

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

Obesidad pregestacional como factor de riesgo asociado a hemorragia post parto por atonía uterina en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II – 2 Sullana
2014 – 2019.

Línea de investigación:
Salud Materno Perinatal

Autor (es):

Obsta. Fassio Saavedra, Blanca Isabel
Obsta. Neyra Feria, Yubiksa

Jurado evaluador:

Presidente: Ms Manta Carrillo, Yvonne Graciela

Secretario: Ms. Quiñones Vásquez, Ana María

Vocal: Ms. Vargas Díaz, Sandra Luz

Asesora:

Ms. Obsta. Vargas Gonzales, Ruth Araceli
Código orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6054-8252>

**Trujillo - Perú
2022**

Fecha de sustentación: 2022/08/19

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

Obesidad pregestacional como factor de riesgo asociado a hemorragia post parto por atonía uterina en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II – 2 Sullana
2014 – 2019.

Línea de investigación:
Salud Materno Perinatal

Autor (es):

Obsta. Fassio Saavedra, Blanca Isabel
Obsta. Neyra Feria, Yubiksa

Jurado evaluador:

Presidente: Ms Manta Carrillo, Yvonne Graciela

Secretario: Ms. Quiñones Vásquez, Ana María

Vocal: Ms. Vargas Díaz, Sandra Luz

Asesora:

Ms. Obsta. Vargas Gonzales, Ruth Araceli
Código orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6054-8252>

**Trujillo - Perú
2022**

Fecha de sustentación: 2022/08/19

DEDICATORIA

A Dios por haberme dado la vida, acompañado a lo largo de mi carrera, por ser mi luz en mi camino y por darme sabiduría, fortaleza para alcanzar mis objetivos.

A mi recordado padre Luis Felipe Fassio Clavijo que desde el cielo me acompaña, quien fue mi principal fuente de apoyo por darme una carrera profesional y que a pesar no estar presente su enseñanza y su buen ejemplo me motivo alcanzar mis anhelos.

A mi querida madre Beatriz Yolanda Saavedra García, que siempre está apoyándome, por su amor incondicional, su esfuerzo por darme una carrera profesional.

A mi esposo Darly Jimmy Talledo Farfán por su apoyo constante e impulsarme a lograr mis metas y sueños, eres mi amor mi fuerza y mi ilusión, deseo una larga vida a tu lado porque eres un hombre especial y maravilloso.

Fassio Saavedra Blanca Isabel

DEDICATORIA

Dedico mi tesis a Dios, a mis padres Segundo y Luz Angelica y mis hermanos Aracely, Christian y Edgar que me acompañaron a lo largo de mi carrera y me apoyan en todos mis proyectos, pero en especial a mi madre Luz Angélica Arambulo de Neyra por toda la ayuda y dedicación para lograr mis objetivos trazados, sé que desde el cielo siempre me cuidará y me guiará para seguir logrando mis metas.

A mí tío José Delfín Neyra Cardoza, que siempre estuvo ahí para que no me dé por vencida a pesar de obstáculos, sé que desde el cielo me guiará para que siga adelante.

A mí pareja Pedro Elías Benites y a mis hijos Gianfranco Stephano y Ariana Yucely que me brindaron su apoyo, me comprendieron, tuvieron tolerancia e infinita paciencia y cedieron su tiempo para que estudie y así lograra una meta personal que ayudara en el bienestar de la familia, ustedes son lo más valioso que yo tengo y soy muy afortunada de tenerlos.

Neyra Feria Yubiksa.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos principalmente a Dios por darnos vida y salud por dirigir nuestro camino por el sendero correcto, por permitir disfrutar de nuestra familia.

A nuestra asesora Ms. Obsta. Ruth Aracell Vargas Gonzales por su dedicación y enseñanzas, por habernos guiado en base a su experiencia y sabiduría por lo cual llegamos a concluir y desarrollar la tesis.

A las obstetras y personal administrativo que laboran en el área del Sistema Informático Perinatal del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, por los datos brindados para realizar esta investigación.

Las autoras

RESUMEN

Con en el objetivo de determinar si la obesidad es un factor de riesgo asociado a hemorragia postparto por atonía uterina en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II – 2 Sullana 2014 – 2019. Se realizó un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo de casos y controles, con una muestra de 62 casos y 186 controles. Las características sociodemográficas de las pacientes con hemorragia post parto por atonía uterina son: El 25.8% de las puérperas tenían entre 24 a 29 años; el 69.4% procedían de la costa, 45.2% tuvieron grado de instrucción de secundaria, el 66.1% presentan nivel socioeconómico bajo; de acuerdo a los antecedentes, el 74.2% declaran no tener antecedentes de preeclampsia y el 69.4% de retención placentaria, el 64.5% fueron multíparas, el 56.5% no tuvieron cesárea iterativa y el 82.3% si presentaron cesárea de emergencia. La hemorragia post parto por atonía uterina en puérperas inmediatas fue el 0.8% mientras que el 99.2% no presentaron hemorragia post parto. El 58.1% de puérperas inmediatas que presentaron hemorragia post parto por atonía uterina no presentaban obesidad pregestacional, el 25.8% de puérperas que presentaron hemorragia post parto por atonía uterina presentaba obesidad pregestacional clase I; mientras que el 4.8% presentaron obesidad pregestacional de clase III. Se concluye que las puérperas con obesidad pregestacional tienen 2.4018 ($p= 0.008175$), veces más de riesgo de presentar hemorragia post parto por atonía uterina en el puerperio, en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2014 – 2019.

Palabras clave: Obesidad, Puerperio, Hemorragia Uterina Postparto (Decs)

ABSTRACT

With the aim of determining if obesity is a risk factor associated with postpartum hemorrhage due to uterine atony in postpartum women treated at the Hospital de Apoyo II – 2 Sullana 2014 – 2019. An analytical, observational, retrospective case-control study was conducted, with a sample of 62 cases and 186 controls. The sociodemographic characteristics of patients with postpartum hemorrhage due to uterine atony are: 25.8% of the postpartum women were between 24 and 29 years old; 69.4% came from the coast, 45.2% had a secondary education degree, 66.1% had low socioeconomic status; according to the antecedents, 74.2% declare to have no history of preeclampsia and 69.4% of placental retention, 64.5% were multiparous, 56.5% did not have an iterative caesarean section and 82.3% had an emergency caesarean section. Postpartum hemorrhage due to uterine atony in immediate postpartum women was 0.8% while 99.2% did not present postpartum hemorrhage. 58.1% of immediate postpartum women who presented postpartum hemorrhage due to uterine atony did not present pregestational obesity, 25.8% of postpartum women who presented postpartum hemorrhage due to uterine atony presented pregestational obesity class I; while 4.8% had pregestational class III obesity. It is concluded that postpartum women with pregestational obesity have 2.4018 ($p = 0.008175$), times more at risk of presenting postpartum hemorrhage due to uterine atony in the puerperium, in the Support Hospital II-2 Sullana, 2014 – 2019.

Keywords: Obesity, Puerperium, Postpartum Uterine Hemorrhage (Decs)

PRESENTACION

SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO:

De conformidad con las disposiciones legales vigente en el Reglamentos de Grados y Títulos de la Facultad de las Ciencias de la Salud de la Universidad Privada Antenor Orrego, presentamos a su consideración la tesis titulada: “**OBESIDAD PREGESTACIONAL COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A HEMORRAGIA POST PARTO POR ATONÍA UTERINA EN PUERPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO II – 2 SULLANA 2014 – 2019**”, con el fin de optar el TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO. Un trabajo de investigación teniendo origen evidencias adquiridas en nuestra carrera profesional. Dejamos la presente tesis a su criterio y evaluación.

Trujillo, 12 de agosto del 2022



Obsta. Fassio Saavedra, Blanca Isabel

DNI: 47601902



Obsta. Neyra Feria, Yubiksa

DNI: 03675530

ÍNDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
PRESENTACIÓN	vi
I. Introducción	1
1.1. Problema de Investigación.....	2
1.2. Justificación del estudio.....	3
1.3. Objetivos.....	5
II. Marco de referencia	6
2.1. Marco teórico:.....	6
2.2. Antecedentes del estudio:.....	10
2.3. Marco conceptual:.....	13
2.4. Sistema de hipótesis:.....	13
2.5. Variables e indicadores:.....	14
III. Metodología	16
3.1. Tipo y Nivel de Investigación:.....	16
3.2. Población y Muestra:.....	16
3.3. Diseño de Investigación:.....	16
3.4. técnicas e instrumentos de investigación.....	19
3.5. Procesamiento y análisis de datos.....	19
3.6. Consideraciones éticas.....	20
IV. Resultados	21
4.1. Análisis e interpretación de resultados.....	21
4.2. Docimasia de hipótesis.....	26
V. DISCUSIÓN	28
CONCLUSIONES	34
RECOMENDACIONES	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXOS	41

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1: Características sociodemográficas de las pacientes puérperas con hemorragia post parto por atonía uterina en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2014 – 2019.	21
Tabla N° 2: Hemorragia post parto por atonía uterina en puérperas inmediatas, en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2014 – 2019	23
Tabla N° 3: Clasificación de obesidad pregestacional, en pacientes con hemorragia post parto por atonía uterina el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2014 – 2019.	24
Tabla 4: Obesidad pregestacional como factor de riesgo asociado a hemorragia post parto por atonía uterina en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II – 2 Sullana 2014 – 2019.	25

I. INTRODUCCION

1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

a. Descripción de la realidad problemática

La obesidad en el embarazo es una morbilidad crónica heterogénea y un peligro creciente conflicto en la salud pública a nivel mundial. La proporción de mujeres adultas con sobrepeso es de 40% y 15% con obesidad, y la tendencia creciente se observó tanto en estados cuyos ingresos son altos y medios. Entre las mujeres embarazadas, el aumento del índice de masa corporal (IMC) se asoció con numerosas complicaciones relacionadas con el embarazo, incluida diabetes mellitus gestacional (DMG), hipertensión y preeclampsia¹.

El sobrepeso y obesidad involucraron relativo alto riesgo de morbilidad y mortalidad materna severa. Expertos anteriores informaron un Odds Ratio (OR) para la morbilidad materna severa de 1.1 para mujeres con obesidad clase 1 (IMC 30.0-34.9) en comparación con quienes tenían un peso adecuado (IMC 18.5 – 24.9). El quírfano para obesidad clase 2 (IMC 35.0-39.8) fue 1.2, y para obesidad clase 3 (IMC 40) fue 1.4. Obesidad materna también aumento de la mortalidad perinatal. Un estudio de cohorte anterior encontró que la obesidad materna se asoció con casi el 25% de las muertes fetales que ocurrieron entre las 37 y 42 semanas de gestación. Además, el sobrepeso y la obesidad se asociaron con riesgos elevados de macrosomía fetal, algunos defectos de nacimiento y enfermedad metabólica de los niños².

Para Marshall, la incidencia de hemorragia post parto es entre el 4-6% de todos los embarazos. Eso representa aproximadamente 125,000 muertes cada uno año en el mundo en desarrollo. Es uno de las complicaciones más comunes de la tercera etapa del parto. La atonía del útero aporta aproximadamente el 50% de casos de hemorragia postparto, seguido por

el trauma del tracto genital y retención de tejido placentario³.

Por otro lado, la obesidad es considerada un proceso inflamatorio, debido a que se incrementan los niveles séricos de hepcidina, una hormona producida en el hígado que regula la disponibilidad de hierro en el cuerpo; por otro lado, se evidencia un aumento en el nivel de hepcidina en suero después de la inflamación y se asocia con una baja absorción de hierro intestinal y baja liberación de macrófagos e incrementa un mayor riesgo de desarrollar anemia.⁴

Según , Amaro⁵ refiere que existe factores de riesgo en la hemorragia postparto; entre ellos tenemos: antecedentes personales como obesidad y sobrepeso pregestacional, antecedente de preclampsia, grado de instrucción y edad materna; causas que anteceden a la hemorragia: edad gestacional, parto prolongado, partos instrumentados, cesáreas (tipo de parto), tactos vaginales innecesarios, desgarros y las acciones que involucran el manejo de la hemorragia propiamente dicha como un diagnóstico oportuno, terapéutica adecuada y oportuna.

Así mismo en la hemorragia post parto aproximadamente el 55% se debe a atonía uterina⁶; siendo evidente que la obesidad es un factor de riesgo de HPP en caso de cesárea (OR: 11.67 – p: 0.000) pero no se evidencia según el estudio en mención para el caso de parto vaginal (OR: 3.4 – p: 0.840).

Se consideró realizar la presente investigación en el Hospital II-2 Sullana, debido a la alta prevalencia de gestantes con obesidad que llegan para la atención de su parto y muchas presentan hemorragia post parto.

b. Formulación del Problema

¿La obesidad pregestacional es un factor de riesgo asociado a hemorragia postparto por atonía uterina en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II – 2 Sullana, 2014 – 2019?

c. Justificación del estudio

La obesidad pregestacional desde el punto de vista académico es una patología en la salud mundial, que, desde ya, condiciona a la gestante a presentar dificultades durante la gestación, parto y puerperio y es conveniente estudiar a mayor profundidad esta enfermedad no transmisible, donde la captación de gestante debe ser temprana, periódica, continua y oportuna; así mismo debe ser evaluada por el equipo multidisciplinario; además se debe realizar una adecuada Atención Prenatal (APN), que ayudará tener ganancia de un peso adecuado.

Desde la perspectiva sanitaria, la presente investigación servirá para que el Ministerio de Salud (MINSA), replantee las políticas públicas en Salud Materna desde la perspectiva preventivo promocional; contribuyendo a la mejora de los estilos de vida saludable de las mujeres gestantes y disminuir el riesgo de morbilidad materna perinatal.

Además, desde el nivel práctico, se busca poner en énfasis la importancia de la alimentación saludable, actividad física y recreación; concientizando a las mujeres que deseen ser madres, el riesgo que tienen si presentan obesidad pregestacional y con mayor razón si se asocia a hemorragia post parto, siendo condiciones que se modifican y de esta manera evitar riesgo de muerte materna.

Por otro lado, la hemorragia post parto está definida y se conoce de su etiología; sin embargo, existen escasa investigación respecto a hemorragia por atonía uterina asociada a obesidad pregestacional; esto servirá de insumo incluso para el equipo de salud, en caso tengan puérperas post parto, que deben ser vigiladas con mayor minuciosidad y

evitar complicaciones en ellas.

Finalmente, se considera que, identificando los factores de riesgo de la hemorragia, se busca minimizar el impacto negativo de esta complicación según investigaciones de estudios analíticos donde determinan una relación entre las variables de estudio, se ha creído conveniente plantear la presente investigación.

1.2. Objetivos

1.2.1. Generales

Determinar si la obesidad es un factor de riesgo asociado a hemorragia postparto por atonía uterina en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II – 2 Sullana 2014 – 2019.

1.2.2. Específicos

- Identificar las características sociodemográficas de las pacientes con hemorragia post parto por atonía uterina en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2014 – 2019.

- Determinar la hemorragia post parto por atonía uterina en puérperas inmediatas, en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2014 – 2019.

- Determinar la hemorragia post parto por atonía uterina según clasificación de obesidad pregestacional, en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2014 – 2019.

II. MARCO DE REFERENCIA

2.1. MARCO TEÓRICO

La obesidad, se define como el índice de masa corporal (IMC) mayor de 30 kg/m²; se ha descrito como la nueva epidemia mundial y, a medida que aumenta la prevalencia de obesidad, también aumenta las mujeres en edad reproductiva (MEF) que tienen sobrepeso y son obesas⁷.

Los resultados adversos del embarazo y las complicaciones neonatales a corto plazo asociadas con la obesidad materna han sido bien descritos, y por esta razón, Las mujeres embarazadas obesas reciben atención de alto riesgo en muchas unidades de maternidad. El vínculo entre un entorno intrauterino adverso y una enfermedad en la vida posterior de la descendencia ha sido bien documentado⁸.

Durante el embarazo normal, se producen cambios en la anatomía materna, la fisiología, la endocrinología y el metabolismo como un medio de preparación para el parto y para proporcionar nutrientes esenciales para el crecimiento y desarrollo fetal³. En el embarazo obeso, las adaptaciones fisiológicas difieren de las mujeres de peso normal, lo que refleja la fisiología que es característica de la obesidad en el estado de no embarazo; se cree que estos cambios contribuyen a una mayor disponibilidad de combustible para el crecimiento fetal⁹.

Algunos de estos cambios pueden atribuirse a la presencia de una abundancia relativa de tejido adiposo en mujeres embarazadas obesas, que ahora se reconoce como un órgano endocrino metabólicamente activo. El tejido adiposo es capaz de producir una cantidad significativa de citoquinas proinflamatorias como el factor de necrosis tumoral (TNF) - α , interleucina (IL) -6 y hormonas adipocina como la leptina y la adiponectina. El aumento relativo en la hipertrofia e hiperplasia del tejido adiposo durante el embarazo obeso conduce a la liberación desregulada de adipocinas, ácidos grasos libres de plasma y marcadores inflamatorios. La

adiponectina es producida exclusivamente por los adipocitos, y los niveles más bajos se asocian con la resistencia a la insulina independientemente de la adiposidad y otros factores de confusión¹⁰.

Aunque no liberadas por la placenta, las biopsias subcutáneas de tejido adiposo han demostrado que los niveles de expresión del mRNA de la adiponectina (ácido ribonucleico mensajero) disminuyen a lo largo del embarazo. La placenta es una fuente importante de leptina, TNF- α e IL¹¹. El análisis de placentas de mujeres embarazadas obesas ha encontrado un aumento de la infiltración de macrófagos y un aumento de la expresión de marcadores inflamatorios¹².

La hemorragia postparto (HPP) es una de las causas más importantes de morbimortalidad materna, que representan aproximadamente un tercio del total de la mortalidad materna (MM) asociada a la gestación en África y Asia^{8,9}. La incidencia de HPP asociado a sobrepeso y obesidad es todo un reto en la salud materna, aunque esto puede variar un poco según la región geográfica¹³.

La HPP es aquella pérdida sanguínea mayor a 500 ml después del parto vaginal o mayor de 1000 ml posterior a una cesárea. Sin embargo, esta definición deja mucha subjetividad del profesional, es por ello que se recomienda añadir que la HPP más allá de un sangrado abundante, es aquella donde se evidencia signos y síntomas de hipovolemia y según su ocurrencia es precoz, porque se manifiesta durante las 24 horas postparto y tardía después del primer día hasta los 42 días postparto⁶.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2014 murieron aproximadamente 830 mujeres diarios por causas de la gestación, parto y postparto; siendo 99% en países en desarrollo y mucho mayor en áreas rurales y lugares de extrema pobreza¹⁴. 75% de la MM en el Perú se debe a complicaciones como hemorragia, infecciones e hipertensión gestacional, asociado a causas como la accesibilidad geográfica, pobreza,

carencia de información, la inexistencia de servicios de salud con adecuación cultural, bajo nivel educativo, etc. los cuales condicionan y coloca en peligro la vida de toda gestante y puérpera¹⁵.

Por otro lado, Según Vásquez (2020) refiere que la atonía uterina viene hacer la incapacidad del miometrio para contraerse y retraerse en el postparto¹⁶. El útero atónico es la complicación más grave de la tercera etapa del parto. La retracción del útero no se produce y da lugar a un sangrado masivo¹⁷. La falla de la contracción y la retracción puede ser una disfunción miometrial intrínseca, debido al trabajo de parto rápido o prolongado, gran multiparidad, útero distensión (neonato grande, embarazo múltiple, polihidrominias), distensión de la vejiga urinaria, infecciones (corioamnionitis, endometriitis y septicemia), fibroides, exposición farmacológica agentes (anestésicos generales halogenados, oxitocina, sulfato de magnesio, bloqueadores beta, diazóxidos y agentes tocolíticos), placenta previa, desprendimiento de placenta, tejido placentario retenido y el coágulo de sangre retenido causa relajación secundaria. del útero^{18,19}.

Así mismo, la atonía uterina se presenta en 70% de los casos de HPP, una causa preponderante es la retención de restos placentarios, que puede ser por un acretismo placentario: increta y percreta, también los desgarros: cervicales, vaginales debido a partos instrumentados y causas más extremas son la rotura o dehiscencia uterina⁶.

Un reconocimiento de la atonía uterina, masaje uterino y la administración de medicamentos uterotónicos por lo general calman la hemorragia. Por otro lado, si se evidencia una contracción uterina adecuada, se debe identificar otros factores que condiciones a una HPP, probablemente existan lesiones en cuello uterino o pared vaginal²⁰.

Fisiopatológicamente, se postula que la atonía uterina en relación a la obesidad ocurre debido a la presencia de un estado inflamatorio subclínico

que constituye un riesgo para la adecuada contractibilidad de las fibras uterinas en las subsiguientes gestaciones, generando disminución de la contractilidad y que no alcancen la fuerza necesaria como para obtener el tono muscular efectivo como para que no se hagan efectivos los mecanismos de hemostasia fisiopatológicos de los cuales es dependiente este órgano para poder controlar de manera óptima el riesgo de hemorragia puerperal^{21,22}.

Por otro lado, en relación entre HPP y obesidad, se ha determinado según reportes un incremento hasta de 44% en pacientes con IMC mayor de 30, independientemente la forma de partir. Una de las teorías tiene que ver la zona de implantación, dimensión y asociación con fetos macrosómicos propios de gestantes con obesidad, esto se asocia a una débil capacidad de contractilidad del útero (infrecuentes y débiles), debido a inadecuada concentración de iones de calcio. Por otro lado, la literatura científica postula que las alteraciones de los iones de calcio, se debe a un incremento de triglicéridos y colesterol, que alteran las propiedades de la membrana del miocito y la translocación del calcio. Así también, la incompatibilidad céfalo pélvica frente a un tejido pélvico aumentado y fetos macrosómicos. En consecuencia, existe mayor riesgo de desgarros perineales y que las reparaciones sean más complejas, condicionando a un mayor riesgo de HPP²³.

2.2. Antecedentes del estudio

A nivel internacional:

Villate A.²⁴ (2020), en su investigación cuyo objetivo fue estudiar la prevalencia y analizar el impacto y los riesgos derivados del sobrepeso y de la obesidad de las gestantes, sobre el desarrollo del embarazo y el parto. Estudio no experimental, descriptivo y retrospectivo con una muestra de 1037 partos. Resultados: 48.8% presentaron normopeso; y 47,8% presentaron sobrepeso. El IMC (aOR: 1.048) y la edad materna (aOR: 1.042) son factores de riesgo para la inducción al parto; el desarrollo de preeclampsia supuso un riesgo 3,2 veces mayor de inducción al parto y 8,5 veces mayor de cesárea. Conclusión: El sobrepeso y la obesidad se asociaron a un mayor riesgo de complicaciones obstétricas como diabetes gestacional, preeclampsia, mayores tasas de inducción del parto, riesgo de pérdida de bienestar fetal y macrosomía.

Cóndor G.²⁵ et al (Ecuador, 2018); determinaron la prevalencia de HPP, y su asociación con obesidad y/o anemia, estudio analítico, no experimental, con una muestra de 810 pacientes. Resultados: existe una prevalencia de 4% de HPP. No hubo relación entre parto vaginal con obesidad ($p= 0.840$), sin embargo, si existe asociación entre obesidad y cesárea ($p= 0.000$) y un OR 11.67; obesidad y HPP ($p = 0,00647$) OR= 3,4 (IC 95% 1,339 – 8,753). Conclusión: Si existe relación entre obesidad y HPP en cuanto a la vía del parto (Cesárea).

A nivel Nacional:

Mendoza Y.²⁶ (2021), en su investigación cuyo objetivo fue determinar si la obesidad es un factor de riesgo para hemorragia posparto en las embarazadas. Estudio analítico, observacional, retrospectivo, casos y controles, con muestra de 32 casos y 64 controles. Resultados: 59.3% del

total de pacientes con hemorragia tenían obesidad. La obesidad antes de la gestación es considerada como un elemento de riesgo para desencadenar la hemorragia posparto ODD RATIO: 2,79, el Intervalo de Confianza al 95%: 1.69 – 3.8. Conclusión: La obesidad fue un factor de riesgo que desencadenó hemorragia posparto en las mujeres asistidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé en el año 2020.

Cadillo L, Obregón J.²⁷ (Perú, 2019), en su investigación cuyo objetivo fue manifestar que la obesidad materna pregestacional es un factor de riesgo para el desarrollo de hemorragia postparto precoz; estudio tipo de caso control, con una muestra de 189 pacientes; 43 casos y 146 controles. Resultados: la obesidad pregestacional es un factor de riesgo de HPP precoz (p: 0.035) y un OR de 2.08. Conclusión: la obesidad pregestacional es un factor de riesgo confiable y significativo para el desarrollo de HPP precoz.

Silva M, Manta Y, Vargas R.²⁸ (Perú, 2019), en su investigación, cuyo objetivo fue determinar si el índice de masa corporal pregestacional es un factor asociado a enfermedades hipertensivas y hemorrágicas maternas en el Hospital Regional Docente de Trujillo, el año 2016. Estudio correlacional, longitudinal y retrospectivo, con diseño de cohorte. Se encontró que la proporción de enfermedades hipertensivas y hemorrágicas en gestantes según su índice de masa corporal pregestacional (IMCPG) demostró que la preeclampsia, Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP) y hemorragia postparto es mayor entre las gestantes con IMCPG elevado. La preeclampsia y hemorragia postparto presentó una relación estadística altamente significativa con el IMCPG elevado (p<0.001), con un RR 6.207 (IC95%: 4.152 - 9.279) y un RR 3.643 (IC95%: 1.841 - 7.207). Conclusión: El IMCPG es un factor asociado significativamente a enfermedades hipertensivas y hemorrágicas como: preeclampsia y hemorragia postparto, que demuestra 6 veces más probabilidad de presentar preeclampsia y 4 veces más probabilidad de hemorragia postparto en gestantes con IMCPG elevado en comparación

con aquellas sin IMCPG elevado.

Chusi Y.²⁹ (Perú, 2018), en su investigación “Obesidad pregestacional como factor asociado a complicaciones obstétricas y perinatales en el Hospital Nacional Eduardo Rebagliati Martins durante octubre – noviembre 2017”, cuyo objetivo fue determinar las principales complicaciones obstétricas y perinatales asociados a la obesidad pregestacional; estudio tipo analítico de caso control y de diseño, no experimental u observacional, retrospectivo, con una muestra de 240: siendo 80 casos y 160 controles. Resultados: el 8.7% presento HPP durante el puerperio con un OR: 3,7. Conclusión: la Obesidad pregestacional es un factor de riesgo asociado a complicaciones obstétricas y perinatales.

A nivel Regional:

Quispe M.³⁰ (Trujillo, 2018), en su investigación, cuyo objetivo determinar si la preeclampsia, obesidad y labor de parto disfuncional son factores de riesgo para la hemorragia puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado–Huamachuco año 2017. Corresponde a un tipo de estudio aplicado y con un diseño no experimental: Casos y controles, con una muestra de 40 casos y 40 controles. Resultados: Se concluyo que el parto disfuncional es factor de riesgo para hemorragia puerperal, la preclampsia y obesidad no mostraron evidencia de ser factor de riesgo.

2.3. Marco conceptual

Atonía uterina: Falta de respuesta de contractibilidad de la fibra muscular lisa uterina en el postparto, debido a la sobre distensión uterina (por gestación múltiple, hidramnios o macrosomía fetal), agotamiento muscular (trabajo de parto prolongado, multiparidad) y en algunos casos por patologías como la corioamnionitis (fiebre, rotura prematura de membranas) ¹⁵.

Hemorragia postparto: Pérdida del volumen sanguíneo mayor a 500 en parto vaginal y mayor de 1000 ml por cesárea o un descenso mayor al 10% de hematocrito durante las primeras 24 horas post parto¹.

Obesidad pregestacional: es el índice de masa corporal materno superior a 30kg/m² durante el control prenatal previo a las 14 semanas de gestación y registrado en el carnet de control prenatal².

2.4. Sistema de Hipótesis

2.4.1 Hipótesis de trabajo o de investigación (Hi)

La obesidad pregestacional es factor de riesgo asociado a hemorragia postparto por atonía uterina en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II – 2 Sullana 2014 – 2019.

2.4.2 Hipótesis nula (Ho)

La obesidad pregestacional no es factor de riesgo asociado a hemorragia postparto por atonía uterina en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II – 2 Sullana 2014 – 2019.

2.5. Variables e Indicadores

2.5.1. Variable dependiente: Hemorragia Posparto.

Definición operacional: Son todos aquellos diagnósticos de hemorragia post parto registrada en la Historia Clínica Materno Perinatal.

- **Escala de medición de la variable:** Nominal
- **Indicador:** Atonía uterina.
- **Categorías de la variable:**
 - Si: Cuando en la historia clínica materno perinatal está registrado el diagnostico de hemorragia post parto.
 - No: Cuando en la historia clínica materno perinatal no está registrado el diagnostico de hemorragia post parto.
- **Índice:** Si – No

2.5.2. Variable independiente: Obesidad Pregestacional.

Definición operacional: Se determinó cuando el Índice de masa corporal de la gestante sea mayor a 30kg/m^2 tomando en cuenta el peso y la talla materna del primer control prenatal registrado en la Historia Clínica Materno Perinatal.

- **Escala de medición de la variable:** Nominal
- **Indicador:** Índice de Masa Corporal
- **Categorías de la variable:**
 - Clase I
 - Clase II
 - Clase III
- **Índice:** Si – No

2.5.3. Variables intervinientes: Características socio demográficas.

Definición operacional: Conjunto de características biológicas, socio económico y culturales que están presentes en la población sujeta a estudio.

Dimensiones:

Edad Materna: Edad cronológica en años cumplidos por la madre al momento del parto.

Procedencia: Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva.

Grado de Instrucción: El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados.

Nivel Socioeconómico: Descripción de la situación de una persona según la educación, los ingresos y el tipo de nivel de trabajo que tiene.

Antecedente de Pre eclampsia: Es un factor de riesgo de trastorno hipertensivo que puede ocurrir durante el embarazo y post parto y que tiene repercusiones tanto en la madre como en el feto,

Antecedente de retención placentaria: Se produce cuando la placenta crece con demasiada profundidad en la pared uterina durante el embarazo.

Paridad: Es el número de partos después de las 20 semanas de gestación

Cesárea iterativa: Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.

Cesárea de emergencia: Es aquella que se realiza como consecuencia de una patología de la madre o del feto, en la que se sospecha compromiso del bienestar fetal.

III. METODOLOGIA

3.1. Tipo y nivel de investigación

Es un estudio de tipo Analítico, observacional y retrospectivo de casos y controles.

3.2. Población y muestra de estudio

3.2.1. Población: universo y de estudio

Estuvo constituido por todas las historias clínicas de puérperas atendidas en el Hospital Apoyo II – 2 Sullana durante el periodo 2014 – 2019, con diagnóstico de hemorragia postparto y que cumplieron con los criterios de selección.

3.2.2. Muestra: Tamaño y tipo de muestreo

Para el ajuste del tamaño de muestra, se ha asumido un tamaño muestral para casos y controles, tomando como criterio para aparear los casos y controles en función 1:3, las cuales consignaron los criterios de inclusión y exclusión, y la técnica de muestreo aleatorio simple en las puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II – 2 Sullana 2014 – 2019.

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{(c+1)p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{cp_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{c(p_2 - p_1)^2}$$

Donde:

$$z_{1-\alpha/2} = 2.58 \quad \text{Intervalo de confianza 99\%}$$

$$z_{1-\beta} = 0.84$$

$$P1 = \text{Prevalencia de casos} = 0.59^{26}$$

$$P2 = \text{Prevalencia de los controles} = 0.34^{26}$$

Donde:

$$p = \frac{P_1 + P_2}{2} = 0.465$$

Reemplazando en la fórmula (1) obtenemos:

Casos (Pacientes con hemorragia post parto) = 61.4= 62

Controles (pacientes sin hemorragia post parto) = 186

Unidad De Análisis: puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II – 2 Sullana 2014 – 2019.

CASOS:

Criterio de inclusión

- Historias clínicas de puérperas con obesidad pregestacional que se atendió su parto en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana.
- Puérperas con obesidad pregestacional que presentó hemorragia postparto.

Criterios de exclusión

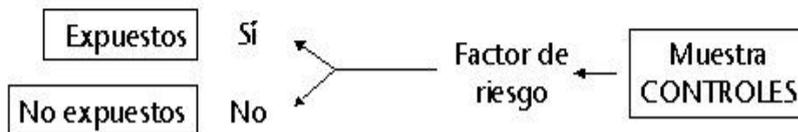
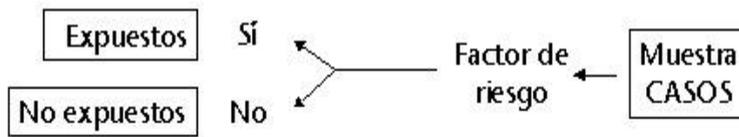
- Historias clínicas incompletas de puérperas con obesidad pregestacional.
- Puérperas inmediatas referidas por hemorragia post parto.

CONTROLES

- Historias clínicas de gestantes que se atendieron su parto con y sin complicaciones en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana.
- Además, se hace de conocimiento que, por cada caso, se asignó 3 controles que cumplieron con los criterios de selección.

3.3. Diseño de Investigación

Diseño analítico, retrospectivo de casos y controles.



Casos

Casos: Puérperas con obesidad pregestacional que presentaron Hemorragia post parto por atonía uterina.

Controles: Puérperas con obesidad pregestacional que no presentaron hemorragia post parto.

3.4. Técnicas e instrumentos de investigación

La Técnica que se utilizó en la presente investigación fue el análisis documental ³¹.

Instrumento:

Para recolectar la información se empleó una ficha estructurada, que consta de tres partes:

La primera parte es de los datos generales de la paciente (edad, historia clínica, lugar de procedencia, grado de instrucción, nivel socioeconómico), así mismos factores de riesgo (antecedente de preeclampsia, antecedente de retención placentaria, paridad, cesárea iterativa y cesárea de emergencia).

La segunda parte, se recolecto la variable independiente es decir la obesidad pre-gestacional y clasificación de obesidad.

Y la tercera midió a la variable dependiente, donde evaluó la presencia de hemorragia post parto por atonía uterina en el puerperio inmediato y

puerperio mediato.

3.5. Procedimiento

- Se presentó solicitud de permiso para la aplicación del instrumento de recolección de datos a la oficina de docencia e Investigación del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.
- Se evaluó 248 historias clínicas perinatales extraídas del sistema Informático Perinatal de pacientes con hemorragia post parto, filtrando en la data el diagnostico de atonía uterina y de ellas cuantas presentaron obesidad pregestacional en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, durante los años 2014 hasta el 2019.
- Se realizó la revisión de las historias clínicas perinatales para la recolección de los datos necesarios que corresponden a las variables de estudio las cuales se incorporó al instrumento de recolección de datos.
- Se continuó con el llenado del instrumento de recolección de datos hasta completar los datos establecidos para nuestra investigación.
- Filtramos los datos para proceder a realizar el análisis de la información.
- Finalmente, la base de los datos extraídos se envió al estadístico para hacer procesados y obtener los resultados de acuerdo con los objetivos planteados en la investigación.

3.6. Procesamiento y análisis de datos

Los datos recolectados fueron procesados y analizados de manera automatizada haciendo uso de la hoja de cálculo en Microsoft Excel 2019 para luego ser exportado al paquete estadístico.

Posteriormente se procesó los datos obtenidos en el paquete estadístico IBM SPSS Statistics V. 25.0 de acuerdo a los objetivos y a través de estadísticas descriptivas e inferenciales. Para la

determinación de las asociaciones se utilizó el OR, con sus intervalos de confianza al 99% y un nivel de significancia estadística 1% con un valor de $p < 0.01$, con la finalidad de contrastar la hipótesis.

3.7. Consideraciones éticas.

La presente investigación contó con la autorización del comité de Investigación y Ética del Hospital de Apoyo II – 2 Sullana y de la Universidad Privada Antenor Orrego. Además, se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11, 12, 14, 15,22 y 23)³² y Resolución Ministerial N° 233-2020³³.

Se tomaron en cuenta los siguientes principios éticos:

Respeto de las personas: Donde el bienestar de los participantes tiene prioridad sobre los intereses de los investigadores, sociedad o ciencia. Las salvaguardas para los participantes son primordiales e incluyen estrategias para mitigar el daño potencial relacionado con el bienestar emocional, impacto en el empleo, estado financiero o social y más.

Beneficencia: Donde los investigadores deben esforzarse por maximizar los beneficios de investigación para la sociedad en general, minimizando los riesgos para participantes de la investigación.

Justicia: En este caso, los investigadores deben asegurarse de que la investigación sea conducida de manera justa y de una manera que no explote o desventaja de cualquier participante.

IV. PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

4.1. Análisis e interpretación de resultados

Tabla N° 01

Características sociodemográficas de las pacientes puérperas con hemorragia post parto por atonía uterina en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2014 – 2019

Características Sociodemográficas	Nro	%
Edad Gestante		
[14 - 19)	14	22.6
[19 - 24)	13	21.0
[24 - 29)	16	25.8
[29 - 34)	9	14.5
[34 - 39)	5	8.1
[39 - 44)	5	8.1
Procedencia		
Costa	43	69.4
Sierra	19	30.6
Grado_Instrucción		
Primaria	18	29.0
Secundaria	28	45.2
Superior	16	25.8
Nivel Socioeconomico		
Bajo	41	66.1
Mediano	21	33.9
Antecedente de preeclampsia		
Si	16	25.8
No	46	74.2
Antecedente de retención placentaria		
Si	19	30.6
No	43	69.4
Paridad		
Primípara	22	35.5
Multípara	40	64.5
Cesárea iterativa		
Si	27	43.5
No	35	56.5
Cesárea de Emergencia		
Si	51	82.3
No	11	17.7

n=62

Fuente : Formulario de recolección de datos para evaluar la obesidad pregestacional como factor de riesgo asociado a hemorragia post parto por atonía uterina en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II – 2 Sullana 2014 – 2019

Interpretación:

En la tabla 1 se observa que el 25.8% de las puérperas con Hemorragia post parto por atonía uterina presentaron edades entre 24 a 29 años, proceden de la Costa un 69.4%, el 45.2% tuvieron grado de instrucción de secundaria, el 66.1% presentan nivel socio económico bajo; de acuerdo a los antecedentes, el 74.2% declaran no tener antecedentes de preeclampsia y el 69.4% de retención placentaria, el 64.5% fueron multíparas, el 56.5% no tuvieron cesárea iterativa y el 82.3% si presentaron cesárea de emergencia.

Tabla N° 02

Hemorragia post parto por atonía uterina en puérperas inmediatas, en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2014 – 2019

Hemorragia Post Parto por Atonía Uterina	N	%
Si	180	0.8
No	21569	99.2
Total	21749	100

Fuente: Formulario de recolección de datos para evaluar la obesidad pregestacional como factor de riesgo asociado a Hemorragia post parto por atonía uterina en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II – 2 Sullana 2014 – 2019.

Interpretación:

El 0.8 % de las puérperas inmediatas presentaron Hemorragia post parto por atonía uterina.

Tabla N° 03

Clasificación de obesidad pregestacional, en pacientes con hemorragia post parto por atonía uterina el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2014 – 2019

Clasificación de Obesidad		N	%
	Clase I	16	25.8
Obesidad	Clase II	7	11.3
	Clase III	3	4.8
	No obesidad	36	58.1
Total		62	100

Fuente: Formulario de recolección de datos para evaluar la obesidad pregestacional como factor de riesgo asociado a Hemorragia post parto por atonía uterina en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II – 2 Sullana 2014 – 2019.

Interpretación:

El 58.1% de puérperas inmediatas que presentaron hemorragia post parto por atonía uterina no presentaban obesidad pregestacional, el 25.8% presentaron obesidad pregestacional clase I y sólo el 4.8%, presentaron Obesidad pregestacional de clase III.

Tabla N° 04

Obesidad pregestacional como factor de riesgo asociado a hemorragia post parto por atonía uterina en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II – 2 Sullana 2014 – 2019

Factor de Riesgo	Hemorragia post parto por Atonía Uterina				p	OR	IC 99%
	Si (Caso)		No (Control)				
	n = 62	%	n=186	%			
Obesidad	26	41.9	43	23.1			
No Obesidad	36	58.1	143	76.9	0.008175	2.4018	(1.079 5.346)
Total	62	100	186	100			

Fuente: Formulario de recolección de datos para evaluar la obesidad pregestacional como factor de riesgo asociado a Hemorragia post parto por atonía uterina en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II – 2 Sullana 2014 – 2019

Interpretación:

La obesidad pregestacional como factor de riesgo asociado a hemorragia post parto por atonía uterina en puérperas presenta un Odds Ratio (OR) de 2.4018 con un intervalo de confianza al 99% de 1.079-5.346 y un $p = 0.008175 < 0.01$. La obesidad pregestacional presenta un riesgo de 2.4018 veces más que la puérpera presente un episodio de hemorragia post parto por atonía uterina de las que no presentan obesidad pregestacional.

4.2. Docimasia de Hipótesis

En la presente investigación se busca determinar si la obesidad pregestacional es factor de riesgo para presentar hemorragia postparto por atonía uterina; para ello se plantearon 2 hipótesis:

Hipótesis de trabajo o de investigación (Hi): La obesidad pregestacional es factor de riesgo asociado a hemorragia postparto por atonía uterina en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II – 2 Sullana 2014 – 2019.

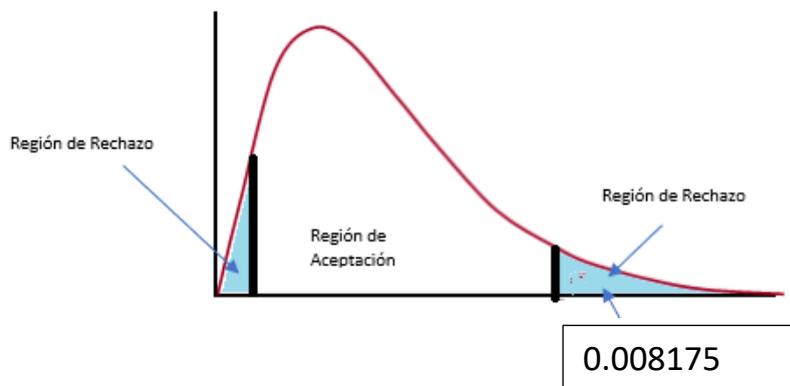
Hipótesis nula (Ho): La obesidad pregestacional no es factor de riesgo asociado a hemorragia postparto por atonía uterina en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II – 2 Sullana 2014 – 2019.

Nivel de Significancia: 5%

OR: 2.4018

p: 0.008175

IC 99%: (1.079- 5.346)



La prueba estadística mostró que las puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana 2014 -2019 con obesidad pregestacional tienen 2.4018 veces más riesgo de padecer Hemorragia post parto por Atonía Uterina que las puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana 2014 -2019 que no tienen obesidad pregestacional (OR = 2.4018 IC 99%

1.079; 5.346 $p= 0.008175$), es decir la obesidad pregestacional es factor de riesgo asociado a hemorragia postparto por atonía uterina en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II – 2 Sullana 2014 – 2019

Por lo tanto: Se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis de trabajo de investigación (H_1).

V. DISCUSION

La hemorragia post parto es una complicación que también se presenta en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, es por ello que se pretende analizar en la presente investigación si la obesidad pregestacional es un factor de riesgo a hemorragia post parto por atonía uterina; este análisis permitirá tomar decisiones para implementar estrategias en salud pública a fin de reducir el riesgo de sufrir un daño a causa de la gestación.

En la **tabla 1**, se evidencia que el 25.8% de puérperas que presentaron hemorragia post parto por atonía uterina tenían entre 24 a 29 años; 69.4% procedían de la costa; 45.2% tuvieron grado de instrucción de secundaria; 66.1% presentan nivel socioeconómico bajo; de acuerdo a los antecedentes, el 74.2% declaran no tener antecedentes de preeclampsia y el 69.4% de retención placentaria, el 64.5% fueron multípara; el 56.5% no tuvieron cesárea iterativa y el 82.3% si presentaron cesárea de emergencia.

Bautista Z.³⁴ (2020) refiere que el 81.3% tenía más de 30 años; 18.8%, educación secundaria y 55%, educación universitaria. 10%, nulíparas; 37,5%, primíparas y 52,5% multíparas. 91,3%, hemorragia Post Parto durante las primeras 24 horas. 61,3%, cesareadas anterior; 16,3%, infección de tracto urinario; 16,3%, placenta previa, 12,5%, hemorragia en embarazos previos y 10%, antecedente de preeclampsia, teniendo concordancia con la presente investigación.

Li S.³⁵ (2021), refiere que, la obesidad y la multiparidad fueron factores de riesgo de HPP tanto en casos de feto único como de cesárea, pero este último predijo una probabilidad reducida de HPP en partos vaginales. Por su parte, **Erickson E.**³⁶ (2020), refiere que el 4.72% de los partos presentaron HPP; sin embargo, el trabajo prolongado complicado (espontáneo o inducido) tuvieron la tasa más alta de HPP (8,0% y 12,0%, respectivamente). El índice de masa corporal previo al embarazo no predijo la HPP. En general, las probabilidades de HPP fueron más altas entre las mujeres nulíparas ([OR], 1,52; IC del 95 %, 1,30-1,77), así como las mujeres negras (OR, 1,39; IC del 95 %, 1,13-1,73) y las mujeres hispanas (OR, 1,85; IC 95%, 1,56-2,20).

Silva J.³⁷ En su investigación (2019) refiere que, los factores de riesgo de hemorragia post parto, refiere que los factores primaria para una HPP está la atonía uterina, placenta previa, multiparidad, entre otros y en los factores secundarios, edad materna mayor a 35 años, edad adolescente menor a 15, semana gestacional a término, instrucción educacional primaria, y estatus económico bajo, coincidiendo con los factores sociodemográficos en estudio.

Los resultados dados en esta tabla de los casos en estudio, se da por los factores sociodemográficos, costumbres y posturas sociales de la población que con lleva a malos hábitos alimenticios y estos a problemas de sobrepeso y obesidad.

En la **tabla 2**, se evidencia que el 0.8% de las puérperas inmediatas presentaron hemorragia post parto por atonía uterina, mientras que el 99.2% no presentaron hemorragia post parto. Según Haslinger S, Roland K.³⁸ (2021); en su investigación se aplicó taponamiento inducido por vacío, teniendo un éxito de 86% en mujeres con atonía uterina (n=44) y del 73% en mujeres con hemorragia posparto por patología placentaria (n=22). La tasa de éxito mejoró durante el período de estudio, culminando en una tasa de éxito del 100 % en mujeres con hemorragia posparto debido a atonía uterina en la segunda mitad del período de observación (n=22).

Butwick A.³⁹ (2018), en su investigación, refiere que la tasa absoluta es de 2.8% en casos de hemorragia; se incrementó la hemorragia por atonía uterina [ORa], 1,06; IC del 99 %, 1,04 a 1,08; hemorragia por atonía uterina: ORa, 1,07; 99 % IC, 1,05 a 1,09) y obesidad clase I (hemorragia: ORa, 1,08; IC 99%, 1,05 a 1,11). Después del parto vaginal, las mujeres con sobrepeso y obesas tenían hasta un 19 % más de probabilidades de hemorragia por atonía uterina; mientras que, después del parto por cesárea, las mujeres en cualquier clase de obesidad tenían hasta un 14 % menos de probabilidades de sufrir una hemorragia grave.

Paco M.⁴⁰ (2021), refiere que, la obesidad pregestacional es de 19.46% y se asocia a factores como la hemorragia post parto, donde en la Obesidad tipo I con un OR: 1.8 (p: 0.024); Obesidad tipo II con un OR: 2.6 (p: 0.013) y

Obesidad tipo III con un OR: 4.5 (p: 0.015); además otros factores como preeclampsia, Diabetes gestacional, parto pretérmino, oligohidramnios.

Durán J.⁴¹ (2020), refiere que, la hemorragia postparto inmediata se presentó en 1.4% como un evento adverso y eso solo se dio en gestantes con obesidad siendo el 3.8% del total (p: 0.006).

Es claro que la patogenia por el cual la obesidad pregestacional eleva el riesgo de la hemorragia postparto y la contractibilidad es pobre de las fibras miometriales el incremento de lipoproteínas de baja y muy baja densidad las cuales alteran la membrana celular y la concentración de calcio intracelular generando pobre contracción del musculo uterino favoreciendo mayor sangrado y hemorragia post parto.

En la **tabla 3**, el 58.1% de puérperas inmediatas que presentaron hemorragia post parto por atonía uterina no presentaban obesidad pregestacional, el 25.8% presentaron obesidad pregestacional de clase I; mientras que el 4.8% presentaron obesidad pregestacional de clase III.

Polic A.⁴³ (2020) refiere que el 2,6% de puérperas se complicaron por hemorragia; las mujeres obesas requirieron más unidades de sangre transfundidas ($2,2 \pm 2$ frente a 2 ± 5 unidades, $p = 0,023$), tenían más probabilidades de sufrir alguna morbilidad grave relacionada con hemorragia (34,1% $p = 0,016$) y más de una morbilidad relacionada con hemorragia (17,1% $p = 0,02$). Por lo tanto, la obesidad condiciona a un mayor riesgo de pérdida sanguínea y necesitan mayor cantidad de unidades de transfusión.

Sornoza R.⁴⁴ (2022), refiere que, la atonía uterina como causa indirecta es debido a la infiltración de grasa del miometrio, que lleva a una disminución de la contractibilidad uterina y a una pobre progresión del parto; por lo tanto, se propone como un factor que aumenta la posibilidad de hemorragia severa. Además, considera el 70% se debe a la sobre distención uterina, entre otras características y es el responsable del 80-90% de la HPP.

Silva J.⁴⁵ (2019), refiere que la hemorragia posparto mayor solo mostró valores mayores en el grupo de mujeres obesas (OR=4,1; IC95% 1,1-15,8). El exceso de peso (sobrepeso y obesidad) durante el embarazo aumenta la

posibilidad de complicaciones maternas (diabetes gestacional, síndrome hipertensivo y hemorragia posparto mayor) y resultados neonatales (cesárea, macrosomía y Apgar bajo).

En la **tabla 4**, las mujeres con obesidad pregestacional tienen 2.4018 ($p: 0.008175$), veces más de riesgo de presentar hemorragia post parto por atonía uterina en el puerperio. Por su parte Cadillo L.⁴⁶ (2019), refiere que la obesidad materna pregestacional es un factor de riesgo para desarrollar hemorragia postparto precoz; puesto que la hemorragia postparto precoz no es independiente de la obesidad materna pregestacional; evidenciándose un OR de 2,08 que quiere decir que tienen 2.08 veces más probabilidad de presentar hemorragia postparto precoz en relación a las que no tienen obesidad materna pregestacional. Por lo tanto, la obesidad pregestacional constituye un factor de riesgo para hemorragia postparto precoz.

Ende. H.⁴⁶ (2021) refiere que, una proporción sustancial de hemorragia posparto ocurre en ausencia de factores de riesgo reconocidos. Se confirmaron muchos factores de riesgo de hemorragia atónica incluidos en las herramientas actuales de evaluación de riesgos, con el mayor riesgo otorgado por hemorragia posparto previa de cualquier etiología, placenta previa, desprendimiento de placenta, ruptura uterina y gestación múltiple. Así mismo, la obesidad no se asoció con hemorragia posparto por atonía uterina; por lo tanto, difiere de la presente investigación, la cual difiere de la presente investigación.

Por otro lado, **Cummings K.⁴⁷ (2018)** refiere que la hemorragia posparto ocurrió con más frecuencia en el grupo de obesas extremas (11 %) en comparación con el grupo de no obesas (3%) ($p = 0,01$). No hubo diferencias entre los grupos con respecto a lo siguiente: gravidez, paridad, duración de la segunda etapa del trabajo de parto, peso al nacer, EG al momento del parto, puntaje de Apgar, gases de la sangre del cordón umbilical, cambio en el hematocrito, necesidad de transfusión posparto, parto operatorio y desarrollo de corioamnionitis. Después de un ajuste por origen étnico, edad materna, diabetes, preeclampsia, trabajo de parto prematuro, hipertensión e

inducción/aumentación, el análisis no mostró una diferencia significativa en la pérdida de sangre estimada y la hemorragia posparto entre los grupos. En efecto se concluyó que la duración del alumbramiento es mayor en la parturienta con obesidad extrema. La hemorragia posparto también ocurre con más frecuencia, pero no es significativa.

Por otro lado, **Mendoza Y.²⁶ (2021)**, refiere que, del total de puérperas con hemorragia posparto, 59,3% tenían obesidad. En el grupo de casos lo más frecuente que se halló fueron el parto vaginal y la multiparidad. El responsable más frecuente en la hemorragia post parto fue la atonía uterina (84,3%). La obesidad antes de la gestación es considerada como un elemento de riesgo para desencadenar la hemorragia posparto teniendo un OR de 2,79, el Intervalo de Confianza al 95%: 1.69 – 3.89; esto quiere decir que el riesgo de HPP por atonía uterina es alto y está en relación con la investigación realizada.

Por su parte, **Silva M, Manta Y. Vargas R.²⁸ (2019)**, refieren que, la proporción de enfermedades hipertensivas y hemorrágicas en gestantes según su índice de masa corporal pregestacional (IMCPG) demostró que la preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta (DPP) y hemorragia posparto es mayor entre las gestantes con IMCPG elevado. La hemorragia posparto presentó una relación estadística altamente significativa con el IMCPG elevado ($p < 0.001$), con un RR 3.643 (IC95%: 1.841 - 7.207). En efecto, el IMCPG es un factor asociado significativamente a enfermedades hipertensivas y hemorrágicas como: preeclampsia y hemorragia posparto.

A través de los tiempos se ha encontrado que existen riesgos maternos específicos para desarrollar hemorragia post parto y cada vez cobra mayor importancia en países en vía de desarrollo y la patogenia de la obesidad no solo puede causar un riesgo de hemorragia post parto sino también anemia, hipertensión, diabetes inclusive macrosomía, apnea del sueño y otras más causas que ponen en riesgo a la gestante o puérpera.

Se evidencia que, 57.14% de puérperas que presentaron hemorragia post parto tenían entre 20 a 29 años de edad y 21.43% entre 15 a 19 años de edad; 92.86%, procedían de la costa; 42.86%, tenían secundaria y estudios

superiores respectivamente; 78.57%, eran de nivel socioeconómico bajo; ninguna tenía antecedente de preeclampsia, ni retención placentaria.

Bautista Z.³⁴ (2020) refiere que el 81.3% tenía más de 30 años; 18.8%, educación secundaria y 55%, educación universitaria. 10%, nulíparas; 37,5%, primíparas y 52,5% multíparas. 91,3%, hemorragia Post Parto durante las primeras 24 horas. 61,3%, cesareadas anterior; 16,3%, infección de tracto urinario; 16,3%, placenta previa, 12,5%, hemorragia en embarazos previos y 10%, antecedente de preeclampsia, teniendo concordancia con la presente investigación.

Li S.³⁵ (2021), refiere que, la obesidad y la multiparidad fueron factores de riesgo de HPP tanto en casos de feto único como de cesárea, pero este último predijo una probabilidad reducida de hemorragia post parto en partos vaginales. Por su parte, **Erickson E.³⁶ (2020)**, refiere que el 4.72% de los partos presentaron hemorragia post parto; sin embargo, el trabajo prolongado complicado (espontáneo o inducido) tuvieron la tasa más alta de HPP (8,0% y 12,0%, respectivamente). El índice de masa corporal previo al embarazo no predijo la hemorragia post parto. En general, las probabilidades de hemorragia post parto fueron más altas entre las mujeres nulíparas ([OR], 1,52; IC del 95 %, 1,30-1,77), así como las mujeres negras (OR, 1,39; IC del 95 %, 1,13-1,73) y las mujeres hispanas (OR, 1,85; IC 95%, 1,56-2,20).

Silva J.³⁷ En su investigación (2019) refiere que, los factores de riesgo de hemorragia post parto, refiere que los factores primaria para una hemorragia post parto está la atonía uterina, placenta previa, multiparidad, entre otros y en los factores secundarios, edad materna mayor a 35 años, edad adolescente menor a 15, semana gestacional a término, instrucción educacional primaria, y estatus económico bajo, coincidiendo con los factores sociodemográficos en estudio.

Los resultados dados en esta tabla de los casos en estudio, se da por los factores sociodemográficos, costumbres y posturas sociales de la población que con lleva a malos hábitos alimenticios y estos a problemas de sobrepeso y obesidad.

VI. CONCLUSIONES

- Las características sociodemográficas de las pacientes con hemorragia post parto por atonía uterina son: El 25.8% de las puérperas tenían entre 24 a 29 años; el 69.4% procedían de la costa, 45.2.5% tuvieron grado de instrucción de secundaria, el 66.1% presentan nivel socioeconómico bajo; de acuerdo a los antecedentes, el 74.2% declaran no tener antecedentes de preeclampsia y el 69.4% de retención placentaria, el 64.5% fueron multíparas, el 56.5% no tuvieron cesárea iterativa y el 82.3% si presentaron cesárea de emergencia en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2014 – 2019.
- La hemorragia post parto por atonía uterina en puérperas inmediatas fue el 0.8%, mientras que el 99.2% no presentaron hemorragia post parto por atonía uterina en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2014 – 2019.
- El 58.1% de puérperas inmediatas que presentaron hemorragia post parto por atonía uterina no presentaban obesidad pregestacional, el 25.8% presentaron obesidad pregestacional de clase I y solo el 4.8% presentaron obesidad pregestacional de clase III en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2014 – 2019.
- La obesidad pregestacional presenta un riesgo de 2.4018 veces más que la puérpera presente un episodio de hemorragia post parto por atonía uterina de las que no presentan obesidad pregestacional en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2014 – 2019.

VII. RECOMENDACIONES

1. La Dirección Regional de Salud de Piura debe implementar políticas de estado orientadas a fortalecer el primer nivel de atención con énfasis en la Atención Pregestacional involucrando a Promoción de la Salud con énfasis en estilos de vida saludable.
2. Se recomienda al Hospital de Apoyo II-2 Sullana implementar y aplicar las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia, para mejorar la vigilancia de puérperas en el post parto inmediato y mediato.
3. Se recomienda a las Unidades Ejecutoras fortalecer las competencias del personal de salud desde un enfoque preventivo promocional.
4. Se sugiere en futuras investigaciones no solo se esté orientado a determinar causas genéricas, sino evaluar el manejo en caso clínico de pacientes con riesgo de hemorragia post parto.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Digournay C, Simono N, Lorenzo M. Influencia del sobrepeso y obesidad en el embarazo. *Panorama. Cuba y Salud* 2019; (Consultado 2022 jun 20) 14: 28-32
<https://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pcs-2019/pcs191e.pdf>
2. Lisonkova S. Et al. Association Between Prepregnancy Body Mass Index and Severe Maternal Morbidity. *JAMA*. (Internet) 2017; (Consultado 2020 jul 10) 318(18): p. 1777–1786.
3. Marshall A. The impact of postpartum hemorrhage on hospital length of stay and inpatient mortality: a National Inpatient Sample–based analysis." *American journal of obstetrics and gynecology* (Internet) (2017; (Consultado 2020 jul 10) : 344-e1.
4. Olavegoya P, Gonzales G. Obesidad y anemia en mujeres embarazadas a baja y gran altitud. *Rev Peru Investig Matern Perinat* (Internet) 2018 (Consultado 2020 dic 10); 7(1): p. 18 - 23. DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2018105>
5. Amaro T. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados a complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio en gestantes con sobrepeso y obesidad pregestacional atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de puno en el período marzo 2019 a marzo 2020. (Tesis Pregrado). Universidad Nacional del Altiplano, Puno, Perú, 2022.
6. Córdor G, Naranjo M. Prevalencia de hemorragia postparto y su asociación con obesidad y/o anemia durante el embarazo en pacientes atendidas en los Hospitales Luz Elena Arismendi en Quito y Dr. Gustavo Domínguez en Santo Domingo durante el periodo de enero a diciembre 2016. (Tesis Pregrado), Pontificia Universidad Católica de Ecuador, Quito, Ecuador, 2018.
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14977/tesis%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Hernández M, García J. Factores de riesgo de Hemorragia Obstétrica. *Ginecol Obstet Mex*. 2017; (Consultado 2022 jun 20) 84(12):757-764.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom1612d.pdf>

8. Álvarez V, Martos F. El sobrepeso y la obesidad como factores de riesgo para la preeclampsia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*.2017; (Consultado 2022 jun 20) 43(2): 1-11
9. Cifuentes R. Adaptado de: Ashokka B. Care of the pregnant woman with coronavirus disease-2019 in labor and delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2020.
10. Cifuentes R, Velásquez P. Crisis Hipertensiva. Diagnóstico y manejo. En: *Urgencias en Obstetricia y Medicina Materno Fetal*, Ed. Distribuna, Bogotá 2017. p. 155- 161.
11. Villamor E. Et al. Association between maternal body mass index in early pregnancy and Incidence of cerebral palsy. *JAMA (Internet)* 2017; (Consultado 2020 dic 10) 317: p. 925–36.
12. Rodríguez C, González M, Aguilar C, Nájera O. Mecanismos inmunológicos involucrados en la obesidad. *Invest. clín [Internet]*. 2017 (Consultado 2022 jun 22); 58(2): 175-196.
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332017000200008&lng=es.
13. Pacheco J. Gestación en la mujer obesa: consideraciones especiales. *An. Fac. med.* 2017 (Consultado 2022 jun 22); 78 (2): 207 – 214
[dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13219](https://doi.org/10.15381/anales.v78i2.13219)
14. Cabero LI, Sánchez M. *Protocolos de Medicina Materno Fetal*. Madrid: Editorial Ergon; 4 Ed. 2014.
15. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna (Internet). Organización Mundial de la Salud. 2018. (Consultado 2019 ene 31) Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
16. Pilatasig L, Rojas G, Posso H, Cuamacas J. Cambios metabólicos en embarazadas con y sin obesidad o sobrepeso en el Centro de Salud N° 4 de Chimbacalle. *Recimundo*. 2021 (Consultado 2022 jun 20); 1: 52-64 DOI:10.26820/recimundo/5.(esp.1).nov.2021.52-64
17. Vásquez J. *Manual de Ginecología y Obstetricia*. Edit. Tierra Nueva. 5º Ed. 2020.
18. Cunningham F. Et al. *Williams Obstetricia*. Edit. Mc Graw Hill. 25º Ed. 2018.

19. Secchi N, Cabrera A, Barrera R. Medicina interna en Obstetricia. Abordaje diagnóstico terapéutico. Edit. Alfa. 2019.
20. Sebghati M. An update on the risk factors for and management of obstetric haemorrhage. *Women's Health (Internet)* 2017; (Consultado 2020 dic 10) 13(2): p. 34-40.
21. Cunningham F. Et al. *Williams Obstetricia*. Edit. Mc Graw Hill. 26º Ed. 2021.
22. Casanova R. *Obstetricia y Ginecología*. Edit. Wolters Kluwer. 8º Ed. 2019.
23. Cabero L, Saldívar D. *Hemorragias Obstétricas*. Edit. Ergon. 2012.
24. Villate A. Prevalencia, impacto y riesgos derivados del sobrepeso y la obesidad en el embarazo y parto de mujeres de la OSI Bilbao-Basurto. (Tesis Pregrado). Universidad del País Vasco, Bilbao, España, 2020.
25. Córdor G. Prevalencia de hemorragia postparto y su asociación con obesidad y/o anemia durante el embarazo en pacientes atendidas en los Hospitales Luz Elena Arismendi en Quito y Dr. Gustavo Domínguez en Santo Domingo durante el periodo de enero a diciembre 2016. Tesis. 2018. Ecuador.
26. Mendoza Y. Obesidad como factor de riesgo para hemorragia postparto en un Hospital Nacional durante el año 2020. (Tesis Pregrado). Huancayo, Universidad Peruana los Andes, Perú, 2021.
27. Cadillo L, Obregón J. Obesidad materna pregestacional, como factor asociado a hemorragia postparto precoz en el Hospital Regional "EGB", 2016 – 2018. (Tesis Pregrado). Nuevo Chimbote; Universidad San Pedro, 2019.
28. Silva M, Manta Y, Vargas R. Índice de masa corporal pregestacional como factor asociado a enfermedades hipertensivas y hemorrágicas maternas. *PuebloCont*. 2019; 30(2): 369 – 377. DOI: 10.22497/PuebloCont.302.05
29. Chusi Y. Obesidad pregestacional como factor asociado a complicaciones obstétricas y perinatales en el Hospital Nacional Eduardo Rebagliati Martins durante octubre – noviembre 2017" (Tesis Pregrado). Tacna, Universidad Nacional, 2018.

30. Quispe M. Factores de riesgo asociados a la hemorragia puerperal en el Hospital Leoncio Prado-Huamachuco. (Tesis Postgrado). Universidad Cesar Vallejo, Trujillo, Perú, 2018.
31. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas Cuantitativa, Cualitativa y Mixta. 6° Ed. Edit. McGraw Hill Education. 2018.
32. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2011.
33. Ministerio de Salud. Documento Técnico “Consideraciones éticas para la investigación en Salud con Seres Humanos”. Resolución Ministerial N° 233-2020-MINSA. 2020.
34. Bautista Z. Perfil epidemiológico de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud, Junín 2020. (Tesis de Post Grado). Huancavelica, Huancavelica, Universidad Nacional de Huancavelica, 2020.
35. Li S. Et al. Incidence and Risk Factors of Postpartum Hemorrhage in China: A Multicenter Retrospective Study. *Front Med (Lausanne)*. 2021; 23(8):673500. DOI: 10.3389/fmed.2021.673500.
36. Erickson E, Lee C, Carlson N. Predicting Postpartum Hemorrhage After Vaginal Birth by Labor Phenotype. *J Midwifery Womens Health*. 2020; 65(5):609-620. DOI: 10.1111/jmwh.13104.
37. Silva J. Et al. Obesity during pregnancy: gestational complications and birth outcomes. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2019; 36(11):509-513. DOI: 10.1590/s0100-720320140005024
38. Haslinger S, Roland K. Vacuum-Induced Tamponade for Treatment of Postpartum Hemorrhage. *Obstet Gynecol*. 2021 (2022 jun 18); 138(3):361-365. doi: 10.1097/AOG.0000000000004510.
39. Butwick A. The Effect of Maternal Body Mass Index on Postpartum Hemorrhage. *Anesthesiology*. 2018 (2022 jun 18); 128(4): 774–783. doi: 10.1097/ALN.0000000000002082

40. Paco M. Asociación entre grados de obesidad pregestacional y resultados maternos adversos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2010 a 2019. (Tesis Pregrado). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú, 2021.
41. Duran J, Porter A, Navarro E. Índice de masa corporal pregestacional y riesgo de eventos adversos maternos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2020 (2022 jun 15); 58(3):233-242 DOI: 10.24875/RMIMSS.M20000026
42. García S, Álvarez E, Rubio P, Borrajo E. Hemorragia posparto secundaria o tardía. *Rev. Ginec. Obstet. Mex.* 2017; 85(4): 254-266 Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412017000400007&script=sci_arttext
43. Polic A, Curry T. Louis J. The Impact of Obesity on the Management and Outcomes of Postpartum Hemorrhage. *Am J Perinatol.* 2020; 14. DOI: 10.1055/s-0040-1718574.
44. Sornoza R. Ordoñez M, Velásquez N, Espinoza M. Hemorragias Obstétricas. *RECIAMUC.* 2022 (2022 Jun 18); 6(2): 287-295 DOI: 10.26820/reciamuc/6.(2).mayo.2022.287-295
45. Silva J. Factores de riesgo de hemorragia post parto en países latinos. (Tesis Pregrado), Milagro, Universidad Estatal de Milagro, Ecuador, 2019.
46. Ende H. Et Al. Risk Factors for Atonic Postpartum Hemorrhage: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2021; 37(2): 305-323. doi: 10.1097/AOG.0000000000004228.
47. Cummings K, Et al. The Third Stage of Labour in the Extremely Obese Parturient. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018; 40(9):1148-1153. DOI: 10.1016/j.jogc.2017.12.008. Epub 2018 Jul 11.

IX. ANEXOS

9.1. Anexo N°1

Anexo N°1

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DADTOS UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

OBESIDAD COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO II – 2 SULLANA 2014 – 2019.

Estos formularios serán llenados con datos estadísticos obtenidos de las historias clínicas de las pacientes atendidas en el servicio de obstetricia teniendo en cuenta los criterios de inclusión en el Hospital de apoyo II-2 Sullana en el periodo comprendido 2014-2019.

PROTOCOLO DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha ingreso:.....

HCL:.....

1. Edad materna: 15-19 ()
 20-24 ()
 25-29 ()
 30-34 ()
 35-39 ()
 >40 ()

2. Lugar de Procedencia:
Costa () Sierra () Selva ()

3. Grado de instrucción:
Primaria () Secundaria () Superior ()
Sin estudios ()

4. Nivel socioeconómico:
Bajo () Mediano () Alto ()
5. Antecedente de preeclampsia:
Si () No ()
6. Antecedente de retención placentaria:
Si () No ()
7. Paridad:
Primípara () Multípara ()
8. cesárea iterativa:
Si () No ()
9. cesárea de emergencia:
Si () No ()
10. Obesidad pre-gestacional (IMC 30-34,9 kg/m²):
Si () No ()
11. Clasificación de Obesidad:
Clase I () Clase II () Clase III ()
12. Hemorragia post parto por atonía uterina en el puerperio inmediato:
Si () No ()
13. Hemorragia post parto por atonía uterina en el puerperio mediano:
Si () No ()

9.2. Anexo N°2

RESOLUCION DE DECANATO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

RESOLUCION DE DECANATO N° 0362 -2022-D-F-CCSS-UPAO

Trujillo, 11 de agosto del 2022

VISTO, el Oficio N° 0572-2022-DASE-UPAO remitido por el señor Director Académico de la Segunda Especialidad Profesional, solicitando designación de Jurado de la Tesis de las obstetras Fassio Saavedra, Blanca Isabel y Neyra Feria, Yubiksa, y;

CONSIDERANDO:

Que, el Director Académico de la Segunda Especialidad Profesional, ha remitido el Oficio N° 0572-2022-DASE-UPAO, declarando su conformidad con el cumplimiento de los requisitos académicos y administrativos;

Que, para efectos de dictaminar la tesis es necesaria la designación del jurado con docentes de la Facultad;

Que, en el Oficio referido en el primer considerando de la presente Resolución, el Director Académico de la Segunda Especialidad propone designar el Jurado de la Tesis titulada: **OBESIDAD PREGESTACIONAL COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A HEMORRAGIA POST PARTO POR ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO II – 2 SULLANA 2014 – 2019**, a las docentes:

PRESIDENTE: MS. IVONNE GRACIELA MANTA CARRILLO
SECRETARIO(A): MS. ANA MARÍA QUIÑONES VÁSQUEZ
VOCAL: MS. SANDRA LUZ VARGAS DIAZ

Por estas consideraciones y las atribuciones conferidas a este Despacho,

SE RESUELVE:

PRIMERO: **CONSTITUIR EL JURADO** que recepcionará la sustentación de la Tesis de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia titulada: **OBESIDAD PREGESTACIONAL COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A HEMORRAGIA POST PARTO POR ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO II – 2 SULLANA 2014 – 2019**, realizada por las Obstetras **Fassio Saavedra, Blanca Isabel y Neyra Feria, Yubiksa**, conducente al Título Profesional de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia con mención en Alto Riesgo Obstétrico,.



Trujillo

Av. América Sur 3145 - Urb. Monserrate - Trujillo
Teléfono: (+51) (044) 604444 - anexo 2341
fac_salud@upao.edu.pe
Trujillo - Perú

SEGUNDO: **NOMBRAR** como integrantes del Jurado a los docentes:

PRESIDENTE: **MS. IVONNE GRACIELA MANTA CARRILLO**

SECRETARIO(A): **MS. ANA MARÍA QUIÑONES VÁSQUEZ**

VOCAL: **MS. SANDRA LUZ VARGAS DIAZ**

TERCERO: **REMITIR** la presente Resolución al Director de la Segunda Especialidad Profesional, para los fines consiguientes.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE



Dr. Jorge ~~Leyser~~ Reynaldo Vidal Fernández
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Ms. Carlos Augusto Díez Morales
Secretario Académico (E)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

C.c.: DESE,
Archivo.



Trujillo

Ax. América Sur 3145 - Urb. Monserrate - Trujillo
Teléfono: (+51) (0441) 604444 - anexo 2341
fac_salud@upao.edu.pe
Trujillo - Perú

9.3. Anexo N° 3

HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA TOTAL DE PARTOS ATENDIDOS 2014-2019

Partos Atendidos	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Parto Espontaneo	2197	1743	1515	1469	1497	1431
cesárea	1797	1778	1799	2043	2187	2293
Total	3994	3521	3314	3512	3684	3724
Total de Partos Atendidos	21749					

Fuente: Sistema Informático Perinatal (SIP 2000)

9.4. Anexo N°4

HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

HEMORRAGIA POST PARTO POR ATONIA UTERINA 2014-2019

AÑO	ATONIA UTERINA
2014	26
2015	19
2016	33
2017	33
2018	37
2019	32
Total	180

Fuente: Sistema Informático Perinatal (SIP 2000)

9.5. Anexo N° 5

HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

OBESIDAD PRE GESTACIONAL EN PACIENTES CON HEMORRAGIA POST PARTO POR ATONIA UTERINA 2014- 2019

OBESIDAD			
AÑO	CLASE I	CLASE II	CLASE III
2014	11		
2015	7		
2016	15	2	
2017	8	2	1
2018	9	3	1
2019	13	2	1
TOTAL	63	9	3

Fuente: Sistema Informático Perinatal (SIP 2000)