

UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**“GRAN MULTIPARIDAD Y MACROSOMIA FETAL COMO FACTORES DE
RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO EN EL HOSPITAL
PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE, PERÍODO ENERO –
DICIEMBRE DEL 2016”**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE OBSTETRA

AUTORAS

**MAGNA MARYORI DÍAZ EUGENIO
VERÓNICA ZARELA VÁSQUEZ ZAMORA**

ASESOR

DR. EDUARDO VÁSQUEZ LAFARGA

CHICLAYO - PERÚ

2017

DEDICATORIA

Mi tesis se la dedico en primer lugar a:

- ❖ A Dios padre, por todo su amor, por haberme dado la vida y por permitirme seguir adelante cosechando logros.

- ❖ A mis padres “Darío y Eulalia”, por su amor, cariño y constancia por inculcarme valores que han definido mi personalidad.

- ❖ A mis queridos abuelos “Magna y German” quienes a pesar de haber partido al lado de nuestro creador siguen guiando cada paso que doy.

MAGNA MARYORI

DEDICATORIA

- ❖ A Dios el mejor amigo y la mejor compañía, por hacer de mí una persona fuerte que ha sabido lidiar obstáculos. Gracias padre eterno.

- ❖ A mi madre “Zarela” por ser una mujer fuerte y luchadora, por sus desvelos, preocupaciones y amor incondicional, por no dejarse vencer ante nada. Gracias mamá.

- ❖ A mi padre “Segundo” que a pesar de ya no estar conmigo físicamente, vive por siempre en mi memoria y habita en mis recuerdos. Gracias Padre por haber existido y ser la luz de mi vida.

- ❖ A Juan Reyes, mi segundo padre, por darme la oportunidad de culminar con mis estudios.

VERÓNICA ZARELA

AGRADECIMIENTO

- A nuestro asesor Dr. Eduardo Vásquez Lafarga, por su tiempo en la asesoría de nuestra tesis.

- Al personal que labora en el Servicio de Obstetricia, por brindarnos las facilidades en la recopilación de los datos requeridos para la elaboración de nuestra tesis.

LAS AUTORAS

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	02
AGRADECIMIENTO	04
INDICE	05
RESUMEN	06
ABSTRACT	07
I. INTRODUCCIÓN	08
I.1 Marco Teórico	08
a. Situación Problemática	08
b. Antecedentes bibliográficos	10
c. Base Teórica	18
1.2 Problema	23
1.3 Objetivos	23
1.4 Justificación de la Investigación	24
1.5 Variables: Operacionalización	25
II. MATERIAL Y MÉTODOS	26
2.1 Tipo de Investigación	26
2.2 Diseño de Contrastación	26
2.3 Población y muestra	26
2.4 Técnicas e instrumentos de Recolección de Datos	27
2.5 Procedimiento	27
2.6 Análisis Estadísticos de los Datos	28
III. RESULTADOS	34
IV. DISCUSIÓN	36
V. CONCLUSIONES	41
VI. RECOMENDACIONES	42
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXOS	48

RESUMEN

Con el objetivo general de determinar si la Gran multiparidad y Macrosomía fetal son factores de riesgo asociados a Hemorragia Posparto en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, período enero – diciembre del 2016. Se realizó el presente estudio de tipo Observacional / Descriptivo de corte Transversal cuyo diseño fue Casos y Controles. La población muestral estuvo constituida por todas las puérperas atendidas en el Servicio de Obstetricia (Sala de puerperio) durante el período y hospital antes mencionado, que cumplieron con los criterios de selección y que fueron un total de 96.

Los principales resultados fueron:

- La frecuencia de Gran multiparidad en las mujeres con hemorragia posparto fue 57.29% y en las mujeres sin hemorragia posparto fue 1.61%.
- La frecuencia de macrosomía fetal en las mujeres con hemorragia posparto fue 42.71% y en las mujeres sin hemorragia posparto fue 5.92%.
- La gran multiparidad es un factor de riesgo de hemorragia posparto.
- La macrosomía fetal es un factor de riesgo de hemorragia posparto.

Palabras Claves: Gran multiparidad, Macrosomía fetal, factores de riesgo, Hemorragia Posparto.

ABSTRACT

With the general objective of determining if the Great multiparity and fetal macrosomia are risk factors associated with Pospartum Hemorrhage at the Provincial Teaching Hospital Belen de Lambayeque, from January to December, 2016. The present study was carried out in the Observational / Whose design was Cases and Controls. The sample population consisted of all puerperal patients attended at the Obstetrics Service during the period and hospital mentioned above, who met the selection criteria and were a total of 96.

The main results were:

- The frequency of High multiparity in women with pospartum hemorrhage was 57.29% and in women without pospartum hemorrhage was 1.61%.
- The frequency of fetal macrosomia in women with pospartum haemorrhage was 42.71% and in women without pospartum haemorrhage it was 5.92%.
- High multiparity is a risk factor for pospartum hemorrhage.
- Fetal macrosomia is a risk factor for pospartum hemorrhage

Keywords: Great multiparity, Fetal macrosomia, risk factors, Pospartum hemorrhage.

I. - INTRODUCCIÓN

1.1 Marco Teórico

a) Situación Problemática

La hemorragia posparto es la principal causa de mortalidad y morbilidad obstétrica extrema a nivel mundial, (1) (2) (3) considerada como la segunda causa de muerte materna en todo el mundo y la tercera en países subdesarrollados (2) (3)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que, es la hemorragia obstétrica la principal causa de mortalidad materna y morbilidad obstétrica extrema a nivel mundial con una incidencia del 6.09%. Cada año 14 millones de mujeres sufren de sangrado posparto y de ellas 125000 fallecen. Usualmente, la mortalidad y morbilidad asociadas a este cuadro son debidas a fallas en la identificación de las causas y deficiencias para el tratamiento oportuno y adecuado. (4)

Desde hace varias décadas, la macrosomía ha estado asociada a una alta tasa de morbilidad y mortalidad perinatal, dos veces mayor que la de la población general y cuando se comparan a los neonatos que tenían pesos >4,000g contra los que estaban por encima del percentil 90 de su peso para la edad gestacional, la morbilidad era más frecuente en los que tienen peso > 4,000gr (4)

En la actualidad la Hemorragia posparto es la patología que causa más mortalidad materna a nivel mundial y, dentro de las hemorragias la que mayor magnitud adquiere es la que se presenta en el periodo de alumbramiento y el puerperio inmediato, además contribuye con más del 75% de las complicaciones graves que ocurren en las primeras 24 horas del periodo posparto. (1)

La importancia de estudiar la hemorragia posparto radica en que ésta representa un importante número en los índices de mortalidad materna a nivel mundial, incluyendo a nuestro país; de acuerdo a estudios las principales causas de muerte posparto son: hemorragia (25%), sepsis (15%), enfermedades hipertensivas del embarazo (12%) y labor de parto prolongada (8%). (5)

Es importante identificar la presencia de ciertos factores de riesgo para la ocurrencia de la Hemorragia posparto, teniendo en cuenta que la incidencia de macrosomía oscila entre el 12.3% al 14.03%. Más aún si, se tiene en cuenta que, la gran multiparidad alcanza el 15,2% en las mujeres en edad fértil a nivel nacional. (4)

En una publicación de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la salud del 18 de marzo del 2015, se estimó que una de cada cinco embarazadas que fallecen en la región muere como consecuencia de hemorragias durante o inmediatamente después del parto. (6)

Cada día fallecen en la región alrededor de 16 mujeres por causas relacionadas con el embarazo o el parto, la mayoría de las cuales se pueden evitar. Las hemorragias son una de sus principales causas. Se estima que el 8,2% de las mujeres que dan a luz en América Latina sufrirán una hemorragia posparto grave que requerirá una transfusión. (6)

Es preciso destacar que en el hospital donde se tiene a bien realizar la presente investigación, la incidencia de Hemorragia posparto en el período 2015 fue del 10.81%. (7)

b) Antecedentes bibliográficos

Internacionales:

Flores J (Ecuador - 2016). (8) Realizó un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y transversal, con el objetivo de determinar la prevalencia y Factores de Riesgo Asociados a Hemorragia Posparto durante el puerperio inmediato en las mujeres gestantes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora Loja, período marzo-agosto 2015. En el que atendieron un total de 763 partos y 572 cesáreas de los cuales 27 casos presentaron hemorragia posparto que representa una prevalencia de 2%. Como principal conclusión se encontró la multiparidad, Sobredistención uterina, estados hipertensivos del embarazo entre los principales factores de riesgo preparto, y

episiotomía medio-lateral, inducción del trabajo de parto, trabajo de parto prolongado como factores de riesgo de hemorragia durante el primero y segundo periodo, Se recomienda que las mujeres embarazadas lleven los controles mensuales durante toda la etapa de gestación para así llegar a prevenir y disminuir la muerte materna por hemorragia posparto a través del manejo activo en la tercera etapa del parto.

Calle J, Espinoza D (Ecuador - 2015). (9) Realizaron un trabajo de investigación de tipo descriptivo retrospectivo de prevalencia, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia, causas y principales factores de riesgo asociados a Hemorragia Posparto que se llevó a cabo en el Hospital Vicente Corral Moscoso con las historias clínicas de las pacientes puérperas que acudieron al servicio de Gineco - Obstetricia desde enero a diciembre de 2014 y que presentaron como complicación hemorragia posparto. El estudio permitió conocer que 104 mujeres presentaron hemorragia posparto de un total de 5020 nacimientos por parto y cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2014; la prevalencia de hemorragia posparto fue del 2,07% y la principal causa fue la atonía uterina con el 70,2%. Los factores de riesgo más frecuentes fueron: conducción con oxitocina un 54,8%, multiparidad 52,9% y fase activa prolongada de trabajo de parto con el 50%. Los autores concluyeron que, la hemorragia posparto es una complicación importante con una

prevalencia del 2,07% asociado a factores de riesgo que aumentan su prevalencia como conducción, multiparidad y fase activa prolongada de trabajo de parto. La principal causa de hemorragia posparto en nuestro medio es la atonía uterina.

Palomo J (Guatemala – 2014). (10) Realizó un estudio investigación retrospectiva, transversal y descriptiva de las pacientes con hemorragia posparto en los meses de marzo a octubre del 2011. Cuyo objetivo fue determinar la incidencia de la hemorragia posparto por atonía uterina en la sala de labor y partos del hospital regional de Escuintla. El universo estuvo constituido por todas las pacientes que ingresaron a sala de labor de partos. La muestra estuvo conformada por pacientes que tuvieron hemorragia posparto por atonía uterina independientemente de la vía del nacimiento (n = 67). Hallando que, el 35.82% tenían edades comprendidas entre 15 y 19 años seguidas del 34.32% con edad de 20 a 24 años. El 40.30% eran terciparas o más y el 32.83% nulíparas. El 77,61 tenían embarazo a término y parto eutócico en el 68.65%. El 31.25% de las cesáreas fueron por desproporción céfalo - pélvica y el 25% por sufrimiento fetal agudo. Al 73.13% de las pacientes se le administró Misoprostol 800 mcg rectal única dosis, oxitocina intravenosa a 20u/lt sol a 30-60 gotas minuto, en el 52.23% de los casos. El 77.61% llevaron atención prenatal. Los principales factores de riesgo Intraparto fueron la oxitoconducción en 52.24% y parto precipitado con un 14.93%. El autor

concluyó un predominio de adolescentes (15 a 19 años) y las que tenían tres partos o más, embarazo a término y parto eutócico, las principales causas de cesáreas fueron la desproporción cefalopélvica y el sufrimiento fetal agudo. El 77.61 % de las pacientes llevó atención prenatal y el principal factor de riesgo Intraparto fue la oxitococonducción.

Castellano G, Quilumba M (Ecuador - 2012). (11) Ejecutaron un estudio descriptivo, documental y retrospectivo, con el objetivo de conocer la prevalencia y los factores de riesgo determinantes de la hemorragia posparto en pacientes en el “Hospital Básico de Machachi” en el período de enero a diciembre del 2011.” Donde se atendieron un total de 598 partos de los cuales 61 casos presentaron hemorragia posparto que representa una prevalencia del 10%. El 64% son hemorragias posparto moderadas, 25% leves y 11% graves. El tratamiento utilizado en la hemorragia posparto fue: 52% oxitócicos, 46% masaje uterino y 2% transferencia por la gravedad. Entre los factores de riesgo obstétrico que predominan son: Hipotonía uterina con un 87%, el 8% corresponde a retención de restos placentarios y el 5% a laceraciones del tracto genital. Entre las características personales más destacadas en la población femenina estudiada son: en cuanto a edad adulta 20 a 29 47%, multiparidad en un 57%, instrucción secundaria incompleta 54%, residencia urbana en un 59%, quehaceres domésticos 41%. Del total

de 598 partos atendidos 61 partos terminaron en hemorragias posparto con una prevalencia de 10%, y su principal factor de riesgo es la hipotonía uterina con 87%.

Ezegwui H, Ikeako C, Egbuji C (Nigeria - 2011). (12) Ejecutó un estudio retrospectivo de 3 años. Hubo un total de 434 casos de macrosomía fetal de 5.365 nacimientos. La incidencia de macrosomía fetal fue de 8,1%. Sólo 311 notas de los casos (71,6%) estaban disponibles para su análisis. El análisis estadístico mostró que las madres de los recién nacidos macrosómicos eran mayores ($30,6 \pm 5,6$ vs. $27,4 \pm 4,74$; $P = 0,001$), tenían mayor número de partos ($4,1 \pm 2,7$ vs. $2,5 \pm 1,07$; $P = 0,001$), y pesaba más a término ($89.13 \pm 6,17$ kg frente a $71,43 \pm 5,27$ kg; $p = 0,002$). El grupo de estudio tenía más madres con antecedentes de bebés macrosómicos (39,5% vs. 12,5%), diabetes (3,2% frente a 1%), la tasa de cesáreas (27,3% vs. 11,9%, $p = 0,001$), y parto vaginal (3,6% frente a 1%; $P = 0,001$) en comparación con el control. Hubo predominio masculino en el grupo de estudio en comparación con el control (63% vs. 56,3%, $p = 0,001$), mayor riesgo de asfixia fetal ($P = 0,001$), y el mayor peso medio al nacer ($3,6 \pm 1,2$ kg vs. $3.2 \pm 0,6$ kg; $p = 0,002$). Hubo 7 (2,3%) casos de distocia del hombro en el grupo de macrosomía y ninguno en el grupo sin fines de macrosomía. La tasa de muerte fetal (3,2 / 1000) era el mismo en ambos grupos de

estudio y control. Esto no fue estadísticamente significativo ($p = 0,124$).

Reyes O (Panamá - 2011). (13) Evaluó la asociación que tiene la gran multiparidad en la incidencia de hemorragia posparto. Aplicando un estudio descriptivo observacional a 14 123 partos vaginales atendidas en el Hospital Santo Tomás durante tres años consecutivos. Hallándose que las pacientes grandes multíparas tienen un riesgo 2,8 veces mayor de presentar episodios de hemorragia posparto en comparación con las pacientes de paridad menor. Estas pacientes se caracterizan también por ser de mayor edad y tener controles prenatales de menor calidad. Concluyéndose que la gran multiparidad es un factor de riesgo para el desarrollo de hemorragia posparto.

Nacionales

Ahumada C (Trujillo - 2015). (14) Ejecutó un estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles con el objetivo de evaluar la multiparidad como factor de riesgo para la obtención de recién nacidos macrosómicos en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo de julio a diciembre del 2014. La población de estudio estuvo constituida por 345 neonatos según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con y sin macrosomía. Hallando que, la frecuencia de multiparidad en las

madres de los recién nacidos con y sin macrosomía fue de 18% y 9% respectivamente. El Odds ratio de multiparidad en relación a macrosomía fue de 4.91 ($p < 0.05$). El autor llegó a la conclusión que, la multiparidad es factor de riesgo asociado a macrosomía fetal en neonatos del Hospital Belén de Trujillo.

Correa G (Trujillo - 2014). (15) Realizaron un estudio observacional, analítico, de casos y controles. Con el objetivo de evaluar la gran multiparidad y la macrosomía fetal como factores de riesgo para el desarrollo de la hemorragia posparto, en pacientes atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir durante el período del 2007 al 2013. Para tal efecto se evaluaron 445 mujeres, 89 con hemorragia posparto (casos), 356 mujeres sin hemorragia posparto. Hallando que el 16.9% de las mujeres que presentaron hemorragia posparto tuvieron la característica de grandes multíparas, mientras que el 9.4% de las mujeres que no tuvieron hemorragia posparto fueron grandes multíparas. La gran multiparidad es factor de riesgo de hemorragia posparto, con un OR= 1.97 con un IC al 95% 1.02 y 3.82 ($p = 0.04$). La macrosomía fetal es factor de riesgo de hemorragia posparto, hallándose un OR= 3.01 con un IC al 95% que fluctúa entre 1.42 y 6.77 ($p = 0.001$). Las mujeres concluyeron que, la frecuencia de gran multiparidad en mujeres con hemorragia posparto fue 16.9% y en las mujeres sin hemorragia posparto fue 9.3%. La frecuencia de macrosomía fetal en mujeres con hemorragia posparto

fue 12.4% y en las mujeres sin hemorragia posparto fue 4.7%. La gran multiparidad y macrosomía fetal son factores de riesgo de hemorragia posparto.

Acusi J (Tacna - 2012). (16) Ejecutó un estudio retrospectivo, transversal de casos y controles. Se tomó la totalidad de la población con hemorragia posparto (HPP) para el grupo de casos y para el grupo de controles la muestra está conformada por 135 puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. La información se obtuvo mediante la revisión de las historias clínicas de las pacientes. La hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal representó el 0,55% del total (5,5 por cada 1000 partos vaginales). Las características Gineco-obstétricas más frecuentes en las puérperas con hemorragia posparto son: edad entre 15 y 24 años (43,8%), primíparas (42,2%), sometidas a episiotomía (53,1%). El autor llegó a la conclusión que, los factores que aumentan significativamente el riesgo de hemorragia posparto son: edad materna >35 años (OR=2,2), multiparidad (OR=3,4), inducción del trabajo de parto (OR=14,0), parto prolongado (OR=12,3), placenta retenida y/o Retención de Restos placentarios (OR=56,6), atonía uterina (OR=11,36), desgarro perineal de 1° grado (OR=28,9), desgarro perineal de 2° grado (OR=11,4), sin episiotomía (OR=3,2), macrosomía fetal (OR=2,9) y recién nacido grande para edad gestacional (OR=2,9).

c) Base teórica

Como ya es sabido, todo nacimiento se acompaña con pérdida sanguínea en el posparto, pérdidas sanguíneas que son generalmente bien toleradas por las pacientes. La volemia representa al final del embarazo entre el 8,5 al 9% del peso corporal aproximadamente (valor normal de la volemia en no gestantes es 7% del peso corporal), junto con la expansión de la masa de los glóbulos rojos en el embarazo, permitiendo a la parturienta adaptarse a pérdidas sanguíneas. Sin embargo, si la hemorragia continúa, estos mecanismos pueden ser anulados, y genera hipotensión, disminución de la perfusión tisular, hipoxia celular y muerte. La hemorragia es la causa más frecuente de shock en obstetricia que puede producir insuficiencia renal aguda. La hipotensión posparto puede además ocasionar necrosis parcial o total de la hipófisis anterior y producir Síndrome de Sheehan. (17)

El miometrio es el componente muscular del útero y está compuesto por fibras musculares oblicuas que rodean a los vasos sanguíneos. Durante el alumbramiento, estas fibras musculares se contraen y se retraen; el miometrio progresivamente se engrosa y el volumen intrauterino disminuye. La placenta no tiene la propiedad de contraerse y comienza a separarse a medida que la superficie del útero se reduce al contraerse el músculo liso, hay que tener en

cuenta la cantidad de sangre que llega a la placenta en un embarazo a término, representa entre 100 a 150 ml por minuto. (18)

Es importante el monitoreo del parto, alumbramiento y puerperio que tiene cada minuto y si algunos de los mecanismos fallan el desenlace puede ser fatal si no actuamos de manera oportuna. A medida que la placenta se separa del útero, estos vasos se rompen y ocurre el sangrado. Las contracciones continuadas y coordinadas del miometrio comprimen los vasos locales para controlar el sangrado en el lecho placentario y permiten la formación de un coágulo retroplacentario. Cuando el útero falla en contraerse coordinadamente se dice que existe atonía uterina; los vasos sanguíneos en el sitio placentario no se contraen y se produce la hemorragia. (19)

El 70% de los casos de hemorragia posparto se producen por alteración del tono del musculo uterino, debido a una sobredistensión uterina ocasionado por la macrosomía fetal, gran multiparidad, hidramnios, embarazo múltiple e Hidrocefalia severa. Por consiguiente, estos factores mencionados pueden ocasionar sobredistensión del útero una falta de contracción uterina adecuada y consiguiente pérdida sanguínea producida por las arteriolas que alimentan a la placenta y que no son comprimidas por el útero, habiendo que destacar que un 20% ocurre en pacientes sin factores de riesgo. (20) (21)

La fisiopatología de la falta de contractibilidad uterina se explica señalando que es un trastorno en los canales de calcio de la fibra muscular del útero grávido. El calcio es un regulador del tono de la musculatura lisa, y es posible que la hipocalcemia favorezca su desencadenamiento. Existen factores metabólicos que contribuyen a mantener una contracción uterina eficaz, siendo preciso suministrar cantidades adecuadas de oxígeno y nutrientes a fin de sostener el metabolismo aerobio de las células miométrales. La hipoxia o acidosis alteran el metabolismo miometral. Por lo tanto, el mecanismo de la atonía es complejo y puede involucrar el agotamiento muscular, la formación de lactato y la depleción de glucógeno (comparable al trastorno que sufre el corazón durante la fibrilación ventricular), lo que llevaría a una contracción en forma anárquica de las diferentes fibras y falta de contracción adecuada del útero. (21)

El tratamiento de la Hemorragia posparto, se debe tener un manejo multidisciplinario e interdisciplinario, de acuerdo a los protocolos que maneja cada país y según la capacidad resolutive del establecimiento de salud. Si la puérpera continúa termodinámicamente inestable actuar según protocolo de shock hipovolémico. El tratamiento debe hacerse según la causa. (21) (22)

La prevención se debe realizar desde el primer contacto con la gestante reconociendo los signos de alarma y factores de riesgo, así

como factores etiológicos. En el caso de la hemorragia posparto generalmente ocurre por Atonía uterina, debiéndose tener en cuenta el antecedente de multiparidad, edad de la gestante mayor de 35 años, antecedente de cesárea, legrado uterino, inversión uterina previa y cirugía vaginal previa. Durante la gestación tener en cuenta la sobredistensión uterina como ocurre en la: Macrosomía fetal, polihidramnios, embarazo múltiple y fibromatosis uterina más gestación. Durante el parto el desprendimiento prematuro de placenta, parto prolongado, parto precipitado, rotura uterina, inversión uterina laceraciones y desgarros (cervicales, vaginales y perineales). En el posparto la ocurrencia de retención placentaria y alumbramiento incompleto. Finalmente tener en cuenta las coagulopatías. (23)

La gran multípara es aquella mujer que tuvo más de cinco partos y que constituye un alto riesgo obstétrico, por estar predispuestas a complicaciones durante y después del parto, así como algunas enfermedades del embarazo. Tanto la edad materna avanzada como la paridad alta son factores de riesgo conocidos, del mismo modo que el antecedente de una hemorragia posparto en una gestación anterior condiciona un incremento del riesgo de padecerla en gestaciones posteriores cercana del 20%. (23)

Se define como macrosomía fetal a todo recién nacido con un peso mayor o igual a 4000 gramos al nacer. Existen múltiples factores de

riesgo materno que se asocian con la macrosomía; sin embargo, su diagnóstico y predicción son muy difíciles de realizar, y la estimación del peso fetal por clínica o ultrasonografía presenta un margen amplio de error. Las complicaciones del neonato con macrosomía sometido a un parto vaginal son de alrededor de un 2%, por lo que no se justifica la realización de cesárea en todas estas pacientes en que se sospeche, sometiéndolas a los riesgos propios de dicho procedimiento. Por lo tanto, en pacientes en que se sospeche la macrosomía fetal debe ser vigilada la labor de forma estricta y darles el beneficio de una prueba de parto vaginal, ya que la mayoría de ellas tendrán un resultado satisfactorio. (24)

Definiciones operacionales

Hemorragia Posparto (HPP): Es la pérdida de más de 500 ml de sangre después de un parto vaginal o más de 1000 ml de sangre después de una cesárea, en las primeras 24 horas del puerperio.

Macrosomía Fetal: Cuando su peso al nacimiento esté por encima del Percentil 90. En valores absolutos y para recién nacidos a término estos criterios se corresponden con un peso mayor de 4.000 gramos.

Gran Multiparidad: Este término en obstétrica hace referencia a aquellas mujeres que han parido cinco veces o más.

1.2 Problema

¿Son la Gran multiparidad y Macrosomía fetal factores de riesgo asociados a Hemorragia Posparto en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, período enero – diciembre del 2016?

1.3 Objetivos:

Objetivo General:

Determinar si la Gran multiparidad y Macrosomía fetal son factores de riesgo asociados a Hemorragia Posparto en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, período enero – diciembre del 2016.

Objetivos Específicos:

1. Estimar la frecuencia de Gran multiparidad en mujeres con o sin hemorragia posparto.
2. Estimar la frecuencia de macrosomía fetal en mujeres con o sin hemorragia posparto.
3. Establecer la influencia de la Gran multiparidad como factor de riesgo de hemorragia posparto.
4. Establecer la influencia de la macrosomía como factor de riesgo de Hemorragia posparto.

1.4 Justificación de la Investigación:

Como se sabe, la muerte producida como consecuencia de complicaciones durante el embarazo, parto y posparto sigue siendo una causa importante de mortalidad materna en todo el mundo. Se estima que más de 500.000 mujeres mueren por esta causa potencialmente prevenibles cada año, según datos de UNICEF.

Hay pocos datos precisos sobre la magnitud de la mortalidad y la morbilidad maternas. Sin embargo, la información de que se dispone muestra que las tasas de mortalidad materna más elevadas corresponden invariablemente a las mujeres que viven en condiciones de pobreza. Así pues, las estadísticas muestran que dentro de las primeras causas de muerte materna relacionadas con el embarazo en nuestro país están las hemorragias en más del 40%. (25) Por ello nos parece de gran envergadura el desarrollo del presente estudio, además que no existen reportes sobre el tema ni mucho menos sobre la Gran Multiparidad y Macrosomía Fetal como factores de riesgos asociados a Hemorragia PosParto. Por ello se presenta el siguiente estudio con el único cometido de tener reportes sobre estos temas y contrastarlos con otros estudios, para que de esta manera sirva como punto de partida para posteriores investigaciones en el ámbito regional y local.

1.5 Variable:

Variable Independiente:

Gran Multiparidad y Macrosomía Fetal

Variable Dependiente:

Hemorragia Posparto

Operacionalización de Variables

Variables	Indicador	Índice	Escala de Medición
V.D. Hemorragia posparto	Pérdida de más de 500 ml de sangre después de un parto vaginal en las primeras 24 horas del puerperio.	Presente Ausente	Nominal
V.I. Gran Multiparidad	Mujeres que han parido cinco veces a más.	Si No	Nominal
V.I. Macrosomía Fetal	Recién nacidos con un peso mayor de 4.000 g.	Si No	Nominal

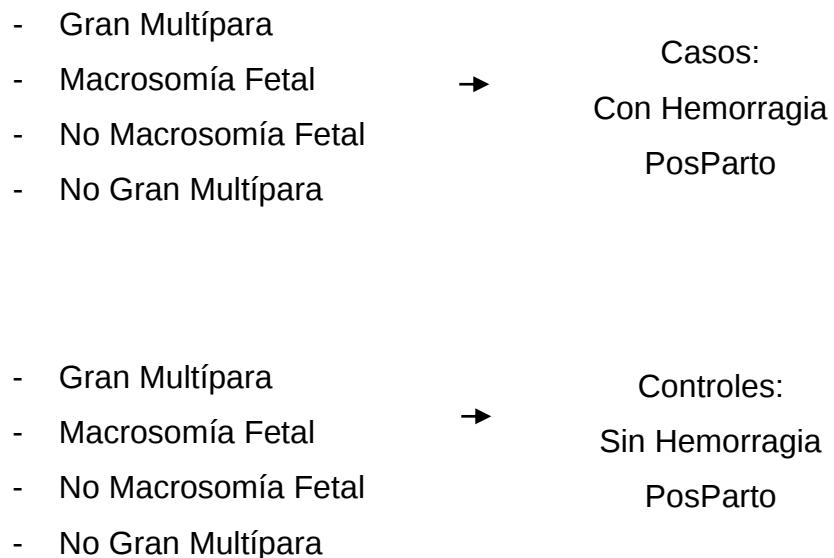
II.- MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Observacional / Descriptivo de corte Transversal. (26)

2.2 DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS:

De Casos y Controles. (26)



2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población:

Estuvo constituida por todas las puérperas atendidas en el Servicio de Obstetricia (Sala de puerperio) durante enero – diciembre del 2016 y que cumplan con los siguientes criterios de selección.

Criterios de Inclusión

- ✓ Puérperas que tuvieron hemorragia dentro de las 24 primeras horas posparto.
- ✓ Partos intrahospitalarios.
- ✓ Partos por vía vaginal.

Criterios de Exclusión

- ✓ Puérperas que tuvieron recién nacidos pretérminos.

Muestra: 96 Hemorragias Posparto.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Como técnica se utilizó el fichaje y para cumplir con la respectiva recolección de los datos se empleó como instrumento una Ficha de Recolección de datos, diseñada por las autoras para cumplir con los objetivos propuestos.

2.5 PROCEDIMIENTO:

- Luego de obtener el permiso correspondiente del Hospital en mención y la respectiva aprobación del Proyecto de Tesis, se procedió a la respectiva recolección de datos.
- Inmediatamente estos fueron plasmados en la ficha de recolección de datos elaborada para dicho fin.

- La ficha constó de tres partes, la primera parte recolectó los datos generales, la segunda parte recolectó datos sobre la variable dependiente de estudio que fue la hemorragia posparto. La tercera parte recogió información acerca de la presencia o no de gran multiparidad y macrosomía.
- Posteriormente los datos fueron procesados y consignados en cuadros estadísticos.

2.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS:

El procesamiento y análisis de datos se llevó a cabo con el uso de la informática, los datos descritos en la ficha de recolección de datos fueron ingresados a una base de datos del programa SPSS versión 21. Estos datos fueron procesados y los resultados expuestos en tablas de doble entrada.

Estadística Descriptiva:

Se tomó en cuenta las frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), plasmados en tablas tetracóricas (Tablas de Contingencia o de 2 x 2) de acuerdo a los objetivos específicos propuestos en el presente estudio.

Estadística Analítica:

Para el análisis se aplicó la prueba estadística del Chi cuadrado para determinar la relación mediante la asociación o independencia de la

gran multiparidad y macrosomía fetal con la hemorragia posparto, considerándose $p < 0.05$ como significativo. Así mismo se aplicó la prueba de asociación con el Odds Ratio, con intervalo de confianza al 95%.

Estadígrafo

Casos y controles

Variable independiente		Variable dependiente Efecto	
		SI	NO
Factor	Expuesto	A	B
	No Expuesto	C	D

$$OR = a \times d / c \times b$$

Valor de OR = 1, no es factor protector ni de riesgo

< 1 es factor protector

>1 es factor de riesgo

Caso: Mujer con hemorragia posparto, expuesto o no expuesto.

Control: Mujer sin hemorragia posparto, expuesto o no expuesto.

Factores de Riesgo: Gran multiparidad y macrosomía.

III.- RESULTADOS

CUADRO 1:

En el siguiente cuadro podemos visualizar que la frecuencia de Gran Multiparidad en mujeres con hemorragia posparto fue 57.29% y la frecuencia de Gran Multiparidad en mujeres sin hemorragia posparto fue 01.61%.

CUADRO 2:

En el sucesivo cuadro observamos que la frecuencia de Macrosomía Fetal en mujeres con hemorragia posparto fue 42.71% y la frecuencia de Macrosomía Fetal en mujeres sin hemorragia posparto fue 05.92%.

CUADRO 3:

Respecto a la influencia de la Gran Multiparidad como factor de riesgo de Hemorragia posparto, podemos apreciar que existe asociación estadística entre ambas variables. ($p < 0.05$). La razón de momios u Odds Ratio (OR) fue 83.33, esto quiere decir que las Gran Multíparas están predispuestas 83.33 veces para presenta una Hemorragia Posparto.

CUADRO 4:

Respecto a la influencia de la Macrosomía Fetal como factor de riesgo de Hemorragia posparto, podemos apreciar que existe asociación estadística entre ambas variables. ($p < 0.05$). La razón de momios u Odds Ratio (OR) fue 12.14, esto quiere decir que aquellas madres con diagnóstico de Macrosomía Fetal están predispuestas 12.14 veces a presentar un cuadro de Hemorragia Posparto.

CUADRO 1

**FRECUENCIA DE GRAN MULTIPARIDAD EN LAS MUJERES CON O SIN
HEMORRAGIA POSPARTO
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE,
PERÍODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2016**

		Hemorragia Posparto				Total	
		SI		NO			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gran Multiparidad	SI	55	57.29	22	01.61	77	05.26
	No	41	42.71	1347	98.39	1388	94.74
Total		96	100.00	1369	100.00	1465	100.00

Fuente: Libro de registro de partos.

CUADRO 2

**FRECUENCIA DE MACROSOMÍA FETAL EN LAS MUJERES CON O SIN
HEMORRAGIA POSPARTO
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE,
PERÍODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2016**

		Hemorragia Posparto				Total	
		SI		NO			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Macrosomía Fetal	SI	41	42.71	81	05.92	122	08.33
	No	55	57.29	1288	94.08	1343	91.67
Total		96	100.00	1369	100.00	1465	100.00

Fuente: Libro de registro de partos.

CUADRO 3

**INFLUENCIA DE LA GRAN MULTIPARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO
DE HEMORRAGIA POSPARTO
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE,
PERÍODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2016**

		Hemorragia Posparto		Total
		SI	NO	
Gran Multiparidad	SI	55	22	77
	No	41	1347	1388
Total		96	1369	1465

Fuente: Libro de registro de partos.

OR = 83.33

$X^2_{exp} = 564.12$ $\alpha = 0.05$ $gl = 1$ $X^2_{tab} = 3.84$ $p < 0.05$

CUADRO 4

**INFLUENCIA DE LA MACROSOMÍA FETAL COMO FACTOR DE RIESGO
DE HEMORRAGIA POSPARTO
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE,
PERÍODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2016**

		Hemorragia Posparto		Total
		SI	NO	
Macrosomía Fetal	SI	41	81	122
	No	55	1288	1343
Total		96	1369	1465

Fuente: Libro de registro de partos.

OR = 12.14

$X^2 \text{ exp} = 158.77$ $\alpha = 0.05$ $gl = 1$ $X^2 \text{ tab} = 3.84$ $p < 0.05$

IV.- DISCUSIÓN

La presente investigación fue realizada en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque con el propósito de determinar si la Gran multiparidad y Macrosomía fetal son factores de riesgo asociados a Hemorragia Posparto, durante el período enero – diciembre del 2016, durante ese período se atendieron un total de 1465 partos institucionales de los cuales 96 presentaron hemorragias posparto.

En el Cuadro 1 se observa que en las mujeres con hemorragia posparto el 57.29% tuvieron la característica de gran multípara, mientras que en las mujeres que no tuvieron hemorragia posparto el 1.61% fueron Gran multíparas.

Resultados que difieren a los reportados por **Correa G** (15) quien halló que las mujeres que tuvieron hemorragia posparto el 16.9% fueron Gran multípara, mientras que en las mujeres que no tuvieron hemorragia posparto el 9.3% fueron gran multíparas.

Este contraste de frecuencia de hemorragia en las grandes multíparas en comparación con las que no son grandes multíparas (menor frecuencia), lo explica, Lombardía J y Fernández M (21); quienes aseveraron que la hemorragia posparto en grandes multíparas se producen por alteración del tono del musculo uterino, debido una falta de contracción uterina adecuada y consiguiente pérdida sanguínea

producida por las arteriolas que alimentan a la placenta y que no son comprimidas por el útero, gran multiparidad.

El estudio de **Reyes O** (27), expone este hallazgo, al señalar que la atonía uterina no es producto de la contracción del útero, sino la retracción de la fibra miometrial, esta retracción se ve afectada especialmente en el útero de la gran múltipara, causada por la edad, la cicatrización y el agotamiento, igualmente cambios escleróticos en los vasos uterinos llevan a que estos se ocluyan con más dificultad lo que facilita el sangrado uterino conllevando a la hemorragia posparto.

En el cuadro 2, podemos apreciar que la frecuencia de macrosomía en las mujeres con hemorragia posparto fue 42.71%, mientras que en las mujeres sin hemorragia posparto la macrosomía llegó al 05.92%.

Por su parte **Correa G** (15), halló que en las mujeres con hemorragia posparto el 12.4% presentaron macrosomía, mientras que en las mujeres sin hemorragia posparto la macrosomía alcanzó el 4.7%.

ENDES 2011 (25) reportó que la frecuencia de casos por atonía uterina fue debido a macrosomía fetal se situó entre el 12.3% y 15,2%.

Otro punto que hay que tener en cuenta es que, la diferencia de frecuencias de la hemorragia posparto en madres con fetos

macrosómicos, puede depender de variables intervinientes (otros factores de riesgo que no se incluyeron, como la edad, paridad, etc).

La literatura reporta que, la macrosomía fetal causa alteración o variación del tono del musculo uterino, debido a una sobredistención uterina, esta alteración de la contracción uterina adecuada, ocasiona pérdida sanguínea producida por las faltas de contracción de las arteriolas uterinas que alimentan a la placenta. (21) (22)

En el cuadro 3 se observa la influencia de la gran multiparidad como factor de riesgo de hemorragia posparto, hallándose un Odds ratio de 83.33 con un intervalo de confianza al 95%, interpretándose que las grandes multíparas tienen 83.33 veces más probabilidades de presentar hemorragia posparto, en comparación con las que no son grandes multíparas. Se halló que la gran multiparidad es un factor de riesgo para el desarrollo de hemorragia posparto. Aplicando la χ^2 se halló la asociación estadística entre ambas variables.

Correa G (15), halló un Odds ratio de 1.97 con un intervalo de confianza al 95% que fluctúa entre 1.02 y 3.82 con una significancia estadística de $p=0.04$, interpretándose que las grandes multíparas están predispuestas 1.97 veces más de presentar hemorragia posparto, en comparación con las que no son grandes multíparas. El intervalo de confianza establece que al realizar 95 de 100 mediciones

en la población siempre se hallará que la gran multiparidad será factor de riesgo para el desarrollo de hemorragia posparto.

Hallazgos similares describió **Reyes O** (27) en su estudio, al señalar que las grandes multíparas tienen 2,8 veces mayor riesgo de presentar episodios de hemorragia posparto en comparación con las pacientes de paridad menor.

Es pertinente acotar que, las diferencias de la gran multiparidad entre ser factor protector o factor de riesgo, para el desarrollo de hemorragia posparto dependen de la prevención primaria, como disminuir la prevalencia de gran multiparidad, el uso de métodos anticonceptivos. La prevención secundaria también juega un rol importante como la atención en centros de mayor capacidad resolutive, uso adecuado de oxitócicos en el posparto, estimulación manual uterina posparto, entre otros, cuanto más se disminuya la frecuencia de casos de multiparidad disminuirá la frecuencia hemorragia de posparto. (13) (14) (15)

En el cuadro 4 se analizó la influencia de la macrosomía fetal como factor de riesgo de hemorragia posparto, hallándose un Odds ratio de 12.14, interpretándose que las mujeres que tuvieron productos de la gestación con macrosomía fetal tuvieron 12.14 veces más probabilidades de presentar hemorragia posparto que aquellas mujeres que no tuvieron productos con macrosomía fetal.

Correa G (15), en su estudio halló un Odds ratio de 3.01 con un intervalo de confianza al 95% que fluctúa entre 1.42 y 6.77 con una significancia estadística de $p = 0.001$, dilucidar que las mujeres que tuvieron productos de la gestación con macrosomía fetal tuvieron dos veces más probabilidades de presentar hemorragia posparto que aquellas mujeres que no tuvieron productos con macrosomía fetal.

En realidad, la variabilidad de hemorragia posparto tras el nacimiento de un producto macrosómico es el hecho de la participación de otros factores asociados a anomalías en la contracción uterina como es el uso de oxitócicos en el trabajo de parto, partos precipitados, prolongados, entre otros.

V.- CONCLUSIONES

- La frecuencia de Gran multiparidad en las mujeres con hemorragia posparto fue 57.29% y en las mujeres sin hemorragia posparto fue 1.61%.
- La frecuencia de macrosomía fetal en las mujeres con hemorragia posparto fue 42.71% y en las mujeres sin hemorragia posparto fue 5.92%.
- La gran multiparidad es factor de riesgo de hemorragia posparto.
- La macrosomía fetal es factor de riesgo de hemorragia posparto.

VI.- RECOMENDACIONES

Al Servicio de Gineco - Obstetricia

- Debido a que la gran multiparidad y la macrosomía fetal son condiciones que incrementa la probabilidad de hemorragia posparto, se hace necesario difundir los resultados en el servicio de obstetricia, educar a las gestantes en la atención prenatal sobre estos factores de riesgo para que su parto sea atendido en un hospital.
- Mantener actualizada y disponible la clave roja para ser utilizada en pacientes que presenten hemorragias posparto

VII.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Camacho F, Rubio A. International recommendations for medical treatment in postpartum hemorrhage. Rev. Fac. Med. 2016;64(1): 87-92. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n1.50780>.
2. Bonifaz J. Hemorragias posparto. [Internet]. Riobamba 2010 [Citado 08 de marzo 2017]; disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1910/1/94T00089.pdf>
3. Garrido E. Gonzalez A, Sanchez L, Alumbreros Mt, Revisión del tratamiento quirúrgico de la atonía uterina. Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General Universitario de Ciudad Real. [Internet]. 2013 [Citado 08 de marzo 2017]; Disponible en: <http://apuntes.hgucr.es/2013/06/27/revision-del-tratamiento-quirurgico-de-la-atonia-uterina/>
4. Gómez J, Osorio H, Vélez A, Zuleta J, Londoño G, Velásquez A. Guía de práctica clínica para la prevención y el manejo de la hemorragia posparto y complicaciones del choque hemorrágico. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. 2013;64(4):425-52.
5. Ministerio de Salud Pública. Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica. [Internet].2013 [Citado 04 de mayo 2017]; disponible en: <http://salud.gob.ec>.

6. OPS/OMS. Iniciativa de la OPS/OMS busca reducir las muertes maternas por hemorragias en países de las Américas. Año 2015.
OMS: WHO/RHR/14.20
7. Libro de Registros de atención de parto del Servicio de Obstetricia año 2015. Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.
8. Flores J. "Prevalencia y factores de riesgo asociados a hemorragia posparto durante el puerperio inmediato en las mujeres gestantes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora Loja, período marzo-agosto 2015".
Universidad Nacional de Loja. Área de Salud Humana, Carrera de Medicina Humana. Loja – Ecuador 2016.
9. Calle J, Espinoza D. Prevalencia, causas y factores de riesgo asociados a la hemorragia posparto (HPP) en las pacientes del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo enero – diciembre 2014. Tesis para obtener el título de Médico. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. Universidad Estatal de Cuenca. Cuenca – Ecuador. 2015.
10. Palomo J. "Incidencia de la hemorragia posparto por atonía uterina".
Tesis presentada ante las autoridades de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas Maestría en Ginecología y obstetricia. Para obtener el grado de Maestro en ciencias en Ginecología y Obstetricia. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Estudios de Postgrado. Febrero 2014.

11. Castellano G, Quilumba M. Prevalencia de Hemorragia Posparto, en pacientes de 14 a 45 años atendidas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico Machachi, en el período de 01 de enero al 31 de diciembre del 2011. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Obstetricia “Juana Miranda”. Universidad Central del Ecuador. Quito, abril 2012.
12. Ezegwui H, Ikeako C, Egbuji C. Macrosomía fetal: resultados obstétricos de 311 casos en UNTH, Enugu, Nigeria. Nigerian Journal of Clinical Practice, 2011. 14(3): 23-28.
13. Reyes O. Riesgo de hemorragia posparto en la paciente gran múltipara: estudio retrospectivo observacional. Rev. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia, septiembre – octubre 2011 (Citado 2 de Julio 2013); 38(5):169-72. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210573X10000201>
14. Ahumada C. Multiparidad como factor de riesgo para la obtención de recién nacidos macrosómicos. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo – Perú 2015.
15. Correa G. Gran multiparidad y macrosomía fetal como factores de riesgo para Hemorragia Posparto. Hospital Distrital Santa Isabel. El Porvenir 2007- 2013. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana. Universidad Privada. Antenor Orrego. Trujillo – Perú. 2012.

16. Acusi J. Factores de riesgo para hemorragia posparto en las puérperas de parto vaginal atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna 2006-2010. Trabajo de Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional “Jorge Basadre Grohman”.
17. Crítico González M, Restrepo G. Sanín A. Fundamentos en Medicina, Paciente en Estado crítico. 3ª ed. Bogotá. Corporación para Investigaciones Biológicas. 2003
18. Gilbertt E, Harmon J. Manual De Embarazo y Parto de Alto Riesgo. 3ª ed. Madrid. Elsevier España S.A. 2003.
19. Arias F. Guia práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo, 2º ed, Madrid. Editorial Hardcourt Brace España.1999; p 217-233.
20. Lanken L. Manual de Cuidados Intensivos. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana S.A. 2003
21. Lombardía J, Fernández M. Ginecología y Obstetricia: Manual de Consulta Rápida. 2ª ed. Madrid. Editorial Médica Panamericana 2010.
22. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Guías de Práctica Clínica para La Atención de emergencias Obstétricas según Nivel De Capacidad Resolutiva. Ministerio de Salud. 2007.
23. Uriza G Planificación familiar. Bogotá Editorial Pontificia Universidad Javeriana. 2007.

24. Ceriani J, Fustiñaña M, Mariano L, Jenik Z, Lupo M. Neonatología Practica 4ª ed. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 2009.
25. Instituto Nacional de Estadística e Informática. "Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2011". Lima. Centro de Edición de la Oficina Técnica de Difusión del INEI. 2012.
26. Hernández R, Fernández C, Baptista M. "Metodología de la investigación." 5ª Ed. Mc - Graw-Hill Interamericana Editores, S.A. DE C.V. México. 2010.
27. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Guías de Práctica Clínica para La Atención de emergencias Obstétricas según Nivel De Capacidad Resolutiva. Ministerio de Salud. 2007

ANEXO



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**GRAN MULTIPARIDAD Y MACROSOMIA FETAL COMO FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A
HEMORRAGIA POSPARTO EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE
LAMBAYEQUE, PERÍODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2016**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº H.C: _____

I. VARIABLES DEPENDIENTE

HEMORRAGIA POSPARTO

SI () NO ()

II.- VARIABLE INDEPENDIENTE

2.1. MACROSOMIA FETAL

SI () NO ()

2.2. GRAN MULTIPARIDAD

SI () NO ()