



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIAS EN LA SEGUNDA MITAD DEL
EMBARAZO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2019**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR:

Bach. KATHERINE JULIA GAMBOA TUMBA

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
SALUD, BIENESTAR, BIOTECNOLOGÍA Y BIOÉTICA**

ASESORA: MG. RUTH NILDA OTAROLA DE LA TORRE

**ICA – PERU
2021**

ÍNDICE	Pág.
CARATULA	
ÍNDICE	ii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
RECONOCIMIENTO	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO	
1.1. Descripción de la Realidad Problemática	1
1.2. Formulación del Problema	2
1.2.1. Problema Principal	2
1.2.2. Problemas Específicos	2
1.3. Delimitación del estudio	3
1.4. Objetivos	3
1.4.1. Objetivo General	3
1.4.2. Objetivos Específicos	3
1.5. Justificación e Importancia de la Investigación	4
1.5.1. Justificación	4
1.5.2. Importancia de la investigación	4
1.5.3. Viabilidad de la investigación	5
1.5.4. Limitaciones del estudio	5
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la Investigación	6
2.1.1. Nacionales	6
2.1.2. Internacionales	8
2.2. Bases Teóricas	10
2.3. Definición de términos básicos	20
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1. Formulación de hipótesis principal y específicas	22

3.2. Variables	22
3.2.1. Definición de las variables	22
3.2.2. Operacionalización de variables	24
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	
4.1. Diseño metodológico	25
4.2. Diseño muestral	25
4.2.1. Población	25
4.2.2. Muestra	25
4.3. Técnicas de Recolección de Datos	26
4.3.1. Técnicas	26
4.3.1.1. Técnicas de recolección de datos	26
4.3.1.2. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	26
4.3.2.-Instrumentos	27
4.4. Técnicas estadísticas del procesamiento de la información	27
4.5. Aspectos éticos	27
CAPITULO V: RESULTADOS	
5.1. Análisis descriptivo	29
5.2. Análisis inferencial	35
5.3. Discusión de resultados	47
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	51
FUENTES DE INFORMACIÓN	52
ANEXOS	55
Instrumento	56
Matriz de consistencia	58
Juicio de expertos	60

Agradezco a:

El presente trabajo investigativo lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de mis anhelos más deseados.

A mi madre, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ella eh logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

Dedicado a:

Esta tesis está dedicada a mi madre, quien me enseñó que el mejor conocimiento que se puede tener es el que se aprende por sí mismo. También está dedicado a mis hermanos, quienes me enseñaron que incluso la tarea más grande se puede lograr si se hace un paso a la vez.

Reconocimiento a:

Los profesores de la Universidad Alas Peruanas y obstetras que me ayudaron en el desarrollo de esta investigación.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019.

Metodología. Estudio no experimental. Transversal. Retrospectiva. Analítica, de casos y controles. Nivel relacional, en 62 casos, paciente gestante que presenta hemorragia en la segunda mitad de la gestación que presenta factores de riesgo y 62 controles que no presentaron hemorragias en la gestación.

Resultados. Las gestantes con 20 años a más, tienen 3.5 veces más riesgo de tener hemorragia de la II° mitad del embarazo que las gestantes que tiene menos de 20 años. Las multíparas, tienen 3.4 veces más riesgo de tener hemorragia de la II° mitad de la gestación que las gestantes primíparas. Las gestantes que tienen menos de 6 CPN, tienen 3.4 veces más riesgo de tener hemorragia de la segunda mitad de la gestación que las gestantes que tienen de 6 a más CPN. Las gestantes con anemia gestacional, tienen 2.5 veces más riesgo de tener hemorragia de la II° mitad de la gestación que las gestantes que no tienen anemia gestacional. Las gestantes con antecedente de legrado uterino, tienen 3 veces más riesgo de tener hemorragia de la segunda mitad de la gestación que las gestantes sin antecedentes de tener legrado uterino. Las gestantes con antecedente de hipertensión arterial, tienen 3.6 veces más riesgo de tener hemorragia de la II° mitad de la gestación de la gestación que las gestantes sin antecedentes de tener hipertensión arterial.

Conclusiones. Existen factores de riesgo personales y obstétricos para presentar hemorragia del II semestre de gestación en las gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019.

Palabras claves. Factores riesgo, hemorragia, segundo semestre gestación

ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with bleeding in the second half of pregnancy in pregnant women treated at the Regional Hospital of Ica from January to December 2019.

Methodology. Non-experimental study. Cross. Retrospective. Analytical, cases and controls. Relational level, in 62 cases, a pregnant patient who presented bleeding in the second half of pregnancy who presented risk factors and 62 controls who did not present hemorrhage during pregnancy.

Results. Pregnant women aged 20 and over have 3.5 times the risk of bleeding in the second half of pregnancy than pregnant women under 20 years of age. Multiparous women have a 3.4 times higher risk of hemorrhage in the second half of gestation than primiparous pregnant women. Pregnant women with less than 6 NPCs have a 3.4 times higher risk of bleeding in the second half of pregnancy than pregnant women with 6 or more NPCs. Pregnant women with gestational anemia have a 2.5 times higher risk of bleeding in the second half of pregnancy than pregnant women who do not have gestational anemia. Pregnant women with a history of uterine curettage have 3 times the risk of bleeding in the second half of pregnancy than pregnant women without a history of uterine curettage. Pregnant women with a history of hypertension have a 3.6 times higher risk of bleeding in the second half of the gestation period than pregnant women without a history of hypertension.

Conclusions. There are personal and obstetric risk factors for presenting hemorrhage in the second semester of gestation in pregnant women treated at the Regional Hospital of Ica from January to December 2019.

Keywords. Risk factors, bleeding, second semester of pregnancy

INTRODUCCIÓN

Hemorragia en la segunda mitad del embarazo es un sangrado mayor de 500cc que necesita de tratamiento inmediato previa estabilización y transfusión sanguínea pues la vida de la madre y del producto se encuentra en alto riesgo de muerte, pues las causas más frecuentes de sangrado en esta etapa de la gestación son la placenta previa y el desprendimiento prematuro de placenta, así la OMS indica una morbilidad de hasta 529,000 madres por año y una de las causas más frecuentes son hemorragias por las patologías antes mencionadas representando hasta el 25% de todas las causas.

Por ello que diagnosticas oportunamente estas patologías y mejor aún si es posible su prevención pues ambas patologías se encuentran a asociadas a enfermedades perfectamente prevenibles como son la hipertensión en el embarazo, o lesiones quirúrgicas del útero tanto para el desprendimiento prematuro de placenta y de la placenta previa respectivamente.

En el hospital Regional de Ica se atienden gestantes que acuden de diferentes partes de la región muchas de ellas con factores de riesgo para presentar hemorragias de la segunda mitad de la gestación como son las patologías más frecuentes como placenta previa y desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta, existiendo casos de atención por emergencia en estados de shock hipovolémico por estas patologías. Por lo que se diseñó este estudio que determina los principales factores de riesgo para presentar estas patologías que incrementan el riesgo de tener hemorragias en la gestación.

La investigación consta de cinco capítulos, tratándose en el primer capítulo la problemática de la investigación, identificación de los problemas y objetivos del estudio y la justificación viabilidad y limitación del estudio. En el capítulo dos se trata sobre las bases teóricas que sustentan el estudio obteniéndose la información que se dispone hasta la actualidad en los antecedentes investigativos. En el capítulo tres se desarrolla la hipótesis y variables. En el capítulo cuatro se diseña la investigación identificando la población y muestra, así como la técnica e instrumentos a utilizar para su desarrollo. Y en el capítulo cinco se plasman los resultados de la investigación, así como la discusión de

los resultados y la identificación de las conclusiones y recomendaciones y terminando con la presentación de los anexos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. Descripción de la Realidad Problemática

La OMS menciona una alta mortalidad materna por causas hemorrágicas a nivel mundial, como parte de las complicaciones maternas en la gestación, así en un estudio realizado en los estrados unidos se determinó que hubo 763 muertes maternas por causas hemorrágicas en un año siendo la placenta previa y el desprendimiento prematuro de la placenta las causas más relevantes. (1)

El índice de mortalidad por hemorragias en la segunda mitad de la gestación es variable según el continente donde se producen así se determinó según la OMS y la OPS que en África este indica representa el 34%, mientras que en Asia representa el 31% y en América Latina este es de 21%(2)(3)

En el Caribe y América Latina las hemorragias obstétricas en cualquier periodo de la gestación representan el 8.2% de todas las hemorragias que necesitan de transfusión sanguínea y son responsables del 3% de las hemorragias que se producen en el posparto. Así 52.7% se produjeron en el primer trimestre vede la gestación, 7.8% en el segundo trimestre y el 12.9% en el tercer trimestre del embarazo, siendo estas últimas las más graves.(3)

En Perú en el 2016 las causas de las muertes maternas fueron, el 48.7% por causas hemorrágicas, el 33.6% por trastornos hipertensivos, 6.7% por cuadros sépticos, 3.4% por aborto con complicaciones sobre todo infeccioso.(4)

Cerca del 2 al 6% de las gestaciones se complican por hemorragias de la segunda mitad de la gestación que luego de las dos causas más frecuentes antes mencionadas se deben a rotura del útero, tumoraciones malignas o benignas, úlceras o erosiones.(5)

Los estudios indican que las dos principales causas de hemorragias en la segunda mitad de la gestación son prevenibles si se interviene en los factores asociados a la presentación de estas patologías tanto de la placenta previa como el desprendimiento placentario prematuro.(6)

Amabas patologías se caracterizan por poner en riesgo la salud de la madre de manera severa, así como a la del producto pues privan de oxígeno al feto con la consiguiente sufrimiento y muerte posterior, y en el caso de la madre el sangrado debe ser controlado pues la muerte por shock hipovolémico es motivo de la muerte, por lo que la tasa de mortalidad por estas causas son indicadores de la calidad de la atención en salud a nivel mundial.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1 Problema Principal

¿Cuáles son los factores asociados a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019?

1.2.2 Problemas Específicos

¿Están los factores personales asociados a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019?

¿Están los factores obstétricos asociados a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019?

1.3. Delimitaciones de la investigación

Delimitación espacial. El estudio se realizó en el Hospital Regional de Ica ubicado en jirón Ayabaca S/N

Delimitación temporal. El estudio se realizó en el mes de enero y febrero del 2021 sobre los casos ocurrido en el año 2019

Delimitación Social. El estudio se desarrolló en las gestantes que fueron atendidas en el hospital Regional de Ica para ello se recurrirá a revisar sus historias clínicas.

Delimitación conceptual. La investigación se limitó a conocer los factores que se asocian a las hemorragias de la segunda mitad del embarazo.

1.4. Objetivos

1.4.1 Objetivo general

- Determinar los factores asociados a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019

1.4.2. Objetivos específicos

Indicar los factores personales están asociados a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019

Establecer los factores obstétricos están asociados a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019

1.5. Justificación e Importancia de la Investigación

1.5.1. Justificación de la investigación

Estudios sobre los factores que se asocian a la presencia de patologías como la placenta previa y el desprendimiento placentario prematuro son la edad de la madre, el número de gestaciones, las lesiones uterinas, los tumores uterinos de diferente extirpe, la hipertensión arterial, incluso el tabaquismo, todos ellos perfectamente prevenibles y controlables que bien podrían disminuir la incidencia de las hemorragias si se realiza un buen tamizaje de las gestantes, por ello esta investigación determina y estudia estas patologías y sus factores asociados en una realidad local donde la hemorragia de la segunda mitad del embarazo es también causa de muerte materna así como la muerte del producto pues un feto de una madre que sufre hemorragia presenta asfixia en el feto y óbito posteriormente(7).

Planteado de esta manera justifica realizar este estudio con el propósito de mejorar la calidad de la atención de la gestante evitando o disminuyendo la morbimortandad por estas causas.

1.5.2. Importancia de la investigación

Justificación Metodológica. El estudio sigue el método científico por lo que es un estudio que puede ser replicado o ser objeto de comparación con otros estudios de la zona o de otras regiones.

Justificación práctica. La investigación determinará los factores que se asocian a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo, información útil para los profesionales de la salud a fin de que se tomen las precauciones cuando estos factores se encuentran presentes en las gestantes.

Justificación teórica. El estudio contribuye a reforzar los conocimientos sobre una patología que muchas veces es causa de mortalidad materna, por lo que contribuye a aclarar la problemática sobre la base de la medicina basada en la evidencia.

Relevancia social. La investigación beneficiará a la población de gestantes en general, pero sobre todo a aquellas que tienen riesgo de sangrado en su segunda mitad del embarazo, la que mejorará la calidad de su gestación y de la vida del producto.

1.5.3. Viabilidad de la investigación

El estudio desde el punto de vista de la viabilidad económica lo es porque el investigador financiará la investigación. Es viable desde el punto de vista metodológico pues se cuenta con la ayuda científica de los asesores propuestos por la universidad, así como de la obtención de los datos de los registros del hospital.

1.5.4. Limitaciones del estudio

La investigación se limita a una parte de la gestación, por motivos de limitación al acceso de mayor cantidad de historias clínicas en un Hospital que aún sigue atendiendo pacientes con covid 19.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. Nacionales

Dioses, E. desarrolló un estudio que trata sobre los factores que están asociadas a las hemorragias en la segunda mitad de la gestación en un hospital del norte del Perú en el 2015, con el objeto de identificar estos factores prevalentes en la zona que incrementan la probabilidad de presentar las patologías más frecuentes responsables de las hemorragias en este periodo gestacional, para ello diseñó una investigación de caso control, con un muestreo aleatorio para la selección de la muestra, siendo los casos aquellas gestantes que presentaron hemorragia en la segunda mitad de la gestación las que fueron identificadas en el libro de eventos de sala de partos del hospital de Sullana, encontrándose los siguientes resultados: fueron factores que se asocian a una mayor probabilidad de tener hemorragias la edad mayor de 35 años con un OR de 2.31, la condición de múltipara con una OR de 4.5, tener cirugías previas en el útero con una OR de 3.2, por lo que se concluye que las

hemorragias en la 2° mitad de la gestación son la edad de la madre mayor de 35 años, la multiparidad, y tener lesiones uterinas producto de cirugías previas obstétricas.(8)

Flores, R. realizó un estudio titulado: complicaciones maternas en la II mitad de la gestación en el hospital María Auxiliadora 2016. Con el objeto de verificar las complicaciones que se asociarían a las hemorragias en la II mitad de la gestación, para ello se empleó un diseño metodológico de estudio descriptivo, transversal, retrospectiva y observacional, en una población de gestantes de 595 de donde se obtuvo la muestra que estuvo constituida por 94 adolescentes gestantes de 94 gestantes adultas, llegándose los siguientes resultados: las gestantes adolescentes tuvieron mayor porcentaje de complicaciones maternas que las gestantes adultas, 35.1% frente a 24.5% respectivamente con una OR de 1.7, las infecciones urinarias se presentaron más frecuentemente en las gestantes adolescentes con una OR de 3, las hemorragias de la II mitad del embarazo se presentaron en el 4.3% de las gestantes adolescente frente a 2.1% en las gestantes adultas con una OR de 2.1, la desproporción feto pélvica fue más prevalente en las gestantes adolescentes que en las gestantes adultas con una OR de 1.5, así mismo los desgarros se presentaron en el 8.5% de gestantes adolescente frente a 5.3% en las gestantes adultas con una OR de 1.7, por lo tanto se concluye que las gestantes adolescente tienen mayor probabilidad de presentar complicaciones obstétricas que las gestantes adultas siendo esta complicaciones, la infección urinaria, hemorragias de la segunda mitad de gestación, la desproporción feto pélvica, los desgarrro vulvoperineales.(9)

Poma, H. en su trabajo de investigación sobre hemorragia de la 2° mitad del embarazo en gestantes atendidas en Andahuaylas Centro de Salud San Jerónimo en el 2016, con la finalidad de establecer los factores que están asociadas a las hemorragias en gestantes

durante su 2° mitad del embarazo, se empleó una metodología cuantitativa, retrospectiva, observacional descriptivo en una población de 75 gestantes que tuvieron hemorragias en su 2° mitad de embarazo, los resultados obtenidos fueron: la placenta previa fue el causal de la hemorragia en el 40% de los casos estudiados, y el desprendimiento placentario prematuro fue el 5.3%, las gestantes con estas complicaciones fueron en su mayoría de 19 a 35 años en el 45.3% con número de controles incompletos en el 61.3% de ellas, el 40% tuvieron gestaciones previas, el 38.7% presentaron cirugías previas en el útero, sin embargo el 70.7% de las gestantes tuvieron parto vaginal, se concluye que las hemorragias de la segunda mitad de la gestación fueron sobre todo por desprendimiento placentario prematuro en una placenta normo insertada y placenta previa en sus diferentes estadios de completa hasta marginal.(10)

2.1.2. A nivel internacional

Cuzco, L. realizó una investigación titulada hemorragia del II periodo de gestación en el Ecuador en el hospital de Riobamba entre el 2017 y 2018 con el propósito de precisar la presencia de factores que constituyen riesgo para la hemorragia del segundo periodo de gestación, así como sus manifestaciones clínicas y comorbilidades, se diseñó sobre la base de un diseño de tipo descriptivo, transversal con revisión de datos registrados en las historias clínicas de pacientes que tuvieron hemorragias en este periodo de gestación llegándose a los siguientes resultados: Del total de 3460 gestantes atendidas en solo el 0.499% (17 pacientes) tuvieron hemorragia en el segundo periodo de la gestación, las que presentaron edades de 29 años y una edad de gestación media de 36 semanas en su mayoría multíparas. El desprendimiento prematuro placentario fue la causa más frecuente de hemorragia siendo el dolor el síntoma de mayor presentación y la mayoría no tuvo comorbilidades. Concluyéndose que la ocurrencia de hemorragia en el segundo

periodo de la gestación es poco frecuente siendo la causa de mayor presentación el desprendimiento de placenta prematuramente.(11)

Hernández, M. en su trabajo de investigación sobre factores que son riesgo para presentar hemorragias obstétricas en la segunda mitad de la gestación en la ciudad de México en el 2016, tuvo como la finalidad identificar estos factores en pacientes que se atendieron en el hospital Universitario de Saltillo. Metodología fue retrospectiva no experimental, cuantitativa, transversal con un diseño de caso control para lo cual se formaron 2 grupos siendo el primero el de casos aquellas que presentaron hemorragia vaginal en el segundo periodo del embarazo y el segundo grupo el de controles que no presentaron hemorragia vaginal y se dividieron según si el parto fue vaginal o por cesárea, se obtuvieron los siguientes resultados: el grupo de casos lo constituyeron 59 gestantes y el de control 312 gestantes, hubo una incidencia de hemorragias de la segunda mitad del embarazo de 16% siendo el factor de riesgo más relaciona el de realizar inducciones para el trabajo de parto 20% en los caso y 9% en los controles con p menor de 0.05, se concluye que el uso indiscriminada de oxitócica para la inducción del trabajo de parto fue el factor de riesgo más frecuente para presentar hemorragias en el segundo semestre de la gestación.(12)

Coronel, L. en su tesis realizada titulada características clínicas de las gestantes con hemorragia de la 2° mitad del embarazo tratadas en el hospital Vicente Corral Moscoso de la Cuenca en Ecuador en el 2016, cuyo propósito fue identificar las características clínicas así como sus complicaciones de las gestantes atendidas en este nosocomio. El diseño metodológico corresponde a un estudio de tipo transversal, observacional, retrospectivo sobre 60 pacientes como población llegando a los siguientes resultados: la complicación más frecuente fue la infección de las vías urinarias presentándose hasta en el 40% de las gestantes siendo la multíparas (38%) las añosas

(38.3%) y las nulíparas (40%) las más frecuentes como factores de riesgo. Se concluye que el 60% de las gestantes no tienen controles prenatales en cantidades adecuados y el desprendimiento prematuro de la placenta es la causa más frecuente de hemorragia en la 2° mitad del embarazo.(13)

2.1.3. A nivel Local

No se encontraron estudios de relevancia ni en la web ni en las bibliotecas de la región.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACIÓN

Son hemorragias vaginales procedentes del útero o del canal del parto que ocurren luego de las 21 semanas del embarazo, que podrían deberse a alteraciones placentarias en su gran mayoría.

Estos sangrados son más frecuentes en gestantes que son de países pobres, pues se deben a una mala calidad de vida o por falta de controles prenatales entre los factores más influyentes.

El sangrado es más del 25% de la volemia normal de la gestante con un hematocrito que disminuye a más de 10, con alteraciones hemodinámicas y pérdidas sanguíneas más de 500cc, pueden ocurrir sobre todo en el parto y puerperio. Cuando la hemorragia es post parto suele ser más de 1000cc cuando el parto es por cesárea pues se entiende que producto de la intervención quirúrgica la pérdida de 500cc es previsto.(14)

Otra definición es cuando el hematocrito cae hasta un 10% o más, para ello es necesario conocer el hematocrito previo al sangrado.

Entre los causantes de las hemorragias en la segunda mitad de la gestación son diversas, pero destacan anomalías placentarias del tipo de implantación baja de la placenta o desprendimientos de manera prematura de la placenta normo insertada, pero también pueden deberse a presencia de tumores benignos o malignos, vasa previa, rotura del útero por una sobre distensión o por maniobras de presión mal practicadas que

vencen la resistencia de las fibras musculares de las paredes del útero, desgarros profundo del cuello uterino o desgarros del canal del parto.

La implantación baja de la placenta o de su variedad la placenta previa tiene una incidencia de 0.12% a 0.5% o sea 83 casos por cada 200 partos, mientras que el desprendimiento placentario prematuro tiene una incidencia de 0.3 a 1% es decir de 1 casos por cada 100 a 300 partos.

Mientras la ruptura del útero es un accidente que se produce con una incidencia de 0.033% a 0.078% es decir de 1 caso por cada 1280 partos o 3000 partos, estos casos junto a la toxemia del embarazo y la sepsis constituyen la triada funesta de la mortalidad materna; su diagnóstico precoz es de suma importancia pues tratarlo a tiempo tiene un buen pronóstico debido a que solo se trataría de control de la hemorragia y sutura uterina. (15)

Si analizamos las hemorragias de la segunda mitad del embarazo referidos a sus causas, es la placenta previa la responsable del 13% de los casos, el desprendimiento prematuro de la placenta el 7% ambos son entidades de urgencia pues el sangrado que se produce es abundante y pone en peligro la vida de la madre y del producto, el resto de causas de sangrado son de menor proporción que son el 80% de los casos y no suelen ser catastróficos pues se deben a desgarros, o por asociación partos prematuros.(16)

Existen casos que el sangrado pasa a manifestarse de un leve sangrado a un profuso sangrado desencadenado por un tacto vaginal o por algún esfuerzo materno que obliga a que se intervenga de inmediato o incluso a interrumpir la gestación, según su causa el 80% son de origen placentario, el 10% se deben a tumores benignos o malignos de útero o del cérvix y en 10% no se puede detectar la causa, pues incluso se pueden deber a trastornos hematológicos.(16)

Etiología.

- Placentas previas.
- Abruptions placentarios
- Roturas del cuello del útero

- Vasas previas.
- Otras alteraciones de la placenta
 - ✓ Placentas circunvaladas.
 - ✓ Placentas succenturiadas
 - ✓ Placentas membranáceas.
- Partos pretérminos.
- Causas desconocidas
- Causa incidental
 - ✓ Ectopias gravídicas; pólipo cervical.
 - ✓ Infección de la vía genital baja.
 - ✓ Dilataciones venosas en los genitales.
 - ✓ Traumatismo genital.
 - ✓ Neoplasia maligna del cérvix

Siempre las dos causas más frecuentes son implantación baja de la placenta y desprendimiento placentario prematuro, siendo el desgarro del cérvix la tercera causa frecuente, que son las entidades que el gineco-obstetra debe tener presente a la hora de realizar un diagnóstico y proceder oportunamente.(16)

Placenta previa (PP)

Se debe a una implantación anómala de la placenta en el lecho materno, ocurriendo a nivel bajo o muy bajo que puede incluso obturar el orificio interno del cérvix, por lo atendiendo a esta situación se clasifica esta patología de la siguiente manera:

PP total. Se refiere cuando el orificio interno del cérvix esta cerrada en su totalidad por la placenta.

PP parcial. Esta referida a que la placenta no obtura totalmente el cérvix, dejando una pequeña brecha libre.

PP marginal. Se produce cuando la placenta se implanta cerca al cuello uterino sin que llegue al inicio del orificio cervical.

PP de inserción baja. Es cuando el borde de la placenta está a 3 centímetros del orificio del cérvix uterino y puede ser accesible a palparse vía digital.

Gracias a la presencia de la ecografía en sus diferentes versiones, actualmente estas anomalías de implantación de la placenta pueden ser diagnosticadas con exactitud y de manera precoz.

Si bien es cierto la causa es desconocida, pero se pueden identificar factores que la favorecen en su presentación. Entre ellos destacan:

a).- Afecciones del miometrio o del endometrio, como lo es el de tener antecedente de tener un parto por cesárea, el haber sometido a mórulas uterinas, la multiparidad, ser gestante de más de 35 años y presencia de miomas en el útero.

b).- Incremento de la masa de la placenta por embarazos gemelares, fetos macrosómicos o por tabaquismo.

La asociación muy cercana entre lesiones uterinas del endometrio y presencia de anomalías de implantación de la placenta es muy conocida, pues en estos casos el acretismo es más frecuente que también es motivo de sangrado genital.(17)

Factores asociados de riesgo para PP.

Gestante añosa. En casos de que la gestante sea menor de 20 años, el riesgo de presentar esta anomalía de implantación placentaria es del 1 por cada 1500 casos, mientras que si la gestante es mayor de 35 años, esta anomalía se observa en 9 a 15 veces más.

Existen estudios como la de Sheiner que encuentra un riesgo de hasta 3 veces más de presentación de esta alteración en las mujeres mayores de 40 años en comparación con las que tienen menos de 20 años pues tiene una Odds ratio de 3, mientras que el autor Tuzovic determina en su estudio que esta anomalía de implantación de la placenta (PP) tienen un riesgo medido por OR de hasta 4.95 en un estudio de caso control comparando gestantes de 34 años con gestantes menores de 20 años ajustando las relaciones con una paridad de 3 y cuando es con una paridad de 1 la OR es de 2.76, por lo que se concluye que la edad

avanzada de la gestante se Asocia a una mayor probabilidad de presentar estas anomalías placentarias.

Multiparidad. Esta más asociada a la placenta de implantación baja, por motivos no muy claros, pues esta asociación se produce hasta en 5% de las gestantes multíparas.

Cesareadas previamente. Esta asociación es más contundente pues en ello coinciden muchos investigadores, y ubican el riesgo hasta en 1.9 veces más, la que estaría en relación a la cicatriz que deja una cesárea que hace que el cigoto se quede atrapada en dicha zona y desarrollándose consecuentemente en esta parte del útero.

Legrado uterino. Esta condición es muy parecida a la fisiopatología explicada en las cesareadas, pues las cicatrices que deja un procedimiento de legrado uterino en el endometrio, dificulta la migración del cigoto, haciendo que se implante en zonas cicatrízales hasta en 4.8 veces más que aquellas que no tienen el antecedente de tener legrado uterino.

Consumo de tabaco. La explicación atribuida a esta asociación es que el tabaquismo produce vasoconstricción en toda la economía del cuerpo incluyendo en los vasos uterinos, lo que ponen al útero en una condición de hipoxia permanente, de tal modo que la placenta como mecanismo de compensación se incrementa de tamaño, favoreciendo la presentación de implantaciones bajas o de PP.

Gestación múltiple y eritroblastosis fetal. La explicación de la presencia de la PP es debido a que a mayor cantidad de fetos mayor será el volumen de la placenta, incluso en los casos de eritroblastosis, lo que favorece la presencia de PP.(18)

Desprendimiento de la placenta normo insertada de manera prematura.

O abrupto placentario, o separación prematura son sus sinónimos. Se trata de una anomalía de la placenta que consiste en un sangrado en el lecho de implantación de la placenta que se desplaza por las paredes del útero entre esta y las membranas placentarias exteriorizándose por el

cuello uterino, haciendo evidente externamente. Es raro que el sangrado no se exteriorice y se queye acumulado en el lecho placentario provocando desprendimiento que es de mayor riesgo para la madre y para el producto. Según la gravedad del incidente se puede clasificarse en los siguientes grados:

De primer grado. El sangrado es escaso, y el diagnóstico suele realizarse durante el post parto, por lo que la mortalidad por esta causa del producto no esta incrementada, son las de tipo leve a moderada y son el 80% de todos los casos y el compromiso de la implantación placentaria co es mas del 25%.

De segundo grado. En este estadio el sangrado es oscuro y existe compromiso de la contracción uterina por la infiltración sanguínea y existe sufrimiento del producto hasta en el 90% de los casos, incrementando la mortalidad del feto sobre todo en aquello que el parto es de tipo eutócico, El desprendimiento compromete hasta un 50% de toda la extensión de la implantación poniendo en riesgo de una coagulación intra-vascular diseminada hasta en un 30%.

De tercer grado. Se trata de un desprendimiento de grado dos que se acompaña con muerte fetal, incrementándose la posibilidad de coagulación vascular diseminada y mayor probabilidad de muerte materna.

La etiología como tal es desconocida, pero está asociada a ciertas condiciones maternas que incrementan la posibilidad de ocurrencia, como es el caso de que la madre consuma tabaco, sea hipertensa, tenga trastornos de la coagulación o tenga comorbilidades, por lo que más frecuente en gestantes mayores de 35 años, en aquellas que presenta ruptura prematura de membranas uterinas, antecedentes de desprendimientos de la placenta en parto anteriores, presencia de miomas uterinos, cordón umbilical corto, sobre distención del útero. Diabetes gestacional con feto macrosómico.(19)

En la anatomía patología, se encuentra alteraciones de tipo degenerativo de ña decidua y del miometrio, coagulo retro placentario que es el causante del desprendimiento por decolación, placenta desprendida del

lecho materno, la extensión de este desprendimiento está en relación con la gravedad, pues en casos de muerte fetal este desprendimiento supera el 50% de la implantación con enormes coágulos retro placentarios y sin ninguna manifestación extrauterina de sangrado.(20)

Útero de Couvelaire. Se produce por una infiltración intramiometrial de sangre que produce un útero de color atigrado o parecido al color del leopardo, donde se acumula de 500cc de sangre a un litro, con presencia de signos de shock en la madre, es una condición de suma gravedad que pone en riesgo de perder el útero para controlar el sangrado. (20)

Atrofia de vellosidades. De causa desconocida, más frecuente en mujeres mayores, esta condición produce déficit nutricional.(20)

Factores asociados de riesgo para desprendimiento prematuro de la placenta no insertada.

Gestante de más de 35 años de edad. No está muy clara su asociación, pues algunos autores encuentran asociación mientras que otros, no la encuentran, la posible incrementación de factores de riesgo a medida que se incrementa la edad puede ser el motivo del porque en estas mujeres es más frecuente esta patología no siendo la edad directamente el causante.

Multiparidad. Se observa que en este grupo de gestantes el incremento es hasta de 56% más, aunque otras investigaciones no encuentran asociación.

Pre eclampsia. Esta condición pone en riesgo hasta 4 veces más de presentar desprendimiento placentario, debido a que en la hipertensión existen micro trombos, micro hemorragias que si la gestante no dispone de un buen sistema de coagulación se producirá hemorragia retroplacentaria.

Hipertensión crónica pregestacional. Esta condición tiene la misma fisiopatología de la pre eclampsia, pero su asociación con el desprendimiento placentario es más débil del orden de 2.5 veces más.

Rotura prematura de las membranas amnióticas. Esta situación se asocia a desprendimiento de placenta de manera prematura por motivos no muy esclarecidos, sobre todo ocurre cuando la rotura tiene más de 24 horas,

probablemente por los trastornos en el sistema de coagulación que también se asocia a la rotura de membranas, la asociación de riesgo es de hasta 3 veces más.

Tabaquismo. Esta asociada al desprendimiento, por varios motivos, pues cuando la gestante consume tabaco altera su sistema de coagulación y cicatrización aumentando el riesgo de presentar desprendimiento de la placenta de manera precoz hasta en 2 veces más y si esta condición se asocia a hipertensión el riesgo aumenta hasta 5 a 8 veces más de presentar desprendimiento placentario prematuro.

Sobre distensión del útero. Ello debido a que un útero sobre distendido estira el lecho de implantación de la placenta con desgarros sanguíneos y por consiguiente formación de hemorragia, ello se observa en polihidramnios o embarazos múltiples o efectos grandes.

Antecedentes de tener desprendimientos de la placenta previamente. Se debería a que las situaciones que condicionaron el desprendimiento de la placenta en la primera vez, perdura en la siguiente gestación y muchas veces de manera aumentada.

Leiomiomas uterinos. Se debe a que los tumores alteran las condiciones del endometrio que esta a su alrededor, pudiendo presentarse hasta en un 57% de casos en que las gestantes son portadores de estos tumores.

Consumo de estupefacientes. Como la cocaína que en estos tiempos se está observando un alto porcentaje de cocaína en las gestantes que favorecen la presencia de desprendimiento de placenta en estas gestantes, por alteraciones del sistema cardiovascular que presentan al consumir drogas como es hipertensión e incremento de conductas de riesgo en esta condición.

Otras condiciones menos frecuentes, como son alteraciones en la coagulación por trombofilias, diabetes mellitus gestacional, cordón muy corto y otras condiciones que también son causales a tener en cuenta a la hora de evaluar a la gestantes.(21)

Rotura del útero

Se trata de un desgarro en el útero a nivel del segmento uterino, por sobre distensión o por maniobras de presión exagerada al momento del parto, la que podría tratarse de un pequeño desgarro o distensión de fibras o de una rotura franca que se exterioriza hasta la cavidad abdominal, por lo que existe dos grados: el leve cuando el desgarro no se exterioriza a la cavidad pélvica y es cubierta por el peritoneo parietal, o cuando esta estructura también se rompe y deja caer la sangre a la cavidad pélvica. Es más frecuente cuando existe un antecedente de cesárea anterior por la debilidad en la pared uterina producto de la cicatriz de la cesárea.(22)

Entre los factores de riesgo para la rotura del útero se encuentran la cicatriz previa intrauterina observada en operaciones practicadas en el útero, los legrados uterinos o perforaciones por este procedimiento, extracción de tumores intrauterino o extrauterinos, inducción del trabajo del parto con oxitócica.(23)

Prevención de las hemorragias de la segunda mitad de la gestación

Diagnóstico precoz de los factores de riesgo

Para placentas previas

Existen estudio que determinan los factores que estaría a asociadas a una mayor probabilidad de presentar implantaciones bajas de la placenta o placentas previas así como el acretismo placentario que también se trata de una anomalía de implantación placentaria, entre ellas están la edad mayor de 35 años, partos múltiples, embarazo múltiple, lesiones del endometrio por legrados, operaciones o tumores, presencia de hábitos nocivos como el tabaquismo o consumo de estupefacientes. Por lo que es de gran importancia realizar una ecografía en estos pacientes después de las 28 semanas para poder tener un control estricto de ellos, y si es posible eliminar o controlar estos factores de riesgo antes del embarazo y no se vean reflejado en la presencia de una mala implantación placentaria posteriormente.

Referencia oportuna de estos pacientes a centros hospitalarios de mayor complejidad a fin de evitar la manifestación de las complicaciones de la PP y evitar muerte maternas y fetales.

Para el desprendimiento prematuro de la placenta normo insertada.

En este caso la edad también es un riesgo para presentarlo, sobre todo este riesgo se incrementa en gestantes con más de 35 años, la multiparidad es también una condición de riesgo, el consumo de tabaco y drogas, la hipertensión arterial antes o durante la gestación es una de las condiciones más relevantes a tener en consideración y de control posible pues un tratamiento eficaz puede evitar que sea un riesgo para producir desprendimiento placentario, la sobre distensión del útero por embarazos múltiples o por fetos grandes también contribuyen a producir desprendimiento por lo que su control adecuado es importante, la presencia de colagenopatias por que se produce una la cicatrización como es observable en gestantes anémicas, desnutridas o con hábitos nocivos, todos ellos son prevenibles y tratables oportunamente, antecedentes anteriores de presentar el mismo cuadro, por lo que la referencia oportuna a centros de salud u hospitales de mayor complejidad está dentro de las acciones a tener consideración para evitar la muerte fetal o materna o de ambos. (24)

Para la rotura del útero

Accidentalmente o de manera espontánea, se produce sobre todo por maniobras de Kristeller intensas que rompen el útero a nivel del segmento uterino que es la parte más delgada del útero, sobre todo en trabajos de parto prolongados o partos inducidos con uterotónicos como la oxitocina. O de manera accidental cuando existe predisposición para ello como es el caso de cicatrices por cesáreas anteriores constituyéndose esta parte del útero en una zona débil que no soporta la presión normal ejercida por las contracciones uterinas en el intento de producirse el parto o del mismo modo, en casos que se empleen uterotónicos.

Atonía del útero

Existen varios factores que favorecen su aparición como es cuando existe sobre distensión en embarazos múltiples o con fetos grandes o por trabajos de parto muy prolongados que producen agotamiento de las fibras musculares del útero, también se observa en antecedentes previos de la misma patología, o por ingesta de miorelajantes que son medicamentos que pueden ejercer cierto efecto en la musculatura lisa uterina como son los betamiméticos, o el sulfato de magnesio, aquellos medicamentos cuyo mecanismo de acción es bloquear los canales del calcio. Por lo que la identificación de estas entidades precozmente es de suma importancia para evitar accidentes en el trabajo de parto sobre todo las hemorragias en la segunda mitad de la gestación, para ello se puede recurrir al uso de misoprostol, carbetocina como drogas de primera línea en dosis de 600mg y 100 mg respectivamente vía oral.(25)

Existen factores que se asocian a la hemorragia en el segundo mitad del embarazo que no son modificables como es el caso de una mujer embarazada añosa, o gestantes que no tuvieron controles prenatales y ya se encuentran en la segunda mitad del embarazo, o comorbilidades como insuficiencia renal lupus eritematoso sistémico fecundación invitro entre otros, en ellos solo queda realizar un control adecuado de los mismo y disminuir al máximo el efecto en el desarrollo de una gestación saludable y segura. (26)

2.3. Definición de términos Básicos

- Hemorragia Obstétrica: Es la hemorragia que se origina en el útero, específicamente en la unión utero-placentaria con pérdida de sangre de hasta 1000cc si el parto fue por cesárea con descompensación de la homeostasis vascular con presencia de shock; o de mas de 500cc de sangre si el parto fue via vaginal.
- Placenta previa: Es producida cuando la placenta se implanta cercanamente al cuello uterino en su orificio interno pudiendo obturarlo de manera parcial o completa, puede darse el caso que con

el avance de la gestación una obturación completa puede convertirse en una obturación parcial o ninguna obturación y si fue obturación parcial este puede desaparecer al distenderse el útero producto del avance de la gestación. Si dicha obturación aun persiste después de las 22 semanas es probable que no ocurra mayores cambios hasta el final de gestación.

- Placenta previa total central, se produce cuando la obturación del orificio interno del cuello del útero es completa.
- Placenta previa marginal, se produce cuando el borde placentario se encuentra a 2 cm del borde del orificio interno del cérvix del útero
- Placenta de inserción baja, se produce cuando el borde placentario se encuentra de 2 a 3.5 cm del borde del orificio interno de cérvix del útero.
- Desprendimiento prematuro de placenta: Se produce cuando existe despegamiento de la placenta del lecho placentario materno luego de los 20 o 22 semanas de la gestación y antes del alumbramiento.
- Ruptura uterina: Se trata de un desgarramiento de las fibras musculares del útero en la zona más vulnerable que es el segmento uterino que puede comprometer solo la capa muscular con conservación del peritoneo visceral o que comprometa también esta serosa con salida de sangre hacia la cavidad pélvica.
- Acretismo placentario: Es una anomalía de implantación de la placenta cuyas vellosidades coriónicas invaden tejido materno más allá de la decidua.
- Atonía uterina: Producida por una débil contracción de las fibras musculares del útero, que se debe a varios factores como es la sobre distensión, la infiltración sanguínea o por presencia de tumores.
- Multípara: Se trata de una mujer que tiene 2 gestación completas a más.

CAPITULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Formulación de hipótesis principal y específicas

3.1.1. Hipótesis principal

Ha: Existen factores asociados a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019

3.1.2. Hipótesis Específicas

Ha: Los factores personales están asociados a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019

Ha: Los factores obstétricos están asociados a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019

3.2. Variables

3.2.1. Definición de las variables

Variable dependiente:

Hemorragia de la segunda mitad del embarazo

Dimensiones

- Placenta previa
- Desprendimiento prematuro de la placenta

Variable independiente

Factores de riesgo

Dimensión personal

- Edad materna
- Paridad
- Controles prenatales

Dimensión obstétrica

- Anemia
- Antecedente de legrado uterino
- Hipertensión arterial

3.2.2. Operacionalización de las variables

Variable	Dimensiones	Indicador
V. Dependiente Hemorragia de la segunda mitad del embarazo	Placenta previa Desprendimiento prematuro de la placenta	Sangrado en la II mitad del embarazo sin dolor. --Ecografía que indica implantación baja de la placenta. - Factores de riesgo presentes. - Tacto vaginal. - Sangrado vaginal (doloroso o indoloro) Dolor uterino espontáneo o a la palpación. - Distrés o muerte fetal.
V. Independientes Factores de riesgo	Personales Obstétricos	Edad materna (< de 20 años) (≥ de 20 años) Paridad (Primípara) (Múltipara) Número de controles (< de 6 CPN) (≥ de 6 CPN) Anemia con Hb menor de 11mg% Antecedente de legrado uterino Hipertensión arterial con PA ≥ 140/90mmHg

CAPITULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.-DISEÑO METODOLÓGICO

Enfoque. Cuantitativo

Tipo. Estudio no experimental porque no existió intervención en las variables y se desarrollaron en su ambiente natural.

Transversal porque la variable fue medida una sola vez.

Retrospectiva porque los datos fueron tomados en el pasado y son secundarios de registros hospitalarios.

Analítica pues tiene dos variables. De casos y controles

Nivel de Investigación: Relacional

Método: Inductivo.

Diseño: Epidemiológico

4.2. DISEÑO MUESTRAL

4.2.1. Población

Pacientes gestantes atendidas en el Hospital San María del Socorro enero a junio del 2019

4.2.2. Muestra:

La muestra será obtenida aplicando la fórmula de casos y controles

$$n_0 = \frac{\left(Z_{\alpha} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right)^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

P1. Proporción en los casos 0.4

P2. Proporción en los controles 0.2

Po: $(p_1 + p_2) / 2 = 0.3$

62 casos y 62 controles

n= 124 gestantes

Criterios de inclusión casos

Paciente gestante atendida entre enero a junio del 2019 que presenta hemorragia en la segunda mitad de la gestación que presenta factores de riesgo

Criterios de exclusión

Paciente gestante atendida entre enero a junio del 2019 que no presenta hemorragia en la segunda mitad de la gestación que presenta factores de riesgo

4.3. Técnicas de recolección de datos

4.3.1. Técnicas. Documental, pues la investigación recogió información tomada en el pasado revisando documentos o registros historiales.

4.3.1.1. Técnicas de recolección de datos

Para la toma de datos se solicitó permiso a las autoridades correspondientes a fin de que se revise las historia y registros clínicos, respetando la identidad de los pacientes.

4.3.1.2. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Los datos fueron tabulados en el programa estadístico SPSS v23 para a partir de los datos se obtengan las proporciones, valores absolutos, y determinar diferencias estadísticas con el chi cuadrado.

4.3.2. Instrumentos

Ficha de recolección de datos elaborado para tal fin, que tiene la estructura que obtiene los datos necesarios para la investigación.

4.4. Técnicas estadísticas para el procedimiento de la información.

Los datos fueron interpretados con estadísticas descriptivas e inferenciales, siendo esta última a través del chi cuadrado como estadístico no paramétrico.

4.5. Aspectos éticos

Los datos obtenidos, fueron manejados éticamente respetando la identidad del paciente para lo cual se interpretarán los datos de manera global, y los resultados solo son de utilidad para la investigación.

CAPITULO V
RESULTADOS

5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

SEGÚN EDAD

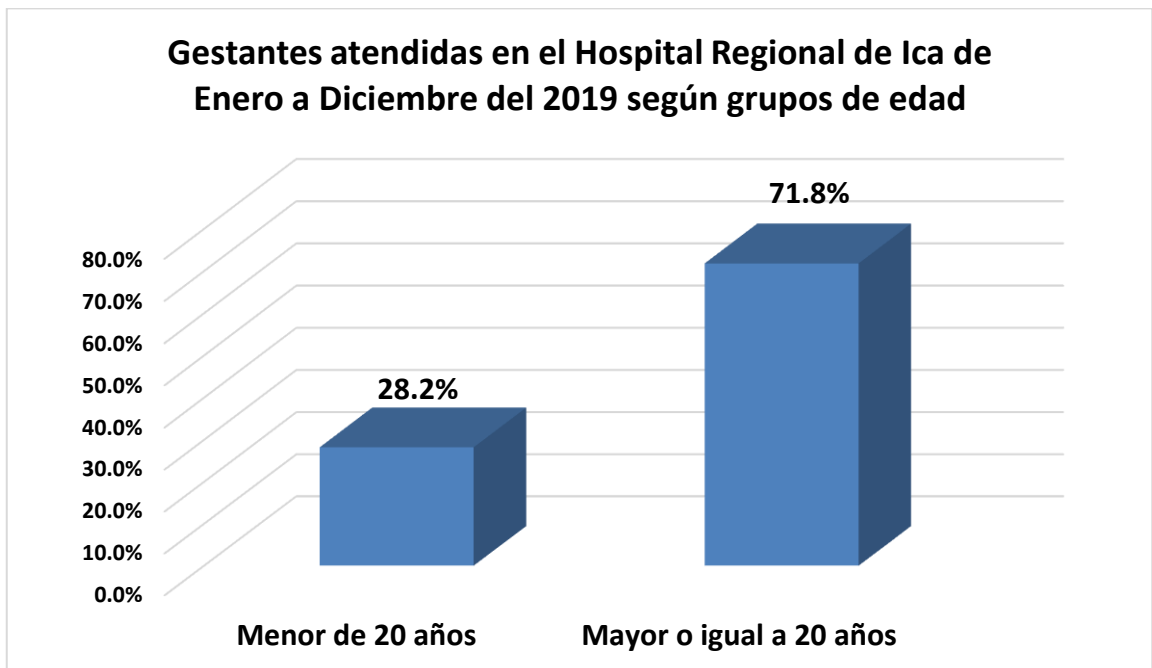
Tabla N° 1

Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 20 años	35	28.2%
Mayor o igual a 20 años	89	71.8%
Total	124	100%

Fuente: HRI

Las gestantes atendidas el 28.2% son de edades menores de 20 años, y el 71.8% son de 20 a más años.

Gráfico N° 1



SEGÚN PARIDAD

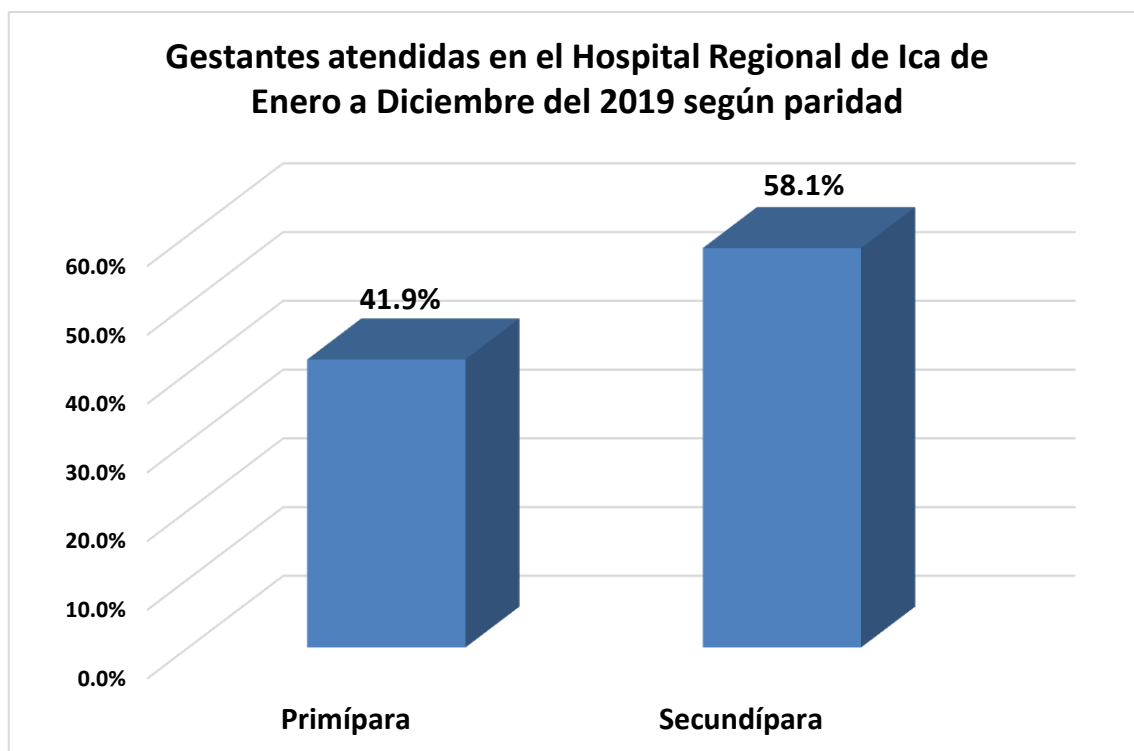
Tabla N° 2

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Primípara	52	41.9%
Secundípara	72	58.1%
Total	124	100%

Fuente: HRI

Las gestantes atendidas el 41.9% son primíparas, y el 58.1% son múltiparas.

Gráfico N° 2



SEGÚN NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES

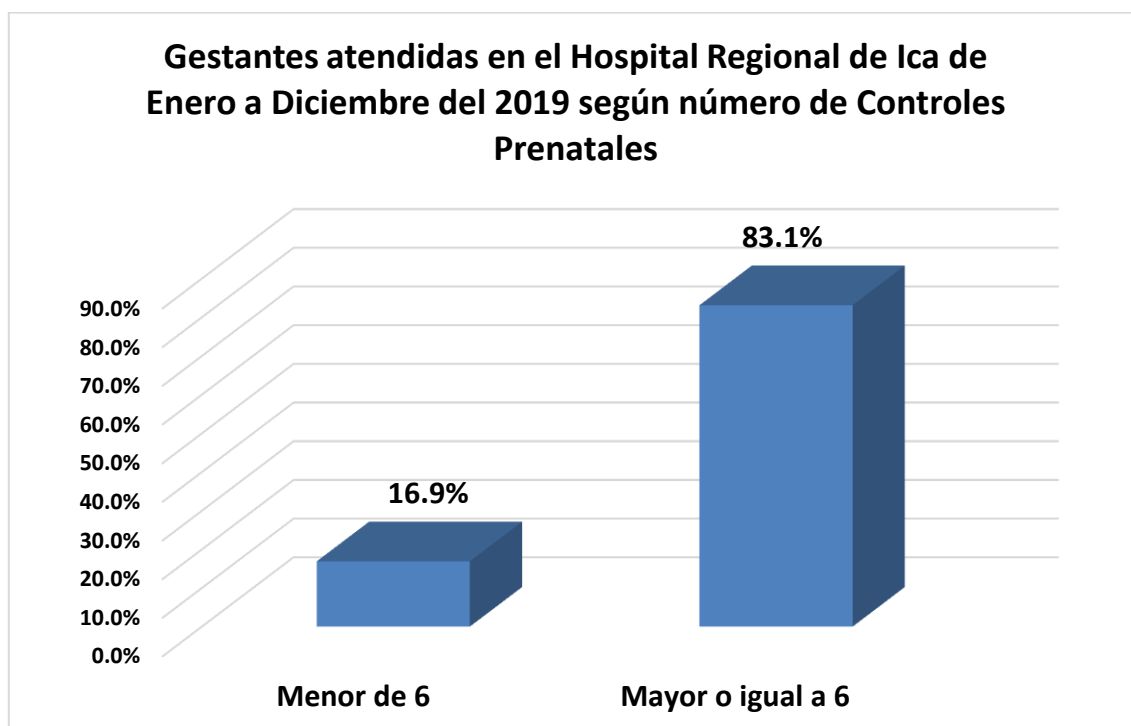
Tabla N° 3

Control prenatal	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 6	21	16.9%
Mayor o igual a 6	103	83.1%
Total	124	100%

Fuente: HRI

Las gestantes atendidas el 16.9% tuvieron menos de 6 controles prenatales, y el 83.1% tuvieron de 6 a más controles prenatales.

Gráfico N° 3



ANEMIA GESTACIONAL

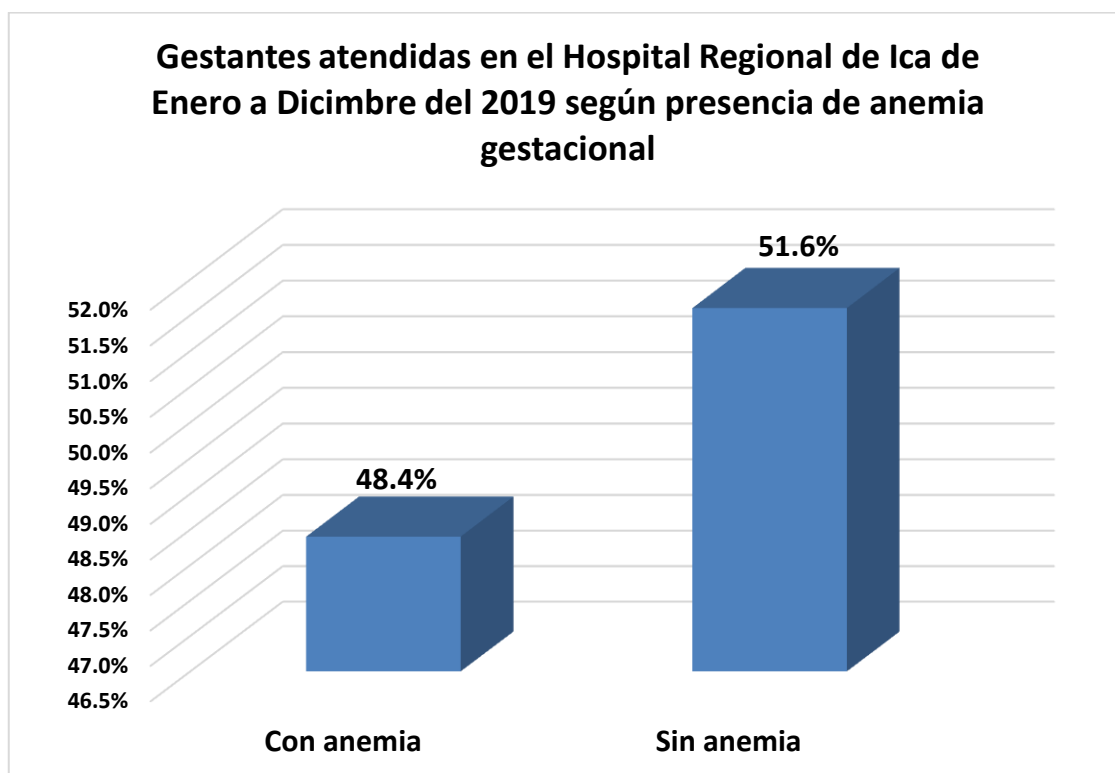
Tabla N° 4

Anemia	Frecuencia	Porcentaje
Con anemia	60	48.4%
Sin anemia	64	51.6%
Total	124	100%

Fuente: HRI

Las gestantes atendidas el 48.4% tuvieron anemia, y el 51.6% no tuvieron anemia gestacional.

Gráfico N° 4



ANTECEDENTE DE LEGRADO UTERINO

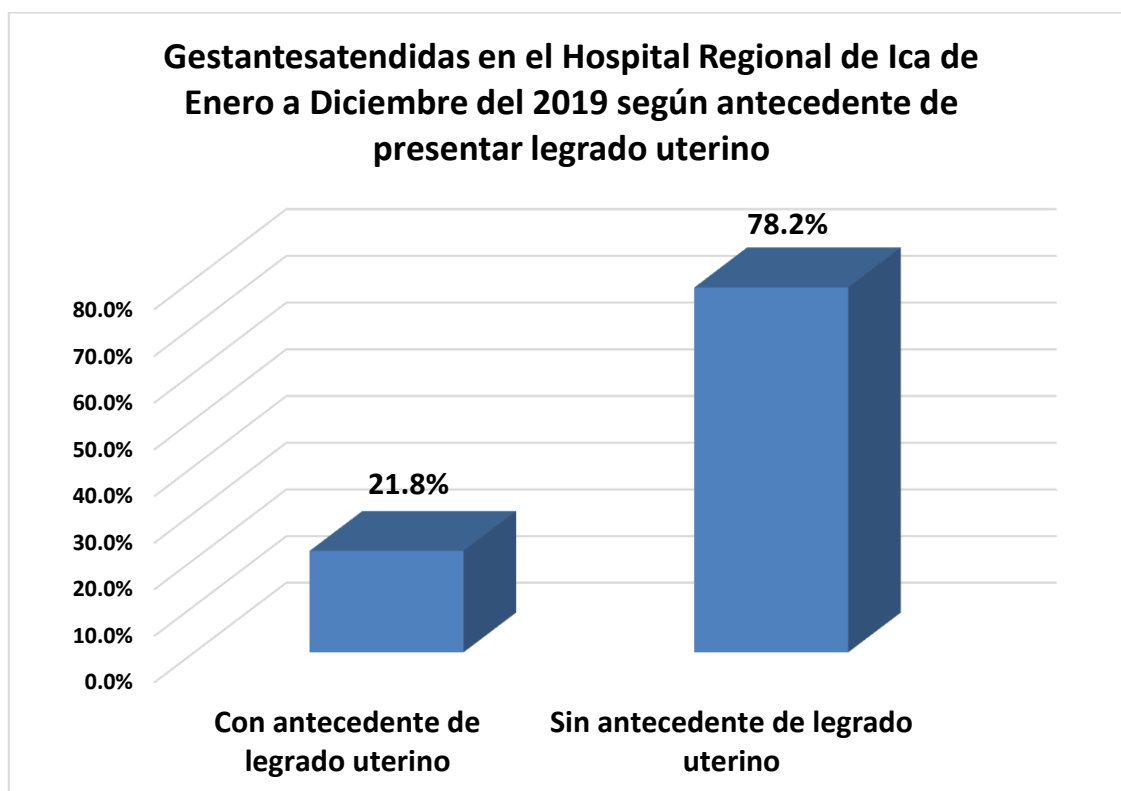
Tabla N° 5

Legrado uterino	Frecuencia	Porcentaje
Si	27	21.8%
No	97	78.2%
Total	124	100%

Fuente: HRI

Las gestantes atendidas el 21.8% tuvieron antecedente de legrado uterino, y el 78.2% no tuvieron antecedente de legrado uterino.

Gráfico N° 5



ANTECEDENTE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

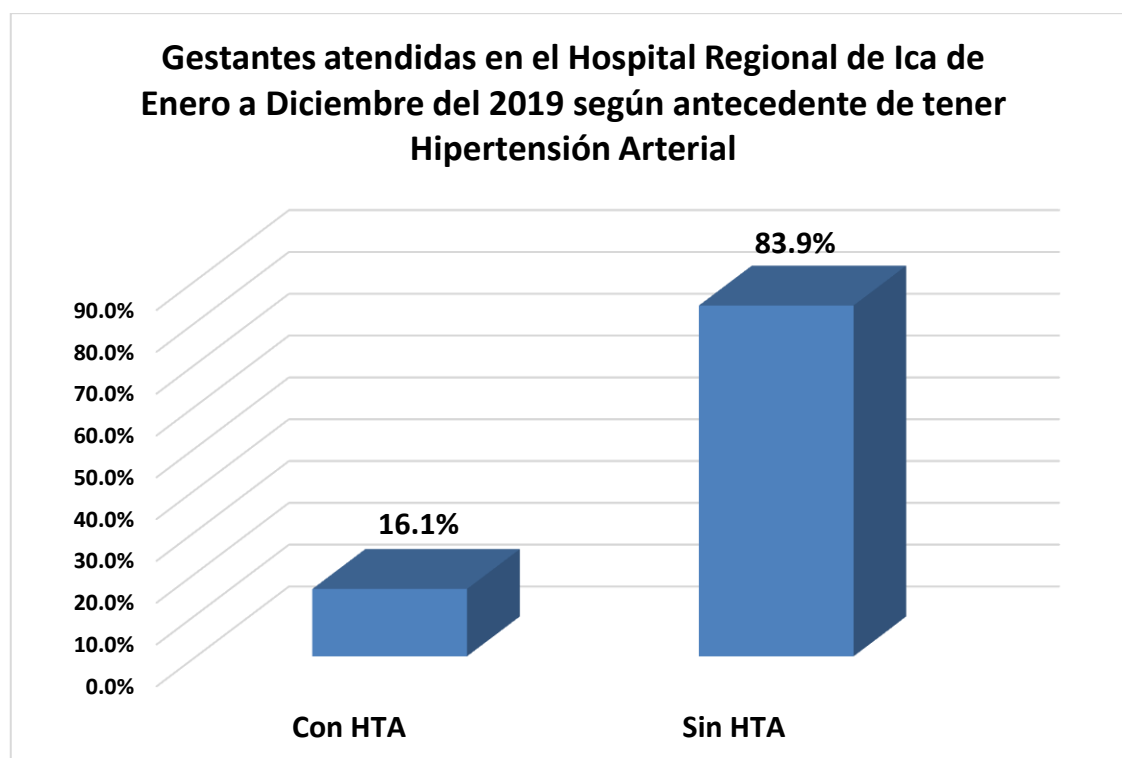
Tabla N° 6

Hipertensión arterial	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	16.1%
No	104	83.9%
Total	124	100%

Fuente: HRI

Las gestantes atendidas el 16.1% tuvieron antecedente de tener hipertensión arterial, y el 83.9% no antecedente de tener hipertensión arterial.

Gráfico N° 6



5.2. ANÁLISIS INFERENCIAL

Edad

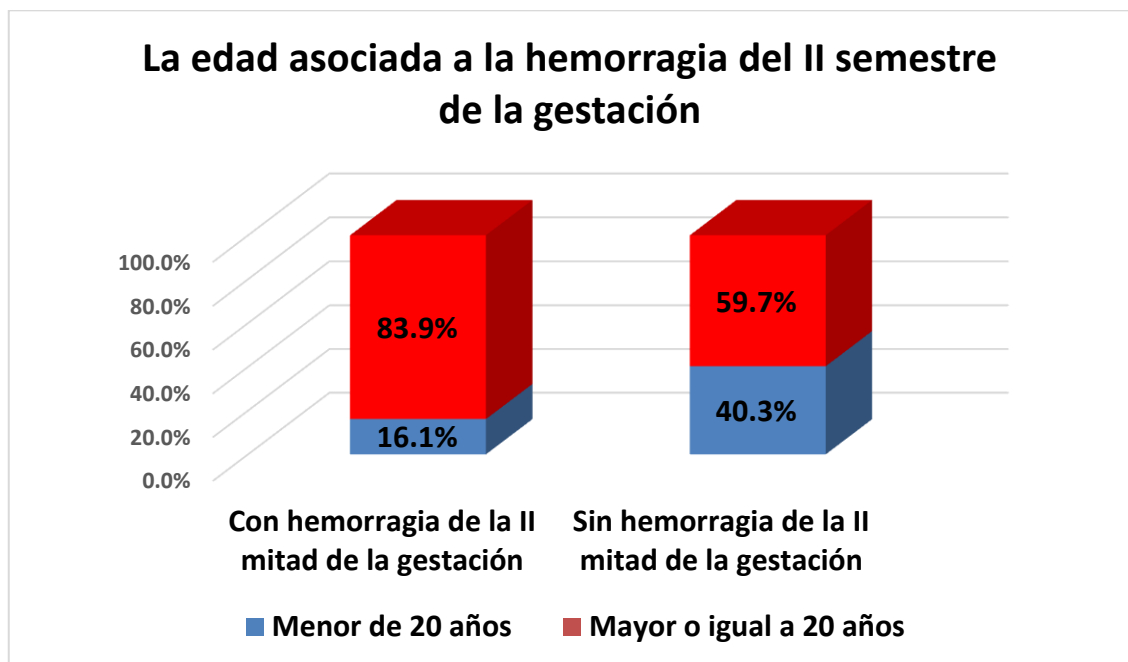
Tabla N° 7

Grupos de edad	GESTANTE		Total
	Con hemorragia de la II mitad de la gestación	Sin hemorragia de la II mitad de la gestación	
Menor de 20 años	10	25	35
	16.1%	40.3%	28.2%
Mayor o igual a 20 años	52	37	89
	83.9%	59.7%	71.8%
Total	62	62	124
	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: HRI

Las gestantes con 20 a más años 83.9%, tienen más probabilidad de presentar hemorragia en la II° mitad del embarazo comparando con el 59.7% que no lo presentaron.

Gráfico N° 7



Paridad

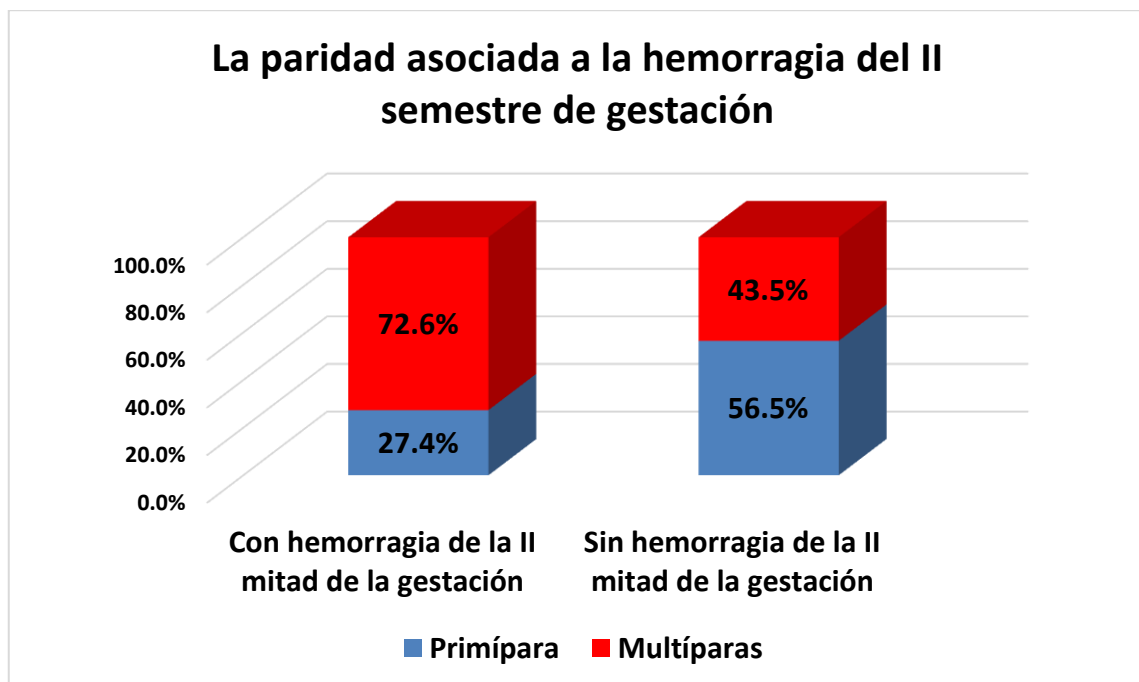
Tabla N° 8

Paridad	GESTANTE		Total
	Con hemorragia de la II mitad de la gestación	Sin hemorragia de la II mitad de la gestación	
Primípara	17	35	52
	27.4%	56.5%	41.9%
Multíparas	45	27	72
	72.6%	43.5%	58.1%
Total	62	62	124
	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: HRI

Las gestantes multíparas 72.6%, tienen más probabilidad de presentar hemorragia en la II° mitad del embarazo comparando con el 43.5% que no lo presentaron.

Gráfico N° 8



Control Prenatal

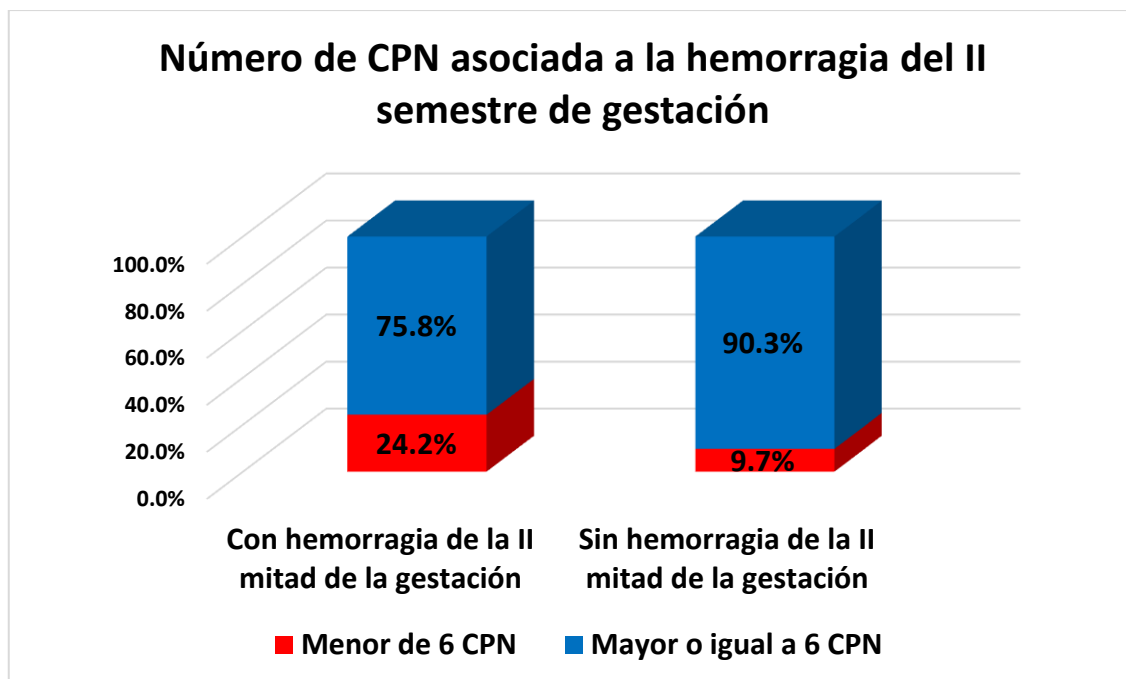
Tabla N° 9

Número de Controles Prenatales	GESTANTE		Total
	Con hemorragia de la II mitad de la gestación	Sin hemorragia de la II mitad de la gestación	
Menor de 6 CPN	15 24.2%	6 9.7%	21 16.9%
Mayor o igual a 6 CPN	47 75.8%	56 90.3%	103 83.1%
Total	62 100.0%	62 100.0%	124 100.0%

Fuente: HRI

Las gestantes con menos de 6 CPN 24.2%, tienen más probabilidad de presentar hemorragia en la II° mitad del embarazo comparando con el 9.7% que no lo presentaron.

Gráfico N° 9



Anemia gestacional

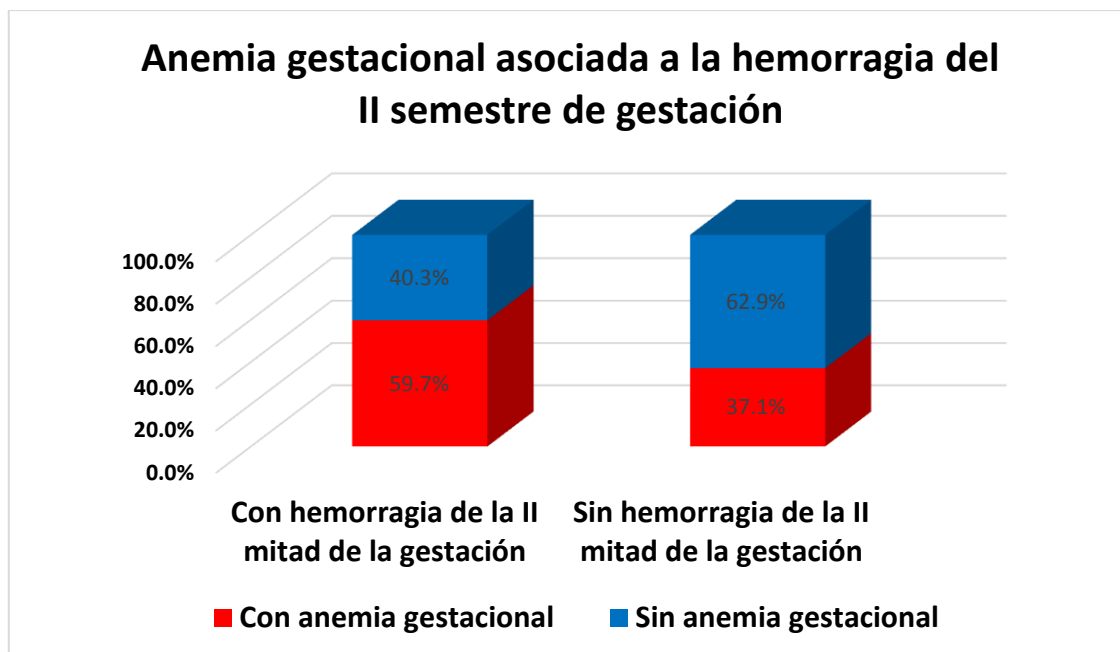
Tabla N° 10

Anemia gestacional	GESTANTE		Total
	Con hemorragia de la II mitad de la gestación	Sin hemorragia de la II mitad de la gestación	
Con anemia gestacional	37 59.7%	23 37.1%	60 48.4%
Sin anemia gestacional	25 40.3%	39 62.9%	64 51.6%
Total	62 100.0%	62 100.0%	124 100.0%

Fuente: HRI

Las gestantes con anemia gestacional 59.7%, tienen más probabilidad de presentar hemorragia en la II° mitad de la gestación comparando con el 37.1% que no lo presentaron.

Gráfico N° 10



Antecedente de legrado uterino

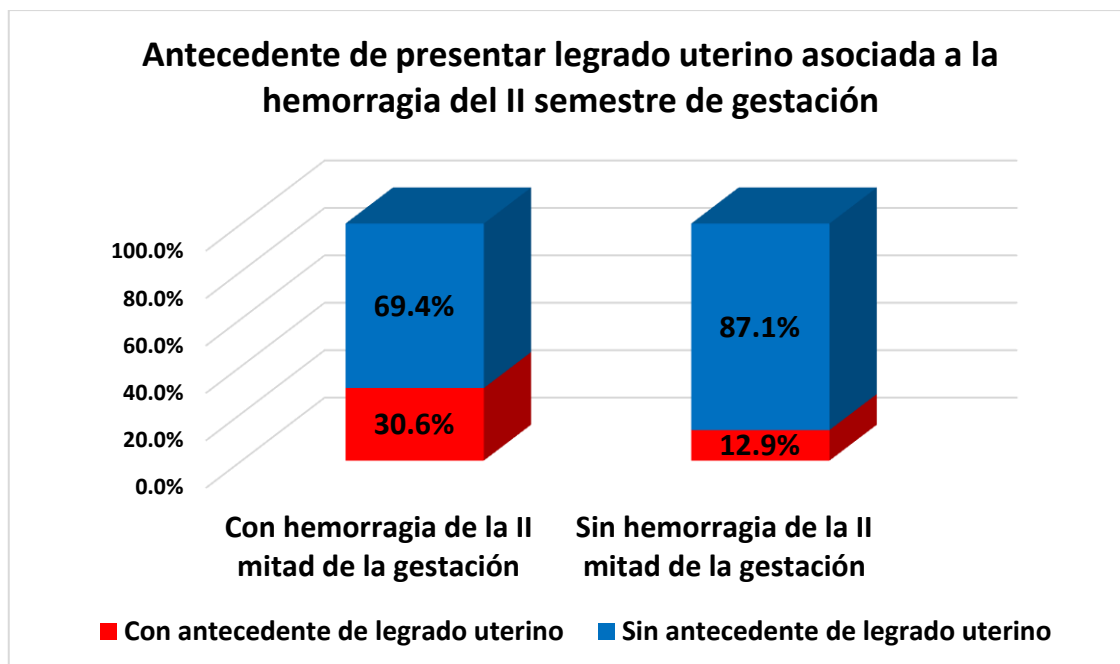
Tabla N° 11

Antecedente de legrado uterino	GESTANTE		Total
	Con hemorragia de la II mitad de la gestación	Sin hemorragia de la II mitad de la gestación	
Con antecedente de legrado uterino	19 30.6%	8 12.9%	27 21.8%
Sin antecedente de legrado uterino	43 69.4%	54 87.1%	97 78.2%
Total	62 100.0%	62 100.0%	124 100.0%

Fuente: HRI

Las gestantes con antecedente de presentar legrado uterino 30.6%, tienen más probabilidad de presentar hemorragia en la II° mitad de la gestación comparando con el 12.9% que no lo presentaron.

Gráfico N° 11



Antecedente de Hipertensión Arterial

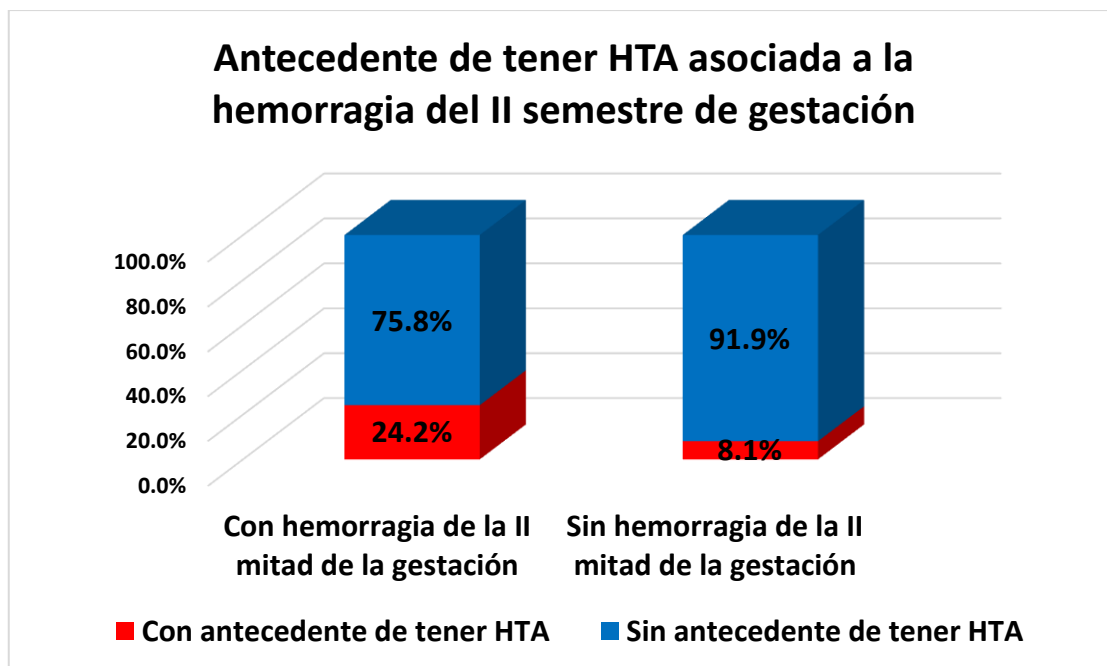
Tabla N° 12

Antecedente de HTA	GESTANTE		Total
	Con hemorragia de la II mitad de la gestación	Sin hemorragia de la II mitad de la gestación	
Con antecedente de tener HTA	15 24.2%	5 8.1%	20 16.1%
Sin antecedente de tener HTA	47 75.8%	57 91.9%	104 83.9%
Total	62 100.0%	62 100.0%	124 100.0%

Fuente: HRI

Las gestantes con antecedente de presentar hipertensión arterial 24.2% tienen más probabilidad de presentar hemorragia en la II° mitad de la gestación comparando con el 8.1% que no lo presentaron.

Gráfico N° 12



PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1

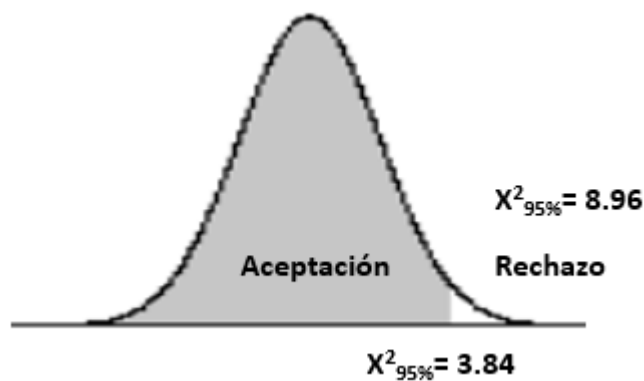
Ha: La edad está asociada a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019

Ho: La edad no está asociada a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019

Nivel de significancia. 0.05

Estadístico de prueba: Chi cuadrado

Valor de $p= 0.003$



Decisión: Como el valor de p es menor de 0.05 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna: La edad está asociada a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019, estando las gestantes con 20 años a más 3.5 veces más en riesgo de tener hemorragia del II semestre de gestación que las gestantes que tiene menos de 20 años.

PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2

Ha: La paridad está asociada a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019

Ho: La paridad no está asociada a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019

Nivel de significancia. 0.05

Estadístico de prueba: Chi cuadrado

Valor de $p = 0.001$



Decisión: Como el valor de p es menor de 0.05 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna: La paridad está asociada a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019, estando las multiparas 3.4 veces más en riesgo de tener hemorragia del II semestre de gestación que las gestantes primíparas.

PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA 3

Ha: El número de CPN está asociada a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019

Ho: El número de CPN no está asociada a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019

Nivel de significancia. 0.05

Estadístico de prueba: Chi cuadrado

Valor de $p= 0.031$



Decisión: Como el valor de p es menor de 0.05 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna: El número de CPN está asociada a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019, estando las gestantes que tienen menos de 6 CPN 3.4 veces más en riesgo de tener hemorragia del II semestre de gestación que las gestantes que tienen de 6 a más CPN.

PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA 4

Ha: La anemia gestacional está asociada a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019

Ho: La anemia gestacional no está asociada a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019

Nivel de significancia. 0.05

Estadístico de prueba: Chi cuadrado

Valor de $p = 0.012$



Decisión: Como el valor de p es menor de 0.05 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna: La anemia gestacional está asociada a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019, estando las gestantes con anemia gestacional 2.5 veces más en riesgo de tener hemorragia del II semestre de gestación que las gestantes que no tienen anemia gestacional.

PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA 5

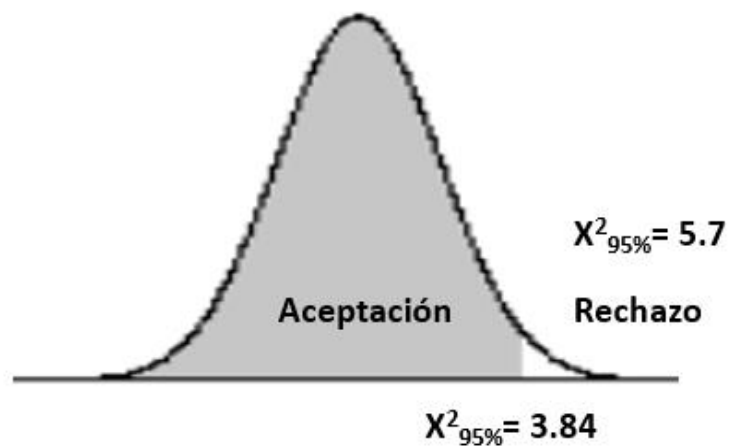
Ha: El antecedente de presentar legrado uterino está asociada a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019

Ho: El antecedente de presentar legrado uterino no está asociada a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019

Nivel de significancia. 0.05

Estadístico de prueba: Chi cuadrado

Valor de $p= 0.017$



Decisión: Como el valor de p es menor de 0.05 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna: El antecedente de presentar legrado uterino está asociada a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019, estando las gestantes con antecedente de tener legrado uterino 3 veces más en riesgo de tener hemorragia del II semestre de gestación que las gestantes sin antecedentes de tener legrado uterino.

PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA 6

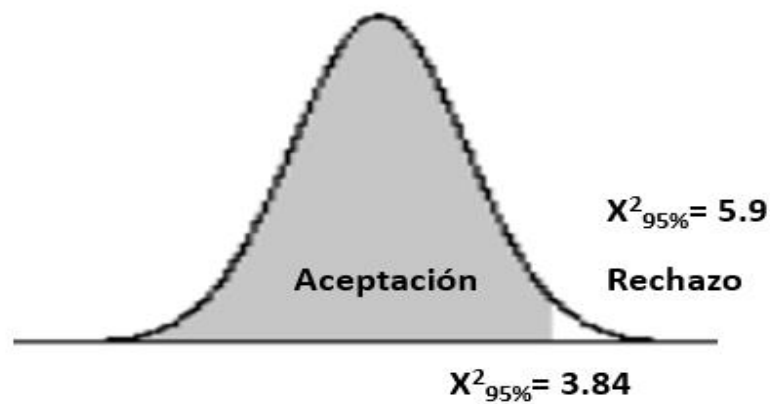
Ha: El antecedente de presentar hipertensión arterial está asociada a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019

Ho: El antecedente de presentar hipertensión arterial no está asociada a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019

Nivel de significancia. 0.05

Estadístico de prueba: Chi cuadrado

Valor de $p= 0.015$



Decisión: Como el valor de p es menor de 0.05 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna: El antecedente de presentar hipertensión arterial está asociada a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019, estando las gestantes con antecedente de tener hipertensión arterial 3.6 veces más en riesgo de tener hemorragia del II semestre de gestación que las gestantes sin antecedentes de tener hipertensión arterial.

5.3. DISCUSIÓN

La hemorragia en la segunda mitad de la gestación se debe sobre todo a la placenta previa y al desprendimiento prematuro de la placenta nomoinserta, por lo que en este estudio se tomó en cuenta ambas patologías, con el objeto de identificar los principales factores que se asocian a su ocurrencia.

Así se demuestra en la tabla N° 7 que la edad mayor o igual de 20 años es una condición que se asocia a una mayor probabilidad de presentar hemorragia en la segunda mitad del embarazo comparando con aquellas que tiene menos de 20 años, la que se debería a que una gestante mayor, tiene más factores de riesgos asociados a estas patologías, como son presentar comorbilidades. Así, lo demuestra Dioses(8) en un Hospital del Norte del Perú que concluye en su estudio que la edad mayor de 35 años es un factor de riesgo asociado a las hemorragias en el segundo semestre de la gestación. Además, Poma (10) en su estudio en Anadhuaylas. Del mismo modo lo indica Cuzco en su estudio en Riobamba Ecuador donde concluye que son estas entidades patológicas placenta previa y desprendimiento prematuro de la placenta las más frecuente de causas de hemorragias en el II semestre de la gestación. Cuzco (11) indica en su estudio que la causa mas frecuente de hemorragia en la II mitad del embarazo es el desprendimiento prematuro de la placenta.

Del mismo modo se asocia en la tabla N° 8 la paridad a la hemorragia de la II° mitad de la gestación, específicamente a las producidas por la placenta previa y el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, demostrándose que esta asociación es significativa, siendo la multiparidad unja condición que se asocia a una mayor probabilidad de presentar hemorragias en el segundo semestre del embarazo, lo que estaría en relación a que se trata de una gestante con un útero que se encuentra con cierta limitación que le podrían haber dejado las primeras gestaciones, como son las cesáreas o infecciones uteroovaricas. La multiparidad es una condición que se asocia a mas probabilidad de sangrado en el segundo semestre de la gestación demostrada en su estudio por Disoses(8)

En relación a los números de controles prenatales, como un factor de riesgo para presentar hemorragia en la II° mitad del embarazo mostrada en la tabla N°

9, se determinó que las gestantes que presentan un número menor de 6 controles prenatales, están en más riesgo de presentar hemorragias en la II° mitad de la gestación que aquellas que tienen de 6 as más controles prenatales, lo que es debido a que las gestantes con controles prenatales completos, tienen más probabilidad de ser detectadas a oportunamente de patologías que incrementan el riesgo de tener hemorragias, como son diabetes, trastornos de la coagulación, obesidad, hipertensión arterial, antecedentes de tener gestaciones de riesgos anteriores. Así lo demuestra en su estudio Coronel (13) pues concluye que la hemorragia del II° mitad del embarazo es mas frecuente en los que no tienen controles prenatales suficientes.

Mientras que en relación a las gestantes con factores maternos para presentar hemorragia en la II° mitad de la gestación se detectó como se muestra en la tabla N° 10 que la anemia gestacional es una condición que se asocia a mayor probabilidad de tener hemorragia en la segunda mitad de la gestación la que estaría en relación a que una gestante con anemia es una gestante que tienen otros factores como desnutrición que podrían incrementar el riesgo de tener hemorragias, además que los tejidos de una gestante anémica tiene mayor posibilidad de no tener una cicatrización adecuada a las diferentes micro lesiones que se presentan en la gestación.

El antecedente de presentar legrado uterino mostrado en la tabla N° 11 es un factor de riesgo asociada a hemorragias de la segunda mitad de la gestación, pues el legrado uterino deja cicatrices en su procedimiento, las que dificultan una buena implantación de la placenta, así como de un sostenimiento de la placenta hasta el final del embarazo, por lo que en estos pacientes la placenta previa y el desprendimiento prematuro de la placenta normoincerta es más frecuente. Esta condición también es observada por Dioses en su estudio pues indica en su trabajo que la cirugía uterina previa se asocia a mayor probabilidad de hemorragias en el segundo semestre de la gestación. Al respecto Flores (9) indica que las complicaciones en la II mitad den embarazo es mas frecuente en las gestantes adolescentes la que podría estar en relación a la mayor proporción de legrados uterinos por abortos en este grupo de edad.

Así mismo se observa que la hipertensión arterial en la gestación mostrada en la tabla N° 12 es una entidad patológica que se asocia a una mayor probabilidad de presentar sangrado en la segunda mitad de la gestación, sobre todo de desprendimiento prematuro de placenta, por las micro hemorragias que se presentan en los episodios hipertensivos, que incrementan la posibilidad de hemorragias retro placentarias que pueden provocar un desprendimiento prematuro. El intervencionismo en el proceso del parto es también identificado como factor de riesgo para hemorragias del segundo semestre de la gestación, así lo demuestra Hernández (12) en su estudio en México.

CONCLUSIONES

1. Existen factores personales y obstétricos que están asociadas a una mayor probabilidad de presentar hemorragias en la segunda mitad del embarazo en paciente atendidas en el Hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019
2. Las gestantes con 20 años a más, tienen 3.5 veces más riesgo de tener hemorragia de la II° mitad del embarazo que las gestantes que tiene menos de 20 años. Las multíparas, tienen 3.4 veces más riesgo de tener hemorragia de la II° mitad de la gestación que las gestantes primíparas. Las gestantes que tienen menos de 6 CPN, tienen 3.4 veces más riesgo de tener hemorragia de la segunda mitad de la gestación que las gestantes que tienen de 6 a más CPN.
3. Las gestantes con anemia gestacional, tienen 2.5 veces más riesgo de tener hemorragia de la II° mitad de la gestación que las gestantes que no tienen anemia gestacional. Las gestantes con antecedente de legrado uterino, tienen 3 veces más riesgo de tener hemorragia de la segunda mitad de la gestación que las gestantes sin antecedentes de tener legrado uterino. Las gestantes con antecedente de hipertensión arterial, tienen 3.6 veces más riesgo de tener hemorragia de la II° mitad de la gestación de la gestación que las gestantes sin antecedentes de tener hipertensión arterial.

RECOMENDACIONES

1. Realizar un adecuado control a las gestantes partiendo de una captación temprana de las mismas a fin de poder monitorizar su gestación desde el inicio.
2. Recomendar a los profesionales que atienden a las gestantes las precauciones que se deben tener cuando la gestante tiene más de 20 años, sobre todo cuando la edad es superior a los 35 años, que es donde existe más probabilidad de que presente hemorragias por causa de placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta, promover que las mujeres eviten la multiparidad pues cada una de las gestaciones denotan riesgo para presentar hemorragias de la II^o mitad de la gestación, ampliar la cobertura de controles prenatales, de manera precoz, pues ello facilita la identificación de riesgos en la gestación y su manejo oportuno, esta actividad debe ser llevada a cabo por los profesionales obstetras ampliando la cobertura de los controles prenatales eficaces.
3. Prevenir y tratar oportunamente la anemia en las gestantes, fortaleciendo la salud en general, con campañas de buena alimentación y evitando hábitos nocivos que pueden comprometer una buena nutrición e incrementar la posibilidad de tener anemia en la gestación, evitar presentar legrados uterinos, pues ellos generan cicatrices intrauterinas, por lo que realizar campañas de prevención de embarazos en los colegios y universidades es importante actividad que debe ser realizada por las obstetras, realizar diagnóstico y tratamiento oportuno de la hipertensión en la gestación por parte de los profesionales gineco-obstetras la que se logra teniendo un mayor control de las gestantes en riesgo de presentar esta patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- World Health Organization. (OMS). Mortalidad materna. Datos y cifras. Disponible en:

<https://www.who.int> › ...

2.- Contreras Apolinario, A. Principales patologías gineco obstetricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstetrica del HRHVM Huánuco abril-setiembre 2016

3.- OPS. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva Cero muertes maternas por hemorragia: proyecto interdepartamental OPS. 2015. Disponible en:

<https://www.paho.org> › clap › id=235:cero-muertes-maternas-por-hemorra...

4.- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. Número de Muertes Maternas Perú 2000 – 2018 - Dirección General de Epidemiología. Hasta la SE 02 del 2018. Disponible en:

www.dge.gob.pe › portal › docs › vigilancia › sala › mmaterna

5.- Otero-Antón, E. Complicaciones inmediatas de postcesareadas con hipertensión inducida por la gestación en el hospital de apoyo de Sullana II-2 en el periodo enero -diciembre 2017

6.- Afaldo-Rivademyra, V. Frecuencia de hemorragia post parto inmediato en púérperas de parto vaginal del hospital Regional de Loreto julio a diciembre 2016.

7.- Tejedo-Lopez, R. Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes de 40 a más años de edad atendidas en el hospital Regional de Loreto enero a setiembre del 2015

8.- Dioses-Guerrero, E. Factores asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un Hospital del norte del Perú. Rev. cuerpo méd. HNAAA 7(4) 2014

- 9.- Flores Humareda, R. Complicaciones obstétricas de la segunda mitad del embarazo en adolescentes y adultas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, en el año 2016. Disponible en: F Humareda, R Sven - 2017 - repositorioacademico.usmp.edu.pe
- 10.-Poma-Chiroque, H. Hemorragias de la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de San Jerónimo Andahuaylas 2016. Huancavelica.
- 11.- Cuzco Macías, L. Hemorragia de la Segunda Mitad del Embarazo en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, Chimborazo, Ecuador 2017 – 2018. Ecuador. Revista científica de la Facultad de Salud Pública de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. 2018.
- 12.- Hernández-Morales M. Factores de riesgo de hemorragia obstétrica. México. 2016. Ginecol Obstet Mex. 2016 December;84(12):757-764
- 13.- Coronel Vera, L. Características clínicas de las pacientes con hemorragia uterina durante la segunda mitad de la gestación. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2016
- 14.- Pérez-Calatayud, A. Protocolo de actuación para el manejo de la hemorragia crítica obstétrica. Rev. Médica de México. Vol. 40. Supl. 2 Julio-Septiembre 2017pp S416-S419
- 15.- Martínez-Parian, A. Hemorragia oculta por desprendimiento prematuro de placenta en un Hospital de III Nivel. Lima- 2017
- 16.- Orane-Hutchinson, A. TEMA -2016: Sangrado Uterino Anormal. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR –HSJD. Año 2016 Vol 6 No VI
- 17.- Ávila-Darcia, S. TEMA 2016: Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR –HSJD Año 2016 Vol 6No III
- 18.- Véliz, F. Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje quirúrgico no conservador. REV CHIL OBSTET GINECOL 2018; 83(5): 513 – 526. Chile

- 19.- Viruega Cuaresma, D. Abruption placentae: Una grave patología obstétrica. Santander, Junio 2016 España..
- 20.- Monge-Acuña, T. angrados vaginales de la segunda mitad del embarazo. Revista médica sinergia Vol.2 Núm.: 12 Diciembre 2017 pp:3 -6
- 21.- Centre de Medicina Fetal I Neonatal de Barcelona. Hematomas placentarios. desprendimiento prematuro de placenta. Protocols medicina materno fetal hospital clínic-hospital Sant Joan de Déu-Universitat de Barcelona. Disponible en: www.medicinafetalbarcelona.org
- 22.- Centre de Medicina Fetal I Neonatal de Barcelona. Control gestacional en gestantes con cesárea anterior. Protocols medicina materno fetal hospital clínic-hospital Sant Joan de Déu-Universitat de Barcelona. Disponible en: www.medicinafetalbarcelona.org
- 23.- Di Pietro, M. Un caso de rotura uterina durante el embarazo. Cuadernos de Bioética. 2019; 30(98): 67-76DOI: 10.30444/CB.22 Copyright Cuadernos de Bioética
- 24.- García-Benavides, J. Hemorragia obstétrica postparto: propuesta de un manejo básico integral, algoritmo de las 3 «C». Revista Mexicana de Anestesiología. Vol. 41. Supl. 1 Abril-Junio 2018pp S190-S194
- 25.- Carrillo-Esper R. Consenso multidisciplinario para el manejo de la hemorragia obstétrica en el perioperatorio. Revista Mexicana de Anestesiología. Vol. 41. No. 3 Julio-Septiembre 2018pp 155-182
26. Cuzco L. Hemorragia de la Segunda Mitad del Embarazo en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, Chimborazo. Ecuador 2017 – 2018. La Ciencia al Servicio de la Salud y la Nutrición (Abr. 2019) Vol. 10 Num. 1

ANEXOS



Anexo 1

Ficha N° _____

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Variable dependiente

Hemorragia de la segunda mitad del embarazo

Placenta previa

- Sangrado en la II mitad del embarazo sin dolor. _____
- Ecografía que indica implantación baja de la placenta. _____
- Factores de riesgo presentes. _____
- Tacto vaginal. _____

Desprendimiento prematuro de la placenta

- Sangrado vaginal (doloroso o indoloro) Dolor uterino espontáneo o a la palpación. _____
- Distrés o muerte fetal. _____

Variables independientes

FACTORES PERSONALES

- Edad materna _____ años

(< de 20 años)

(≥ de 20 años)

- Paridad (Número de parto _____)

(Primípara)

(Multípara)

- Número de Controles prenatales _____

(< de 6 CPN)

(≥ de 6 CPN)

FACTORES OBSTÉTRICOS

- Anemia (Hb _____ mg%: Menor de 11mg%)

(SI) (NO)

• **Antecedente de legrado uterino**

(SI) (NO)

• **Hipertensión arterial (PA \geq 140/90mmHg)**

(SI) (NO)

Anexo 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización			Método
			Variable	Dimensiones	Indicadores	
<p>Problema Principal ¿Cuáles son los factores asociados a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019?</p> <p>Problemas Específicos ¿Están los factores personales asociados a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019?</p> <p>¿Están los factores obstétricos</p>	<p>Objetivo general • Determinar los factores asociados a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019</p> <p>Objetivos específicos Indicar si los factores personales están asociados a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019</p> <p>Establecer si los factores obstétricos están asociados a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en</p>	<p>Hipótesis general Ha: Existen factores asociados a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019</p> <p>Hipótesis Específicas Ha: Los factores personales están asociados a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019</p> <p>Ha: Los factores obstétricos están asociados a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en</p>	<p>V. Dependiente Hemorragia de la segunda mitad del embarazo</p> <p>V. Independientes</p> <p>Factores de riesgo</p> <p>Factores personales</p> <p>Factores obstétricos</p>	<p>- Placenta previa</p> <p>-Desprendimiento prematuro de la placenta</p> <p>• Edad materna</p> <p>• Paridad</p> <p>•Controles prenatales</p> <p>• Anemia</p>	<p>- Sangrado en la II mitad del embarazo sin dolor.</p> <p>- Ecografía que indica implantación baja de la placenta.</p> <p>- Factores de riesgo presentes.</p> <p>- Tacto vaginal.</p> <p>- Sangrado vaginal (doloroso o indoloro) Dolor uterino espontáneo o a la palpación.</p> <p>- Distrés o muerte fetal.</p> <p>< de 20 años ≥ de 20 años</p> <p>Primípara Múltipara</p> <p>< de 6 CPN ≥ de 6 CPN</p> <p>Hb menor de 11mg%</p>	<p>Tipo No experimental, transversal, retrospectiva analítica</p> <p>Nivel de Investigación: Relacional</p> <p>Método: Inductivo.</p> <p>Población Pacientes gestantes atendidas en el Hospital San María del Socorro enero a junio del 2019</p> <p>Muestra 62 casos y 62 controles</p> <p>n= 124 gestantes</p>

<p>asociados a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019?</p>	<p>gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019</p>	<p>gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019</p>		<p>•Antecedente de legrado uterino</p> <p>•Hipertensión arterial</p>	<p>Antecedente de legrado uterino</p> <p>PA ≥ 140/90mmHg</p>	
--	---	---	--	--	--	--

Anexo 3


UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ESCALA DE CALIFICACIÓN PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación

Titulada: FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIAS EN LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2019

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓		
2. La estructura del instrumento es adecuado	✓		
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	✓		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento		✓	
5. Los ítems son claros y entendibles	✓		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	✓		

SUGERENCIAS: *APPLICABLE*

.....

.....

.....



Harry Laveau Bartra Ph. D
CMP 27304 RNE. 11569
ESPECIALISTA EN CIRUGIA
Mg. y Dr. en Salud Pública
Ph. D en Investigación



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): *Eva María Herrera Sandoval*
Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación
Titulada: FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIAS EN LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2019

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. La estructura del instrumento es adecuada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de la variable	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Los ítems son claros y entendibles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SUGERENCIAS:

A. micoble
.....
.....
.....

Eva María Jesús Herrera Sandoval
CMP. 30356 - RNE. 18855
DOCTOR EN SALUD PÚBLICA



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ESCALA DE CALIFICACIÓN

PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): JORGE YBASETA MEDINA

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación

Titulada: FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIAS EN LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2019

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. La estructura del instrumento es adecuado	X		
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
5. Los ítems son claros y entendibles	X		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

.....
 NINGUNA

Dr. Jorge Ybaseta Medina
 GINECOLOGO - OBSTETRA
 DOCTOR EN MEDICINA
 C.M.P. 27245 R.I.E. N° 14053

1: de acuerdo 0: desacuerdo

PROCESAMIENTO:

b: Grado de concordancia significativa

Ta: N° total “de acuerdo” de jueces

Td: N° total de “desacuerdo” de jueces

Prueba de concordancia entre los jueces

$$b = \frac{T_a}{T_a + T_d} \times 100$$

Ejem:

$$b = \frac{17}{17 + 4} \times 100 = 0.809 \quad \text{Excelente validez}$$

Según Herrera

Conclusión de	0,53 a menos	Validez nula	jueces expertos:
	0,54 a 0,59	Validez baja	
	0,60 a 0,65	Válida	
	0,66 a 0,71	Muy válida	
	0,72 a 0,99	Excelente validez	
	1.0	Validez perfecta	

.....

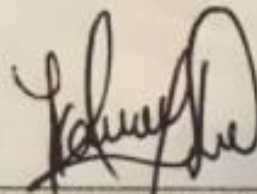
Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

N	
Estadístico de prueba	
Sig. asintótica (bilateral)	0,000 ^c

La prueba de Kolmogorov-Smirnov determina que la muestra no tiene distribución normal por lo que se utiliza una prueba no paramétrica como es el chi cuadrado.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo Bach. KATHERINE JULIA GAMBOA TUMBA declaro que la tesis elaborado por mi persona titulada FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIAS EN LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2019 es auténtico con una similitud menor de 21%.



KATHERINE JULIA GAMBOA TUMBA

DNI: 7033646