganancia de peso en el embarazo (no adecuado), la paridad (multiparidad), edad (mayores de 35 años), grado de instrucción (analfabeta), zona de procedencia (rural) y religión que profesan (no católica), tienen mayor probabilidad de sufrir de hemorragia postparto.

Por ende, la relación entre la hemorragia postparto con el control prenatal y las características biodemográficas y culturales es altamente significativa, ya que el valor p es menor a 0,05 el cual indica que sí existe dicha relación o asociación.

CONCLUSIONES

Una vez concluida la interpretación, análisis y discusión de cada uno de los resultados y en concordancia con los objetivos planteados en este estudio, llegamos a las siguientes conclusiones:

- La incidencia de hemorragia postparto alcanzó el 12.5%, ocurrió dentro de las 12 primeras horas y fue por atonía uterina, macrosomía fetal, traumatismos abdominales, antecedentes de hemorragias previas y patología materna crónica.
- Del total de puérperas que sufrieron de hemorragia postparto, la mayoría recibió menos de 6 controles prenatales, con un valor de hemoglobina menor de 11 mg/dl.
- De las características biodemográficas y culturales casi en su totalidad tuvieron menos de 1.50 cm de talla, ganaron peso inadecuado, fueron multíparas, en su mayoría mayores de 35 años, analfabetas, todas procedentes de la zona rural, la mayoría profesan la religión no católica y la decisión para recibir la atención de salud es tomada por su esposo.
- Existe relación estadística y altamente significativa según Chi cuadrado entre la hemorragia postparto con el control prenatal y las características biodemográficas, culturales, quedando corroborado la hipótesis alterna.

RECOMENDACIONES

- *A las autoridades y personal del Hospital II-E Materno Perinatal “Simón Bolívar”:* en vista de los resultados obtenidos, es necesario realizar una intervención emergente, tanto para las puérperas como para los profesionales de salud que laboran en dicha institución, tal intervención estaría encaminada a realizar los controles prenatales completos, oportunos y eficientes. Tener las precauciones correspondientes de las puérperas que su presencia de algunas características biodemográficas y culturales indiquen ser factores de riesgo. Además, en la medida de lo posible, se debe captar gestantes en riesgo, realizando las visitas domiciliarias y tener una actitud vigilante durante y después del parto.
- *A los decisores públicos y sector salud:* los resultados del presente estudio deberán servir como una primera medición de la hemorragia postparto en Cajamarca, a fin de que permita realizar comparativos posteriores, tomar acciones para su control y prevención, y formular estrategias para el futuro manejo del problema. También deberán servir para el monitoreo de la incidencia de la mortalidad materna, casos que han ido en aumento en los últimos años.
- *A las entidades de investigación en salud y Escuela Académico Profesional de Enfermería:* se recomienda dar continuidad y persistir con estudios de evaluación y evolución de la hemorragia postparto en las puérperas según control prenatal, características biodemográficas y culturales en el Hospital II-E Materno Perinatal “Simón Bolívar” de Cajamarca, siendo uno de los propósitos fundamentales, la evaluación de la eficacia de la implementación de las estrategias anteriormente mencionadas para la reducción de esta grave complicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arango A. Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato. ELEVARIS [Internet]. (2014) [citado 8 Ene 2019]; 25: 59-6. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/232/1/altamirano_pa.pdf.
2. OMS [Internet]. Hemorragias postparto (2015) [citado 8 Ene 2019]; 6: 1. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/archives/guideline_pphprevention_fawoleb/es/
3. Madariaga A. Hemorragia Postparto en Pacientes con Obesidad y/o Anemia durante el Embarazo. (2014). BOGOTÁ; 54 - 59.
4. Canchila L. Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato. ELEVARIS [Internet].2014 [citado 8 Ene 2019]; 25: 59-6. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/232/1/altamirano_pa.pdf.
5. Patermina A. Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato. ELEVARIS [Internet].2014 [citado 8 Ene 2019]; 25: 59-6. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/232/1/altamirano_pa.pdf.
6. OMS [Internet]. Mortalidad Materna (2015) [citado 8 Ene 2019]; 6: 1. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
7. Rodriguez R, Andrea H. determinantes sociales las causas y factores asociados a la mortalidad materna en los países de Latinoamérica y el Caribe. [Internet]. 2013 [citado 8 Ene 2019]; 6: 1. Disponible en: <http://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/Rmcientifico/article/view/165>
8. OMS [Internet]. Incidencia de HPP (2015) [citado 18 Ene 2019]; 6: 1. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

9. Andrea R determinantes sociales las causas y factores asociados a la mortalidad materna en los países de Latinoamérica y el Caribe. [Internet]. 2013 [citado 18 Ene 2019]; 6: 1. Disponible en: <http://revistas.iberamericana.edu.co/index.php/Rmcientifico/article/view/165>
10. Boletín Epidemiológico de la Mortalidad Materna (Lima - Perú). 2016. Volumen 24 – Semana Epidemiológica N° 4 ISSN versión impresa: 1563-2709 ISSN versión electrónica: 1816-8655 [citado 20 Ene 2019]; Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>
11. Instituto nacional de salud. [Internet]. Estado Nutricional en niños y gestantes de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud. 2014. [citado 02 Febrero 2019]; 6: 57. Disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/res_2014/INFORME%20GERENCIA L%20I%20Sem%202014_Final.pdf.
12. Boletín Epidemiológico de la Mortalidad Materna (Perú – Cajamarca). 2015. Volumen 24 – Semana Epidemiológica N° 4 ISSN versión impresa: 1563-2709 ISSN versión electrónica: 1816-8655 [citado 2 Febrero 2019]; Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>
13. Sistema de Información de Estrado Nutricional (SIEN). [Internet]. Estado Nutricional de gestantes de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud. 2014. [citado 02 Febrero 2019]; 6: 57. Disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/res_2014/INFORME%20GERENCIA L%20I%20Sem%202014_Final.pdf.
14. López R. Percepciones de las Embarazadas sobre la interacción con Enfermería en el Control Prenatal. (2014); 37.

15. Madariaga A. Hemorragia Postparto en Pacientes con Obesidad y/o Anemia durante el Embarazo. (2014). BOGOTÁ; 54 - 59.
16. Chica K. Frecuencia De La Hemorragia Postparto Y Post Cesárea En Pacientes Del Hospital “Dr. Rafael Rodríguez Zambrano” 2013.Estados Unidos; 35-39
17. Briceño Pérez. Hemorragia Postparto (Revista De Obstetricia Y Ginecología De Venezuela ISSN 0048-7732) 2017; 71 <https://es.scribd.com/document/.../Revista-de-Obstetricia-y-Ginecologia-de-Venezuela>
18. Matute J. Prevalencia de la Hemorragia Postparto en Púerperas Adolescentes en el Hospital Vicente Corral Moscoso. (2014). Ecuador; 31-42
19. Bonifaz J. Hemorragia Postparto en el Servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital Provincial de Riobamba (2013). Ecuador; 58 -65
20. Hernández M. Comportamiento de algunas variables biomédicas y sociodemográficas en mujeres mayores de 40 años. (2013); 16 - 17.
21. Mayorga A. Percepción Sobre El Control Prenatal De Las Gestantes Adolescentes En La E.S.E San Cristóbal (2014). Colombia; 72 - 74
22. Flores L. Factores de riesgo que registraron significancia para presentar hemorragia del puerperio inmediato (2016.) Perú; 25 - 28
23. Martínez R. Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia), (2015) Perú; 27.
24. Munares O. Factores Asociados al Abandono al Control Prenatal – Instituto Nacional Materno Perinatal (2014); 58 - 60
25. Altamirano P. Factores De Alto Riesgo Asociados A Hemorragia Postparto Inmediato En El Hospital María Auxiliadora (2012) Perú; 4 - 10

26. Mayta P. Lima - Perú 2014. Incidencia de las características Biodemográficas con relación a la hemorragia postparto. [Internet]. [Citado 14 de enero del 2019]. 2010; 19(1): 3. Disponible en: <http://repositorio.ual.edu.pe/bitstream/handle/UAL/40/T-OBS0017%20MAYTA%20PEREZ%2C%20DIANA%20Y%20LUCANA%20CC-ALLO%2C%20HERMINIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
27. Camacho Mendoza Jhon Milton; Anemia Gestacional como factor de riesgo para hemorragia postparto. Enero – Junio, 2014. Disponible en: <http://www.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1785/Tesis%20Jhon%20M%20Camacho%20M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Navarro Y, Castro M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Revista electrónica cuatrimestral de Enfermería [Internet]. [Citado 14 de enero del 2019]. 2010; 19(1): 3. Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1129/html>
29. Rebolledo D. Autocuidado en los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío Bio: un análisis según el Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem. [Tesis Licenciatura]. [Valdivia - Chile]: Universidad Austral de Chile; 2010. [Citado 30 de junio del 2018]. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2010/fmr292a/doc/fmr292a.pdf>
30. Romero C. Aprendizaje cognoscitivo social. 2015. [Citado 15 julio del 2018]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/340654483/Aprendizaje-Cognoscitivo-Social>
31. Rodríguez B. Estilos de vida y Promoción de la Salud: material didáctico. Tema 4. Determinantes de Salud. 2014. [Citado 15 julio del 2018]. Disponible en: <http://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema2.pdf>

32. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Revista de Enfermería universal* [Internet]. [Citado 24 de mayo del 2018]. 2011; 8 (4): 92-94. Disponible en:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166570632011000400003
33. Dolores Solé Gómez. *Primeros auxilios: hemorragias y shock* (2014) 1 - 3. http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_469.pdf
34. Mendoza C. *Hemorragia Postparto y sus causas* (2014). Chile; 22 – 34.
35. Karlsson C. y PÉREZ S. *Hemorragia Postparto* (2014) Colombia; 31 - 35
36. Chica K. *Frecuencia De La Hemorragia Postparto Y Post Cesárea En Pacientes Del Hospital “Dr. Rafael Rodríguez Zambrano”* (2013) Ecuador; 38 - 42
37. Winograd R. *Manejo de la Hemorragia Obstétrica Crítica* (2014). Bogota; 27 - 34
38. MINSA. *Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna* 2015. [citado 30 febrero 2019]; disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20131014-MINSA-Propuesta-NT-Atencion-Integral-Salud-Materna.pdf>
39. Organización Mundial de la Salud (OMS). “Atención prenatal en atención primaria de la salud” 2011. [citado 30 febrero 2019]; 1^{er} protocolo. Disponible en: http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=186-protocolo-1-atencion-prenatal-en-aps&Itemid=253.

40. MINSA. Atención Prenatal Reenfocada. 2015. [citado 30 febrero 2019]; disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20131014-MINSA-Propuesta-NT-Atencion-Integral-Salud-Materna.pdf>.
41. Peralta O. Juan. Aspectos clínicos del puerperio. (2015) 1 – 2. [citado 30 de febrero 2019]; Disponible en: https://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio_octavio.pdf.
42. Rabines J. Ángel. Características sociodemográficas. Perú. (2016) [citado 30 de febrero 2019]; Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Rabines_J_A/CAP%C3%8DTULO1-introduccion.pdf.
43. Etapas de la investigación. (2016); 3 -7 [citado 30 de febrero 2019]; Disponible en: <https://www.smu.org.uy/cartelera/socio-cultural/prevalen.pdf>.
44. Dra. Marta Marnet. (2015) (número de registro 19741 en el Colegio de Médicos de Barcelona, España). [citado 30 de febrero 2019]; Disponible en: <https://salud.ccm.net/faq/17780-estatura-definicion>.
45. Estado Nutricional [Internet] (2016). [citado 30 de febrero 2019]; Disponible en: https://wiki.umaic.org/wiki/Estado_nutricional.
46. Paridad [Internet] (2015). [citado 30 de febrero 2019]; Disponible en: <http://www.unamamiquesemima.com/diccionario-del-embarazo-tercera-entrega/>.
47. Rabines J. Ángel. Características demográficas. Perú. (2016) [citado 30 de febrero 2019]; Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Rabines_J_A/CAP%C3%8DTULO1-introduccion.pdf.

48. Estado Civil [Internet] (2015). [citado 30 de febrero 2019]; Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/.../C6-6.HTM.
49. Grado de Instrucción [Internet] (2015). [citado 30 de febrero 2019]; Disponible en:
http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html.
50. Moruno Miralles. (2016). [citado 30 de febrero 2019]; Disponible en:
<https://animasalud.files.wordpress.com/2010/01/ocupacion-y-significado-aportes-a-terapia-ocupacional-desde-un-modelo-constructivista.pdf>
51. Procedencia. [Internet] (2015). [citado 30 de febrero 2019]; Disponible en:
<https://definicion.de/distancia/>
52. Rabines J. Ángel. Características Culturales. Perú. (2016) [citado 30 de febrero 2019]; Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Rabines_J_A/CAP%C3%8DTULO1-introduccion.pdf.
53. Religión. [Internet] (2015). [citado 30 de febrero 2019]; Disponible en:
<https://www.significados.com/religion/>.
54. Cultura [Internet] (2015). [citado 30 de febrero 2019]; Disponible en:
<https://www.significados.com/cultura/>.
55. Malca. T. Jorge. Tipos de Investigación Científica. Perú. (2014). Pensamiento y Acción 5: 145 – 154.
56. Ramos O. Ricardo. Tipos de Investigación Científica. Perú. (2015). Pensamiento y Acción 3: 125 – 130.
57. Porra. J. Aplicación de los Principios Bioéticos en la Calidad de la Atención de Enfermería. (2015); 5 y 6.

58. Estrada P. Marina. Ética en la Investigación. Perú. (2014); 44 – 47.
59. Gutiérrez V. Aspectos Éticos. Perú. (2014) . 48. Disponible en:
<http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis23.pdf>
60. Díaz M. Colombia 2015. Guía sobre Anemia. [Internet], citado el 10 de mayo del 2019. Disponible en: https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/blood/anemia-inbrief_yg_sp.pdf.
61. Valdiviezo. L. Ecuador. 2015. Nivel de hemoglobina de las gestantes. [Internet], citado el 10 de mayo del 2019. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3004/calle_vl.pdf;jsessionid=263D43238EFD40F56BF5E837A5C326BF?sequence=1
62. Centeno G. 2014. Periodo intergenésico. [Internet], citado el 10 de mayo del 2019. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3010/Centeno_hg.pdf?sequence=1
63. Guzmán V. Perú. 2014. Talla baja como factor de riesgo. [Internet], citado el 10 de mayo del 2019. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/Vol_47N2/talla_mater.htm

APÉNDICES

Apéndice N° 01: Consentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Leidy Baneth León Villarreal, estudiante de la Universidad Nacional de Cajamarca. El objetivo de este estudio es determinar la relación entre la hemorragia postparto en púerperas según control prenatal y características biodemográficas, culturales. Hospital II-E Materno Perinatal “Simón Bolívar” Cajamarca.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Leidy Baneth León Villarreal. He sido debidamente informada de que el objetivo de este estudio es determinar la relación entre la hemorragia postparto en púerperas según control prenatal y características biodemográficas, culturales. Hospital II-E Materno Perinatal “Simón Bolívar” Cajamarca.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una encuesta, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Leidy Baneth León Villarreal al celular 954588280.

Firma del Participante

Fecha

Apéndice N° 02: Alfa de Cronbach

Tabla de la prueba estadística del Alfa de Cronbach

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	100.0000	178.444	0.211	0.799
2	99.1000	183.433	-0.032	0.808
3	98.7000	175.567	0.309	0.796
4	98.0000	169.333	0.837	0.785
5	98.4000	161.378	0.864	0.776
6	98.8000	174.178	0.339	0.795
7	98.8000	157.289	0.575	0.781
8	100.0000	193.556	-0.298	0.826
9	99.8000	165.733	0.614	0.784
10	98.1000	168.100	0.855	0.784
11	99.7000	189.344	0.211	0.819
12	99.7000	170.900	0.258	0.799
13	98.7000	162.011	0.810	0.778
14	99.7000	190.678	-0.297	0.817
15	98.9000	166.544	0.461	0.789
16	99.4000	166.267	0.443	0.789
17	99.2000	164.178	0.417	0.791
18	98.9000	172.544	0.538	0.791
19	99.7000	186.456	-0.129	0.817
20	99.0000	158.889	0.643	0.779
21	99.8000	179.733	0.047	0.809
22	99.3000	172.233	0.405	0.793
23	98.9000	171.433	0.284	0.797

Alfa de Cronbach: 0.801

ANEXOS

Anexo N° 01: Instrumento para la recolección de datos

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

CUESTIONARIO SOBRE HEMORRAGIA POSTPARTO EN PUÉRPERAS SEGÚN
CONTROL PRENATAL Y CARACTERÍSTICAS BIODEMOGRÁFICAS Y
CULTURALES. HOSPITAL II-E MATERNO PERINATAL “SIMÓN BOLÍVAR”-
CAJAMARCA: MAYO 2019.

Estimada puérpera, la presente encuesta está elaborada con la finalidad de determinar la relación entre la hemorragia postparto en puérperas según control prenatal y características biodemográficas y culturales. En tal sentido le invocamos su colaboración seria, honesta y responsable para dar respuesta a las interrogantes. La encuesta es anónima por lo que se le garantiza privacidad y reserva. Se agradece por anticipado su importante colaboración.

I. CARACTERÍSTICAS BIODEMOGRÁFICAS Y CULTURALES

1. ¿Cuántos años tiene usted?
 - a) ≤ 19
 - b) 20 – 35
 - c) ≥ 36

2. ¿Cuál es su estado civil?
 - a) Soltera
 - b) Casada
 - c) Conviviente
 - d) Viuda

3. ¿Cuál es su grado de instrucción?
 - a) Analfabeta
 - b) Primaria Incompleta
 - c) Primaria Completa
 - d) Secundaria Incompleta
 - e) Secundaria Completa
 - f) Superior Incompleta
 - g) Superior Completa

4. ¿Cuál es su ocupación o profesión?
- a) Ama de casa
 - b) Comerciante
 - c) Profesora
 - d) Secretaria
 - e) Enfermera
 - f) Otros
5. ¿Cuál es su zona de procedencia?
- a) Rural
 - b) Urbana
6. ¿Cuál es su talla? metros
- a) <1,50 m
 - b) \geq 1,50 m
7. ¿Cuánto fue el peso que usted tuvo antes de su embarazo?
- Kg
8. ¿Cuál fue el peso que usted tuvo al noveno mes de gestación?
- Kg
9. ¿Cuántos partos tuvo usted?
- a) 1
 - b) 2
 - c) 3 o más
10. ¿Qué religión profesa usted?
- a) Católica
 - b) No católica
11. ¿Quién tomó la decisión para que usted acuda al hospital a recibir la atención de salud?
- a) El esposo
 - b) Los padres
 - c) Suegros
 - d) Usted misma
 - e) Otros

II. HEMORRAGIA POSTPARTO

12. ¿Sufrió usted hemorragia postparto?

- a) Si
- b) No

13. ¿Sabe usted cuánto de sangre perdió aproximadamente?

- a) Si
- b) No

14. ¿La hemorragia se presentó en las primeras 24 horas después del parto?

- a) Si
- b) No

15. ¿La hemorragia se presentó después de un día de su parto?

- a) Si
- b) No

16. ¿La hemorragia postparto que usted sufrió fue porque su útero no se podía contraer?

(Atonía uterina)

- a) Si
- b) No

17. ¿La hemorragia postparto que usted sufrió fue porque su bebé era muy grande?

(Macrosomía fetal)

- a) Si
- b) No

18. ¿La hemorragia postparto que usted sufrió fue porque tiene alguna enfermedad?

(Patología materna crónica)

- a) Si
- b) No

19. ¿La hemorragia postparto que usted sufrió fue porque tuvo mellizos, gemelos, etc?

(Embarazo múltiple)

- a) Si
- b) No

20. ¿Sufrió usted hemorragia en embarazos previos?

- a) Si
- b) No

III. CONTROLES PRENATALES

21. ¿Acudió usted a su control prenatal en el primer trimestre de gestación?

- a) Si
- b) No

22. ¿Acudió usted a su control prenatal de acuerdo a su cita?

- a) Si
- b) No

23. ¿Cuántos controles prenatales tuvo usted durante toda su gestación, aproximadamente?

- a) Menos de 6 controles
- b) De 6 a 12 controles

24. ¿Sabe cuánto fue el valor de la hemoglobina en el último trimestre de gestación?

- a) Si
- b) No

25. ¿A los cuántos meses de su parto anterior quedó nuevamente embarazada de su último bebé? (Periodo intergenésico)

- a) Menos de 24 meses
- b) De 24 meses a más

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Anexo N° 02: Instrumento de recolección de datos

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HEMORRAGIA POSTPARTO EN PUÉRPERAS SEGÚN CONTROL PRENATAL Y
CARACTERÍSTICAS BIODEMOGRÁFICAS Y CULTURALES. HOSPITAL II-E
MATERNO PERINATAL “SIMÓN BOLÍVAR”- CAJAMARCA: MAYO 2019.

1. La Organización Mundial de la Salud considera que la ganancia de peso de la gestante al noveno de gestación será de 11 kg – 16 kg.

INDICADOR	PESO	MARCAR (X)
ADECUADO	11 kg – 16 kg	
NO ADECUADO	< 11 kg y > 16 kg	

2. La Organización Mundial de la Salud considera malnutrición materna a la obesidad, con un IMC > 30, lo cual origina la formación de macrosomía fetal, provocando posteriormente un trabajo de parto prolongado, trauma en el tracto genital y por ende la hemorragia postparto.

INDICADOR	IMC	MARCAR (X)
BUENO	18.5 – 24.9 kg/m ²	
REGULAR	25 - 29.9 kg/m ²	
MALO	<18.5 kg/m ² y >30 kg/m ²	

3. La Organización Mundial de la Salud considera que la gestante debe tener 6 controles prenatales como mínimo y 12 como máximo.

INDICADOR	NÚMERO DE CONTROLES	MARCAR (X)
NO CONTROLADA	< 6	
CONTROLADA	6 – 14	

4. La Atención Prenatal Reenfocada considera que el control prenatal se debe brindar de acuerdo a los factores de riesgo que puede o no presentar la gestante

INDICADOR	FACTORES	MARCAR (X)
BAJO RIESGO	EDAD < 20 AÑOS y > 35 AÑOS	
	ANALFABETA	
	TALLA < 1.50 CM	
	PERIODO INTERGENÉSICO CORTO (< 24 MESES)	
	VIOLENCIA EN EL EMBARAZO	
ALTO RIESGO	ANEMIA	
	OBESIDAD	
	EMBARAZO MÚLTIPLE	
	MULTIPARIDAD	
	MACROSOMIA FETAL	
	TRAUMATISMOS ABDOMINALES	
	HEMORRAGIA EN EMBARAZOS PREVIOS	
PATOLOGÍA MATERNA CRÓNICA		

5. Nivel de hemoglobina de la gestante.

INDICADOR	HEMOGLOBINA	MARCAR (X)
DEFICIENTE	< 11 mg/dl	
NORMAL	11 – 12 mg/dl	

6. Cantidad de sangrado

CANTIDAD DE SANGRE	MARCAR (X)
< 500 cc	
500 cc – 1000 cc	
> 1000 cc	