

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA



TESIS

“Características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytia Padre Abad - Ucayali 2023”

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Soto Celestino, Xhina Eddy

ASESORA: Marcelo Armas, Maricela Luz

HUÁNUCO – PERÚ

2025

U

D

H

**TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud Pública
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título
Profesional de Obstetra

Código del Programa: P02

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 71885506

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 04049506

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0001-8585-1426

DATOS DE LOS JURADOS:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Oscategui Torres, Dora Narvi Zulema	Obstetra	20089696	0000-0003 0463-5022
2	Argandoña Salazar, Leonor Julia	Doctor en ciencias de la salud	22404394	0000-0003 4682-776X
3	Rodríguez Acosta, Gladys Liliana	Doctora en ciencias de la salud	22404125	0000-0002- 4021-2361

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las **diez horas con treinta minutos** de la fecha **diecisiete** del mes de **marzo** del año **dos mil veinticinco**, se reunieron en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad, se reunió el jurado calificador integrado por los docentes:

- | | |
|---|-------------------|
| • DRA. LEONOR JULIA ARGANDOÑA SALAZAR | Presidente |
| • DRA. GLADYS LILIANA RODRIGUEZ DE LOMBARDI | Secretaria |
| • OBSTETRA DORA NARVI ZULEMA OSCATEGUI TORRES | Vocal |


Nombrados mediante **RESOLUCION 3324-2025-D-FCS-UDH**, para evaluar la Tesis intitulado **“CARACTERISTICAS DE LAS GESTANTES CON HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD AGUAYTIA PADRE ABAD - UCAYALI 2023”**; presentado por la Bachiller en Obstetricia la Sra. **Xhina Eddy SOTO CELESTINO**, para optar el Título Profesional de **Obstetra**.

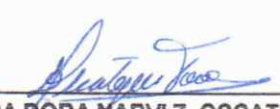
Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de SI y cualitativo de SOPROBANTE.

Siendo las, 11.36 horas del día **diecisiete** del mes de **marzo** del año **2025** los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


DRA. LEONOR JULIA ARGANDOÑA SALAZAR
DNI: 22404394
CÓDIGO ORCID: 0000-0003-4682-776X


DRA. GLADYS L. RODRIGUEZ DE LOMBARDI
DNI: 22404125
CÓDIGO ORCID: 0000-0002-4021-2361


OBSTETRA DORA NARVI Z. OSCATEGUI TORRES
DNI: 20089696
CÓDIGO ORCID: 0000-0003-0463-5022



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: XHINA EDDY SOTO CELESTINO, de la investigación titulada "Características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad - Ucayali 2023", con asesor(a) MARICELA LUZ MARCELO ARMAS, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 1655-2019-D-FCS-UDH del P. A. de OBSTETRICIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 25 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 11 de febrero de 2025



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



FERNANDO F. SILVERIO BRAVO
D.N.I.: 40618286
cod. ORCID: 0009-0008-6777-3370

33. Soto Celestino, Xhina Eddy.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

25%	24%	6%	10%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unu.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	tesis.unap.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	www.clinicalascondes.cl Fuente de Internet	1%



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



FERNANDO F. SILVERIO BRAVO
D.N.I.: 40618286
cod. ORCID: 0009-0008-6777-3370

DEDICATORIA

A mi amada madre, cuya fortaleza y amor incondicional me han acompañado en cada paso de mi vida. Gracias por ser mi mayor ejemplo de dedicación y esfuerzo. A ustedes, que han sido mi refugio en los momentos difíciles y mi motivo para alcanzar mis sueños, les dedico este logro con todo mi corazón.

A mi querido hermano, compañero de vida y de lucha, quien con sus palabras de ánimo y su presencia han sido mi impulso para no rendirme. Su apoyo y confianza en mí han sido fundamentales para llegar hasta aquí. Este trabajo es también suyo, porque juntos formamos un equipo indestructible.

AGRADECIMIENTO

A Dios

A ti, mi guía eterno, quien ha iluminado mi camino y fortalecido mi espíritu en los momentos de adversidad. Gracias por darme salud, sabiduría y el privilegio de aprender. Este logro es fruto de tu infinita bondad y amor.

A mi familia

A mi familia, pilar fundamental de mi vida, por estar a mi lado en cada desafío y compartir conmigo las alegrías de este proceso. Sus palabras de aliento, su paciencia y su amor incondicional han sido mi mayor fortaleza.

A los docentes de obstetricia de la Universidad de Huánuco

A los maestros y maestras que compartieron su conocimiento y experiencia, encendiendo en mí la llama de la curiosidad y el deseo de superación. Su dedicación y compromiso con mi formación profesional siempre serán motivo de admiración y agradecimiento.

A mi asesora

A mi asesora, por su guía inquebrantable y su compromiso con mi trabajo. Sus consejos, paciencia y apoyo constante fueron clave para culminar esta investigación. Gracias por creer en mí y por ser una luz en el camino hacia este logro.

INDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
INDICE	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	VIII
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCCIÓN	XI
CAPÍTULO I	13
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	15
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	15
1.3. OBJETIVOS	15
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	15
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
1.4. TRASCENDENCIA DE LA INVESTIGACIÓN/JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.4.1. TRASCENDENCIA PRÁCTICA	16
1.4.2. TRASCENDENCIA METODOLÓGICA	16
1.4.3. TRASCENDENCIA TEÓRICA	16
1.4.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	17
CAPÍTULO II	19
MARCO TEÓRICO	19
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	19
2.1.1. ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL	19
2.1.2. ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL	26
2.1.3. ANTECEDENTES A NIVEL REGIONAL	29
2.2. BASES TEÓRICAS	31

2.2.1. HEMORRAGIA GESTACIONAL.....	31
2.2.2. PATOLOGÍAS PARA EL DESARROLLO DE HEMORRAGIAS EN LA GESTACIÓN.....	34
2.2.3. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS.....	71
2.2.4. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.....	75
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES	76
2.4. SISTEMA DE HIPÓTESIS	77
2.5. SISTEMA DE VARIABLE	77
2.5.1. VARIABLE GENERAL	77
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE	78
CAPÍTULO III	80
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	80
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	80
3.1.1. ENFOQUE	80
3.1.2. NIVEL.....	80
3.1.3. DISEÑO	80
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	81
3.2.1. POBLACIÓN	81
3.2.2. MUESTRA.....	81
3.2.3. MUESTREO.....	83
3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	83
3.3.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	83
3.3.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	83
3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	83
3.4.1. RECOLECCIÓN DE DATOS	83
3.4.2. ELABORACIÓN DE DATOS.....	84
3.4.3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	84
3.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS	84
CAPÍTULO IV.....	86
RESULTADOS	86
4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS	86
4.1.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LA DIMENSIÓN DEMOGRÁFICA	86

4.1.2. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LA DIMENSIÓN OBSTÉTRICA	91
.....	91
CAPÍTULO V.....	96
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	96
5.1. CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS	96
CONCLUSIONES	99
RECOMENDACIONES.....	100
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
ANEXOS	112

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la edad en gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023	86
Tabla 2. Distribución del lugar de procedencia de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023.....	87
Tabla 3. Distribución de la ocupación de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023	88
Tabla 4. Distribución del estado civil de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023	89
Tabla 5. Distribución del nivel de educación de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023	90
Tabla 6. Distribución por edad gestacional de las gestantes con hemorragia en el tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023	89
Tabla 7. Número de atenciones prenatales recibidas por las gestantes con hemorragia en el tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023.....	92
Tabla 8. Paridad de las gestantes con hemorragia en el tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023.....	93
Tabla 9. Nivel de hemoglobina de las gestantes con hemorragia en el tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023	94
Tabla 10. Índice de masa corporal de las gestantes con hemorragia en el tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023	95

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de la edad en gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023	86
Figura 2. Distribución del lugar de procedencia de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023.....	87
Figura 3. Distribución de la ocupación de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023	88
Figura 4. Distribución del estado civil de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023	89
Figura 5. Distribución del nivel de educación de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023	90
Figura 6. Distribución por edad gestacional de las gestantes con hemorragia en el tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023	89
Figura 7. Número de atenciones prenatales recibidas por las gestantes con hemorragia en el tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023.....	92
Figura 8. Paridad de las gestantes con hemorragia en el tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023.....	93
Figura 9. Nivel de hemoglobina de las gestantes con hemorragia en el tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023	94
Figura 10. Índice de masa corporal de las gestantes con hemorragia en el tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023	95

RESUMEN

Objetivo. Describir las características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad - Ucayali, 2023. **Método.** Estudio observacional, transversal y retrospectivo, con enfoque cuantitativo y nivel descriptivo. Se trabajó con una muestra de 90 gestantes seleccionadas mediante muestreo probabilístico aleatorio simple. La recolección de datos se realizó mediante una ficha estructurada. **Resultados.** El análisis de las características demográficas de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre reveló que el 40.0% (36 casos) de las gestantes tenía entre 18 y 25 años. La mayoría (78.9%, 71 casos) provenía de zonas urbanas, el 46.7% (42 casos) eran amas de casa y el 53.3% (48 casos) vivían en convivencia. El 40.0% (36 casos) solo había completado la educación secundaria. Obstétricamente, el 100.0% se encontraba en el tercer trimestre de gestación. Un 36.7% (33 casos) recibió entre 6 y 8 controles prenatales, mientras que el 41.1% (37 casos) eran nulíparas. Además, el 53.3% (48 casos) presentó anemia leve (hemoglobina entre 10.0 y 10.9 mg/dl) y el 41.1% (37 casos) tenía un IMC normal (18.5 a 24.9). **Conclusiones.** La mayoría de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre eran jóvenes, urbanas y con bajo nivel educativo. A pesar de recibir controles prenatales, predominó la anemia leve y un IMC normal. Estos hallazgos resaltan la importancia de un seguimiento prenatal oportuno para reducir complicaciones maternas.

Palabras clave. Características, grávidas, hemorragia, tercer trimestre, atención prenatal.

ABSTRACT

Objective. To describe the characteristics of pregnant women with third-trimester hemorrhages treated at the Aguaytía Padre Abad Health Center - Ucayali, 2023. **Method.** Observational, cross-sectional, and retrospective study with a quantitative approach and descriptive level. A sample of 90 pregnant women was selected using simple random probabilistic sampling. Data collection was conducted through a structured form. **Results.** The analysis of the demographic characteristics of pregnant women with third-trimester hemorrhages revealed that 40.0% (36 cases) were between 18 and 25 years old. The majority (78.9%, 71 cases) came from urban areas, 46.7% (42 cases) were housewives, and 53.3% (48 cases) lived in cohabitation. Additionally, 40.0% (36 cases) had only completed secondary education. Obstetrically, 100.0% were in the third trimester of pregnancy. A total of 36.7% (33 cases) received between 6 and 8 prenatal checkups, while 41.1% (37 cases) were nulliparous. Moreover, 53.3% (48 cases) had mild anemia (hemoglobin between 10.0 and 10.9 mg/dl), and 41.1% (37 cases) had a normal BMI (18.5 to 24.9). **Conclusions.** Most pregnant women with third-trimester hemorrhages were young, urban, and had a low educational level. Despite receiving prenatal checkups, mild anemia and a normal BMI were predominant. These findings highlight the importance of timely prenatal follow-up to reduce maternal complications.

Keywords. Characteristics, pregnant women, hemorrhage, third trimester, prenatal care.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia obstétrica, particularmente en el tercer trimestre del embarazo, representa un importante problema de salud pública debido a su impacto crítico en la mortalidad materna y perinatal. ⁽⁶⁾ A nivel global, esta condición contribuye al 30% de las muertes maternas, siendo la principal causa de mortalidad en Perú en diversos años. ^(7, 8) Aunque la tasa de mortalidad materna en el país fue de 69 muertes por cada 100,000 nacidos vivos en 2020, ⁽³⁾ cifras inferiores al promedio regional, las disparidades geográficas, económicas y sociales incrementan la vulnerabilidad de las gestantes en zonas rurales y fronterizas. Ucayali, por ejemplo, muestra un aumento paulatino de muertes maternas por complicaciones como la hemorragia obstétrica, lo que evidencia una necesidad urgente de investigación y mejora en la atención sanitaria. ⁽¹⁷⁾

En este contexto, surge la pregunta de: ¿Cuáles son las características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad - Ucayali 2023?

El presente estudio se justifica por su relevancia social y su impacto potencial en la comunidad, particularmente en mujeres embarazadas y profesionales de la salud. Su desarrollo permite fortalecer la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la hemorragia del tercer trimestre, contribuyendo a la reducción de riesgos maternos. Asimismo, su aplicación práctica ofrece oportunidades de mejora en la atención obstétrica, optimizando los protocolos de respuesta ante emergencias hemorrágicas.

En este marco, el objetivo principal de la investigación fue describir las características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad - Ucayali 2023. A partir de los hallazgos obtenidos, se identificaron tendencias demográficas y obstétricas clave, como la predominancia de mujeres jóvenes, urbanas y con bajo nivel educativo. Además, se observó que, a pesar de la asistencia a controles prenatales, la anemia leve y el índice de masa corporal dentro de parámetros normales fueron factores comunes en las gestantes afectadas. Estos resultados evidencian la necesidad de un monitoreo más exhaustivo en

la atención prenatal, garantizando intervenciones oportunas que prevengan complicaciones maternas.

Desde el punto de vista metodológico, se realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo, con enfoque cuantitativo y nivel descriptivo. Se trabajó con una muestra de 90 gestantes, seleccionadas mediante muestreo probabilístico aleatorio simple. La recolección de datos se efectuó a través de una ficha estructurada, permitiendo analizar las variables de interés con precisión.

Para el desarrollo de la investigación, se recurrió a diversas fuentes de información, incluyendo libros virtuales, revistas académicas y tesis disponibles en repositorios académicos nacionales, asegurando un sustento teórico sólido. No obstante, se presentaron ciertas limitaciones, principalmente dificultades en la recopilación de datos, dado que la calidad y disponibilidad de los registros clínicos resultaron ser variables. Además, la obtención de información detallada sobre los eventos del tercer trimestre representó un desafío adicional.

En conclusión, la hemorragia obstétrica sigue siendo una causa significativa de morbilidad materna, requiriendo estrategias de prevención y atención más eficaces. Este estudio aporta información relevante para fortalecer la vigilancia prenatal y optimizar la respuesta clínica ante emergencias obstétricas, contribuyendo así a la mejora de la salud materna en contextos vulnerables.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La muerte perinatal se refiere a la ocurrencia de fallecimientos durante el periodo perinatal, que abarca desde las 22 semanas completas de gestación hasta siete días completos después del nacimiento. A pesar de las variaciones en las distintas regiones, la mortalidad perinatal sigue siendo un importante problema de salud pública mundial. Estas variaciones indican desigualdades injustas y éticamente inaceptables, observándose a menudo tasas más elevadas en las zonas fronterizas, donde los movimientos de población y las limitadas infraestructuras sanitarias pueden dificultar la adopción de medidas de control eficaces. ⁽¹⁾

Una investigación del CMI indica que se produjo un aumento de la mortalidad materna durante la pandemia de COVID-19 en comparación con 2019. La tasa de mortalidad materna aumentó de 17 muertes por cada 100 mil nacidos vivos en 2019 a 34 muertes en 2020, luego de contabilizar el número de nacidos vivos. ⁽²⁾

La tasa de mortalidad materna en Perú en 2020 se situó en 69 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. ⁽³⁾

La tasa de mortalidad materna del Perú en 2020, según el Banco Mundial, es de 69, inferior a la tasa promedio de la región. ⁽⁴⁾

Sin embargo, las regiones con las tasas más elevadas de mortalidad materna abarcan las regiones nororientales y sur andino, junto con las comunidades rurales. Las disparidades de ingresos, educación, raza o etnia aumentan la vulnerabilidad de las embarazadas marginadas, lo que se traduce en una disponibilidad limitada de atención materna crucial. En 2021, la hemorragia obstétrica y las enfermedades hipertensivas fueron la principal causa de mortalidad materna. ⁽⁵⁾

La hemorragia obstétrica en el tercer trimestre es una complicación crítica del embarazo que supone un riesgo para la madre y el feto. Supone una pérdida sustancial de sangre durante la fase final del embarazo, es decir,

los tres últimos meses de gestación. Esta complicación obstétrica supone una amenaza sustancial tanto para la madre como para el feto, y requiere una intervención médica rápida. ⁽⁶⁾

A nivel mundial, se cree que la hemorragia obstétrica es la principal causa de mortalidad materna, provocando la muerte del 30% de las mujeres embarazadas o puérperas. ⁽⁷⁾ La hemorragia obstétrica ha sido la principal causa de mortalidad materna en el Perú en varios años, representando el 23,1% de los casos. Sin embargo, en 2018 fue superada por la preeclampsia, que alcanzó por primera vez la posición número uno. ⁽⁸⁾

El desprendimiento prematuro de placenta es una causa prominente de hemorragia obstétrica en el tercer trimestre, mientras que la placenta previa puede ocurrir en el segundo y tercer trimestre. Los trastornos de la coagulación, como la coagulopatía, también son causas importantes de desarrollo. Además, la placenta acreta puede provocar hemorragias graves durante el tercer trimestre. ^(9, 10, 11, 12)

En 2014, la hemorragia obstétrica representó el 16,7% de las muertes maternas en la región Huánuco, lo que la convierte en la segunda causa más frecuente. ⁽¹³⁾

Actualmente, la región Huánuco presenta notables dificultades en cuanto a mortalidad materna, identificándose la hemorragia obstétrica como un factor primordial. En el año 2021, se identificaron diversos factores, entre ellos la hemorragia obstétrica, como causas de muerte materna en Huánuco. ⁽¹⁴⁾

La Oficina de Estadística de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Huánuco ha reportado 38 muertes maternas en la región. La hemorragia obstétrica es identificada como una emergencia obstétrica importante, contribuyendo a una tasa de mortalidad materna que oscila entre 30% y 50%. ^(15, 16)

Por el contrario, en la región Ucayali se han observado notables dificultades en cuanto a la mortalidad materna por hemorragia postparto. Se ha registrado un incremento paulatino en la ocurrencia de muertes maternas, documentándose 24 muertes en el 2020. A pesar de que el MINSA implementa un manejo normativo, las tasas de mortalidad no han disminuido y, en muchos lugares, como el nuestro, su prevalencia ha aumentado. ⁽¹⁷⁾

Por consiguiente, realizar un estudio sobre las características de las mujeres embarazadas que sufren hemorragias durante el tercer trimestre será ventajoso para mejorar la atención de la salud materna y disminuir las tasas de mortalidad. Una investigación de este tipo aportaría datos vitales sobre los factores de riesgo, los síntomas y las complicaciones relacionadas con las hemorragias del tercer trimestre.

Esto, a su vez, podría ayudar a formular estrategias de prevención, métodos de detección precoz y enfoques terapéuticos eficaces. Además, es crucial mejorar el conocimiento y la comprensión de los profesionales sanitarios y la comunidad acerca de la rápida identificación y gestión de estas circunstancias. Esto puede contribuir en gran medida a la reducción de la mortalidad materna asociada a la hemorragia obstétrica. (7, 18, 19)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son las características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytia Padre Abad - Ucayali 2023?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

PE₁: ¿Cuáles son las características demográficas de las gestantes, con hemorragia del tercer trimestre del embarazo, atendidas en el Centro de Salud Aguaytia Padre Abad - Ucayali 2023?

PE₂: ¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre del embarazo, atendidas en el Centro de Salud Aguaytia Padre Abad - Ucayali 2023?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Describir las características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytia Padre Abad - Ucayali 2023

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OE₁: Describir las características demográficas de las gestantes, con hemorragia del tercer trimestre del embarazo, atendidas en el Centro de Salud Aguaytia Padre Abad - Ucayali 2023

OE₂: Describir las características obstétricas de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre del embarazo, atendidas en el Centro de Salud Aguaytia Padre Abad - Ucayali 2023

1.4. TRASCENDENCIA DE LA INVESTIGACIÓN/JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Tiene una importancia práctica, metodológica y teórica sustancial en el ámbito de la salud pública y la asistencia médica.

1.4.1. TRASCENDENCIA PRÁCTICA

El propósito de la investigación fue describir las características demográficas y obstétricas de las gestantes con hemorragia en el tercer trimestre, brindando información relevante para mejorar la atención en el nivel primario de salud. Además, los hallazgos del estudio pueden contribuir al diseño de estrategias en salud pública y educación reproductiva, con el objetivo de optimizar el manejo de estos casos. ⁽²⁰⁾

1.4.2. TRASCENDENCIA METODOLÓGICA

Esta investigación tiene el potencial de mejorar el desarrollo de metodologías y enfoques metodológicos novedosos en la investigación de la hemorragia del tercer trimestre. Por ejemplo, el estudio aporta ideas útiles sobre la selección de participantes, la recogida de datos y la evaluación de las características de las mujeres embarazadas que sufrieron hemorragias en el tercer trimestre. Esto mejora el diseño de estudios posteriores y aumentar la calidad de la investigación en este campo. ⁽²¹⁾

1.4.3. TRASCENDENCIA TEÓRICA

El potencial reside en abordar un déficit de conocimientos en el campo de la obstetricia, mejorando la comprensión de causas, los síntomas y los problemas relacionados con la hemorragia del tercer trimestre. Esto mejora el avance y la progresión de las teorías relativas a la atención materna y la salud reproductiva, así como facilita la formulación de hipótesis para futuros estudios. ⁽²¹⁾

1.4.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El proyecto se centró en la importancia social y el impacto potencial en la comunidad, especialmente en las mujeres embarazadas y los profesionales sanitarios, al mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la hemorragia del tercer trimestre. Además, esta investigación tuvo importantes ramificaciones prácticas a la hora de abordar cuestiones tangibles relativas a la salud materna, así como la oportunidad de mejorar el nivel del tratamiento obstétrico. ⁽²²⁾

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- Dificultades en la recopilación de datos, es decir, el estudio se vio restringido por la limitada disponibilidad de datos y la calidad de los registros clínicos. Además, la adquisición de información exhaustiva y precisa sobre los acontecimientos que potencialmente se produjeron en el tercer trimestre planteó dificultades.
- Los estudios observacionales fueron susceptibles de sesgos de observación, incluidos los problemas con la recopilación de datos y el potencial sesgo de recuerdo.
- Escasez de referencias bibliográficas actuales.
- La investigación se limitó a un año de duración.
- Variabilidad regional, la investigación estuvo limitada por la necesidad de tener en cuenta estas variaciones y su influencia en la aplicabilidad de los resultados.
- Las variaciones en la cultura influyeron en las prácticas de atención sanitaria y en la propensión de las mujeres a solicitar asistencia.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación fue viable por su relevancia social. Abordar la mortalidad materna fue esencial para mejorar el bienestar de las mujeres y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Los resultados de la investigación influirán directamente en la formulación y modificación de políticas relacionadas con la salud materna, mejorando así la calidad de la atención y reduciendo las tasas de mortalidad.

Esta investigación tiene el potencial de ofrecer datos cruciales para el desarrollo de intervenciones preventivas.

Conocer las limitaciones y dificultades propias de un área concreta permitió formular planteamientos más individualizados y eficaces para combatir la mortalidad materna.

La viabilidad mejora gracias al potencial de colaboración interdisciplinar, que implicó la participación de profesionales sanitarios.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL

India (2019), Nirajan et al, ⁽²³⁾ **“Hemorragia accidental en el tercer trimestre: resultado materno y fetal”**, proporciona información general sobre el desprendimiento prematuro de placenta o hemorragia accidental, que se considera una emergencia obstétrica crítica. Esta afección se caracteriza por su naturaleza realmente accidental y la escasa presencia de síntomas de alerta. Queremos investigar los resultados maternos y fetales de las pacientes con desprendimiento prematuro de placenta en un hospital de referencia de atención terciaria en un centro rural. Este estudio proporcionará información valiosa para desarrollar estrategias de tratamiento eficaces y reducir las tasas de mortalidad y morbilidad. El estudio tiene un diseño observacional prospectivo y se lleva a cabo en el Departamento de Obstetricia y Ginecología de un centro de atención terciaria desde septiembre de 2015 hasta agosto de 2019. Un total de 270 casos de abandono de placenta se incluyeron en el estudio realizado en la sala de emparejamiento y emparejamiento. Los datos relativos a los parámetros maternos y fetales se documentaron en una tabla exhaustiva dentro de Microsoft Excel 2010 y posteriormente se examinaron utilizando el paquete estadístico para el software de ciencias sociales (SPSS) versión 20.0. Resultados: Este estudio incluyó un total de 29.887 coincidencias, de las cuales se identificaron 270 casos de desprendimiento prematuro de placenta, lo que arrojó una tasa de incidencia del 0,9%. La manifestación predominante observada fue la hemorragia vaginal (85,6%), seguida de dolor abdominal (70,7%). La preeclampsia (39,6%) y la anemia (32,2%) se identificaron como los principales factores de riesgo de hemorragia involuntaria. La tasa de cesáreas fue del 40,7% (n=110), pero la de partos con fórceps fue del 4,8% (n=13). Las complicaciones maternas

observadas fueron hemorragia posparto (18,9%), coagulación intravascular diseminada (10%), insuficiencia renal aguda (4,1%) y sepsis puerperal (1,9%). La tasa de mortalidad materna fue del 1,9%. El 74,8% de los casos tuvieron bajo peso al nacer, definido como inferior a 2,5 kg. La tasa de mortalidad neonatal fue del 35,2% y la de mortinatalidad del 12,6%. Resumen: El desprendimiento prematuro de placenta, también conocido como hemorragia involuntaria, es un importante factor de riesgo de morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal. Por lo tanto, es crucial tomar medidas para disminuir la incidencia del desprendimiento prematuro de placenta. Mejorar la atención prenatal, anticipar y evaluar las variables de alto riesgo relacionadas y abordar con prontitud las dificultades puede mejorar los resultados maternos y perinatales en estos casos. El desprendimiento de placenta debe realizarse en centros equipados con sofisticados servicios de atención materna y neonatal.

Cuba (2020), Redonda, ⁽²⁴⁾ **“Hemorragia del tercer periodo del parto Hospital Vladimir I. Lenin. Enero - junio 2020”**. Describe como introducción que la hemorragia es la complicación más notable que puede producirse durante el embarazo. Cuyo objetivo es determinar los factores que contribuyen a la hemorragia obstétrica significativa. Se realizó un estudio observacional, transversal y evolutivo en el Hospital General Vladimir Ilich Lenin de Holguín de enero a junio de 2020. El grupo está constituido por 64 mujeres que presentaron una hemorragia obstétrica significativa. Resultados: El grupo de 20 a 24 años representa el 37,50 % del total, con una edad media de 26,65 años y una desviación estándar de $\pm 6,5$ años. La duración del embarazo en el 65,63% de los casos se sitúa en el intervalo de 37 a 39 semanas, con una duración media de 38,2 semanas y una desviación típica de $\pm 2,1$ días. El 42,19% de los individuos no tenían antecedentes médicos, mientras que en el 21,88% predominaba el sobrepeso y en el 14,06% la obesidad. No había problemas médicos en el 40,63% de los casos, mientras que la anemia estaba presente en el 20,31%. El 62,50% de los partos se produjeron por parto eutiroideo, mientras que el 37,50% se produjeron por cesárea.

Los factores periparto incluyeron la administración de oxitocina en el 43,75% de los casos, seguida de la realización de episiotomía en el 40,63% de los casos. La mayoría de los recién nacidos tenían un peso comprendido entre 3.000 y 3.499 gramos, lo que representa el 37,50% del total. El peso medio fue de 3422 gramos, con una desviación típica de ± 349 gramos. Resultados: El 90,63% de las pacientes sobrevivieron sin complicaciones a largo plazo al alta, el 7,81% precisaron histerectomía obstétrica y solo el 1,56% experimentaron fístula anal. No se registró ninguna muerte.

India (2022), Vandana, ⁽²⁵⁾ **“Un estudio prospectivo de la morbilidad materna aguda severa y la morbilidad materna cerca de la señorita en un hospital de atención terciaria”**. Explora cómo se ha utilizado el proceso de detección de casos de morbilidad materna grave como estrategia para prevenir la mortalidad materna. El objetivo primario del estudio era examinar la etiología de la morbilidad materna aguda grave (MAMG) y la casi-muerte materna (MM) en mujeres embarazadas, así como los factores de riesgo relacionados. El estudio se realizó sobre una muestra de 300 embarazadas, compuesta por 269 diagnosticadas de SAMM y 31 diagnosticadas de NM. Se documentó la edad de la paciente, el número de embarazos previos, la edad gestacional en el momento del ingreso, los antecedentes médicos prenatales, los problemas de salud existentes, el método de parto y el ingreso en la unidad de cuidados intensivos para recibir los tratamientos médicos y quirúrgicos necesarios. Se llevó a cabo un análisis de regresión logística multinomial para evaluar los factores de riesgo relacionados con la morbilidad materna aguda grave (MAMG) y la casi pérdida (MM). Los resultados indican que la hemorragia fue la causa predominante de mortalidad materna. La tasa de incidencia de casi partos (MM) maternos fue de 11,58 por 1.000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad materna por NM fue 2,5 veces superior a la tasa de incidencia. La tasa de mortalidad fue del 3,8% en los casos con morbilidad materna aguda grave (MAMG) y NM, y del 27% en los casos con complicaciones potencialmente mortales. Este estudio reveló que las mujeres con un bajo nivel

educativo, que han dado a luz varias veces, que se encuentran en el tercer trimestre o en el periodo posparto, que no han tenido suficientes visitas prenatales y que carecen de concienciación tienen un mayor riesgo de sufrir morbilidad materna aguda grave (MAMG) y cuasi accidentes (MM). Estos hallazgos contribuyen a nuestra comprensión actual de la SAMM y la NM, destacando la importancia del diagnóstico precoz y la mejora de la calidad de la gestión de los cuidados críticos para la salud materna. De este modo, podemos reducir significativamente las muertes maternas. La aplicación de medidas proactivas durante la tercera fase del parto, que identifiquen y aborden con prontitud la hipertensión elevada, contribuye significativamente a minimizar la aparición de morbilidad materna aguda grave (MAMG) y de cuasi accidentes (MC).

Francia (2022), Golfista, ⁽²⁶⁾ **“Hemoperitoneo espontáneo en el embarazo: una complicación materna y fetal de la endometriosis que pone en peligro la vida”**, explica que el hemoperitoneo espontáneo en el embarazo (SHiP) es una complicación peligrosa que puede ocurrir en mujeres con endometriosis durante el embarazo. Presentamos un análisis detallado de las características clínicas y los resultados tanto para la madre como para el feto en 11 casos recientemente identificados de SHiP asociado a endometriosis. Además, revisamos y resumimos los resultados de 43 casos previamente descritos y documentados en la literatura desde 1995. El estudio visitó 60 maternidades de la región francesa de Auvergne-Rhône-Alpes para identificar casos de hospitalizaciones quirúrgicas durante el embarazo (SHiP) relacionados con la endometriosis. Al mismo tiempo, se llevó a cabo un análisis exhaustivo de la literatura existente utilizando la tabla PRISMA para documentar los casos publicados. Resultados: Este estudio presenta un total de cincuenta y cuatro casos de SHIP relacionados con endometriosis. Los procedimientos de reproducción asistida dieron lugar a la concepción en veinticuatro pacientes, lo que representa el 44% del total. El hemoperitoneo estaba presente antes del parto en 47 de los 54 casos, lo que representa el 87% del total. La edad gestacional media de

inicio de los síntomas fue de 27 semanas, con un rango de 13 a 40+6 semanas. 24 de 51 pacientes (47%) presentaron shock hipovolémico. Del total de mujeres, 46 (85%) fueron sometidas a laparotomía, 5 (9%) a laparoscopia y 2 (2%) a radiología intervencionista. En 29 casos (54%), la hemorragia se produjo en el compartimento mediolateral de la pelvis. Concretamente, 24 de estos 29 casos (83%) presentaban hemorragias procedentes de los vasos del ligamento ancho. La pérdida sanguínea media estimada fue de 1957 ml, con un rango de 150 a 7500 ml. Fue necesaria una histerectomía periparto de urgencia en 3 de los 54 casos, lo que representa el 6% del total. No se produjo ninguna muerte entre las madres. La duración media del embarazo en el momento del parto fue de 30 semanas (oscilando entre 13 semanas y 2 días y 42 semanas). En 19 de los 64 casos, lo que representa el 30% del total, el feto había fallecido. Puede concluirse que el SHiP es una consecuencia de la endometriosis que a menudo se pasa por alto y que puede poner en peligro la vida del feto. En la mayoría de los casos, es necesaria una laparotomía de urgencia para localizar y tratar el origen de la hemorragia y salvar así la vida de la madre. Las perspectivas para el feto siguen siendo malas.

Ecuador (2022), Erazo, ⁽²⁷⁾ **“Hemorragia en el parto y en el embarazo”**, Menciona que la muerte materna es un problema importante y urgente en el ámbito de la salud pública mundial. La incidencia mundial de la mortalidad materna es alarmantemente alta, sobre todo en las naciones subdesarrolladas. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres debido a dificultades asociadas al embarazo o el parto. El enfoque más eficaz para reducir los acontecimientos adversos y la morbilidad y mortalidad materna en general es el diagnóstico precoz y el tratamiento rápido con medidas generales de soporte vital, junto con medidas específicas para controlar las hemorragias. Esto puede lograrse desarrollando estrategias y protocolos dentro de los servicios sanitarios. El objetivo de este estudio es ofrecer una visión concisa de las características fundamentales de la hemorragia durante el embarazo y el parto. La investigación se realizó mediante una

técnica documental bibliográfica, empleando específicamente la modalidad de revisión. Los principales factores que contribuyen a la hemorragia durante el embarazo son el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, la placenta previa, la rotura uterina y la rotura de la baya previa. Las causas de hemorragia durante el parto incluyen el letargo o la atonía uterina, los restos placentarios, el acretismo placentario, la inversión uterina y el traumatismo del canal del parto. Las hemorragias durante el embarazo y el parto contribuyen de forma significativa a la mortalidad y morbilidad maternas. Es crucial comprender los mecanismos, síntomas, factores de riesgo y causas de esta afección para poder realizar diagnósticos precisos y oportunos y proporcionar una intervención precoz. Este enfoque es esencial para mejorar el pronóstico de las pacientes afectadas.

Bangladesh (2023), Jabeen et al, ⁽²⁸⁾ **“Mortalidad materna relacionada con la hemorragia en Bangladesh: Niveles, tendencias, momento de la muerte y prácticas de búsqueda de atención basadas en encuestas basadas en la población representativas a nivel nacional”**, proporciona información de fondo sobre la prevalencia de las muertes maternas causadas por hemorragias. Destaca que las hemorragias contribuyen de forma significativa a la mortalidad materna en todo el mundo, y que la mayoría de estas muertes se pueden prevenir. Además, subraya que los países de ingresos bajos y medios, entre ellos Bangladesh, son los más afectados por este problema. En este estudio, analizamos los niveles actuales, los patrones, el momento de la mortalidad y los comportamientos de búsqueda de asistencia sanitaria asociados a las muertes maternas causadas por hemorragias en Bangladesh. Realizamos un análisis secundario utilizando datos de las Encuestas de Mortalidad Materna de Bangladesh (BMMS), representativas a nivel nacional y completadas en 2001, 2010 y 2016. La recopilación de información sobre la causa de la muerte se realizó mediante entrevistas verbales de autopsia (AV), utilizando una versión modificada del cuestionario estándar de AV de la Organización Mundial de la Salud que se adaptó al país específico. Profesionales médicos que

habían recibido formación especializada examinaron el cuestionario de VA y determinaron la causa de la muerte utilizando los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). La hemorragia constituyó el 31% (intervalo de confianza [IC] del 95% = 24-38) de todas las muertes maternas en el BMMS de 2016, en comparación con el 31% (IC del 95% = 25-41) en el BMMS de 2010 y el 29% (IC del 95% = 23-36) en el BMMS de 2001. La tasa de mortalidad específicamente relacionada con la hemorragia no mostró cambios significativos entre el BMMS de 2010 (60 por 100.000 nacidos vivos, rango de incertidumbre (UR) = 37-82) y el BMMS de 2016 (53 por 100.000 nacidos vivos, etc. UR = 36-71). Aproximadamente el 70% de las muertes maternas causadas por hemorragia se produjeron en un periodo de 24 horas tras el parto. Entre las fallecidas, el 24% se abstuvo de buscar atención médica fuera de su residencia, mientras que el 15% buscó atención en más de tres lugares diferentes. Alrededor del 66% de las muertes maternas causadas por hemorragias se produjeron durante partos domiciliarios. Se puede concluir que la hemorragia posparto sigue siendo la principal causa de muerte materna en Bangladesh. Para mitigar estas muertes evitables, el Gobierno de Bangladesh y las partes implicadas deberían aplicar medidas que garanticen el conocimiento por parte de la comunidad de la necesidad de buscar asistencia médica durante el parto.

Ethiopia (2023), Teka et al, ⁽²⁹⁾ **“Experiencia de complicación durante el embarazo y el lugar de parto entre mujeres embarazadas: un estudio transversal”**, destacan que en Etiopía las complicaciones obstétricas, como las hemorragias y los trastornos hipertensivos del embarazo, siguen contribuyendo en gran medida a la mortalidad materna. A diferencia de otras causas como el aborto, estas complicaciones son especialmente difíciles de tratar para las mujeres que dan a luz fuera de los centros sanitarios. La tasa bruta de mortalidad directa por causas obstétricas en este país se debió a complicaciones obstétricas directas. El objetivo de este estudio fue evaluar la correlación entre la aparición de complicaciones durante el embarazo y el lugar

donde dan a luz las mujeres embarazadas. Planteamiento: Se llevó a cabo un estudio transversal en un entorno comunitario para recopilar datos iniciales para una investigación de ensayo de control aleatorio. El tamaño de la muestra calculado para este estudio de cohortes se basó en supuestos para detectar un aumento mínimo tolerable de la dieta del 11% al 31%, con un intervalo de confianza del 95% y una potencia del 80%. Se consideró un coeficiente de correlación intracluster de 0 a 2, con un tamaño de cluster de 10. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 22. Resultados: La aparición de problemas autodeclarados relacionados con el embarazo fue del 15,9% (IC: 12,7-19,1), mientras que la tasa de partos domiciliarios fue del 46,90% (IC 95%: 42,5-51,1). Las mujeres que no tuvieron hemorragias vaginales quintuplicaron la probabilidad (AOR 5,28; IC 95%: 1,79-15,56) de dar a luz en casa en comparación con las que sí experimentaron este problema. Las mujeres que no sufrían fuertes dolores de cabeza tenían una probabilidad significativamente mayor de dar a luz en casa, con una odds ratio ajustada (AOR) de 2,45 (intervalo de confianza del 95%: 1,01-5,97). El estudio reveló que el parto en casa era frecuente entre las participantes, aunque los problemas relacionados con el embarazo, como la hemorragia vaginal y el dolor de cabeza intenso, se identificaron como factores que aumentaban la probabilidad de dar a luz en un centro sanitario. De ahí que los investigadores sugirieran integrar la narración de historias en los actuales paquetes de programas de divulgación sanitaria para mejorar la difusión de los servicios, a condición de verificar su eficacia mediante más estudios.

2.1.2. ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL

Lima (2019), Rojas, ⁽³⁰⁾ **“Características de las gestantes con placenta previa Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho enero a diciembre 2016-2017”**, Con el objetivo de identificar las características de las gestantes con placenta previa en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho, 2016-2017. Cuya metodología realizó una investigación retrospectiva y descriptiva para identificar las características de las pacientes con placenta previa.

Resultados: Se revisaron 68 historias clínicas de gestantes que presentaron placenta previa en estos años, el grupo etario más afectado fueron de 26 a 35 años 52,9%, y 38,2% se encontraban entre 28 a 34 semanas y 37 a más semanas de gestación, la complicación materna que se presentó con mayor frecuencia fue la anemia postparto (54,4%). Conclusiones: la placenta previa oclusiva total se presentó en 89,7% y 77,9% se presentó en pacientes que no tuvieron cirugía uterina previa, además se presentó en 70,6% sin antecedentes de aborto, por otro lado, no hubo muerte materna y solo 2,9% terminó como muerte fetal o fallecimiento.

Lima (2020), Rivera, ⁽³¹⁾ **“Factores de riesgo asociados a hemorragias de la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, Ica-Perú” en el periodo 2017-2019**”, Con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados al sangrado en el segundo semestre del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, Ica-Perú en el periodo 2017-2019. Metodología: Se trata de un estudio analítico, retrospectivo, observacional, transversal con casos y control. Se utilizó un formulario de recolección de datos, con una muestra de 107 historias clínicas de pacientes que presentaron hemorragia en el segundo semestre del embarazo. Resultados: Los factores de riesgo asociados a hemorragia en la segunda mitad del embarazo fueron nacionalidad peruana ($p= 0,001$; OR= 3,085; IC 95%: 1,517-6,291), placenta previa ($p= 0,001$; OR= 33,199; IC 95%: 13,283-82. 975), desprendimiento de placenta ($p= 0,001$; OR= 14,140; IC 95%: 4,169-47,964), antecedentes de cesárea previa ($p= 0,032$; OR= 2,205; IC 95%: 1,059-4,587) y menos de 6 controles prenatales ($p= 0,001$; OR= 2,971; IC 95%: 1,634-5,404). Conclusiones: Los factores asociados a hemorragia en la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Pisco fueron nacionalidad peruana, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, antecedente de cesárea previa y controles prenatales.

Huánuco (2021), Acuña y Bravo, ⁽³²⁾ **“Importancia de la ecografía en la predicción de las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes del Centro de Salud Aparicio Pomares. Huánuco – 2018”** La investigación se realizó en el Centro de Salud Aparicio Pomares, con el objetivo de determinar la importancia de la ecografía en la predicción del sangrado en la segunda mitad del embarazo en gestantes. Esta investigación fue descriptiva, transversal y retrospectiva con un diseño de estudio analítico, explicativo y no experimental. La muestra estuvo constituida por 64 gestantes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión y fueron seleccionadas por muestreo no probabilístico de conveniencia. La técnica utilizada fue el análisis documental y el instrumento utilizado fue una ficha de contenido, que fue validada con coeficiente Alfa de Cronbach de 0,862, indicando alta fiabilidad. Los principales resultados obtenidos fueron: del total de gestantes, 62,5% tenían entre 19 y 35 años de edad; 46,9% tenían una edad gestacional de 29 a 36 semanas; 25,0% (16) presentaron hallazgos ecográficos patológicos; del 100% de pacientes que presentaron placenta previa (9), 77,8% (7) presentaron hemorragia; del 100% de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta (7), todas presentaron hemorragia; la ecografía mostró 88,0% de sensibilidad para los hallazgos ecográficos. Se concluye que la ultrasonografía es importante como prueba predictiva de hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes del Centro de Salud Aparicio Pomares - Huánuco.

Cusco (2021), Baca y León, ⁽³³⁾ **“Complicaciones maternas en pacientes con diagnóstico de hemorragia en la segunda mitad del embarazo atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2019”**, menciona que el estudio es descriptivo, transversal y utiliza un enfoque cuantitativo y retrospectivo. Resultados: El estudio encontró que el 59,58% de las participantes tenían entre 19 a 34 años de edad. Además, 56,38% tenían educación secundaria, 58,51% convivían y 55,32% eran amas de casa. En cuanto a los cuidados prenatales, el 64,89% los tenía bien controlados. Además, el 53,19% de las participantes habían

experimentado dos gestaciones, siendo las principales causas de hemorragia la placenta previa (61,71%) y el desprendimiento prematuro de placenta (25,53%). Por último, el 25% de las participantes experimentaron problemas en forma de anemia. Los porcentajes de complicaciones observados en el estudio fueron los siguientes: cesárea de urgencia en el 85,10% de los casos, coagulopatías en el 7,45%, shock hipovolémico en el 1,06%, insuficiencia respiratoria en el 3,19%, insuficiencia renal en el 1,06%, insuficiencia hepática en el 1,6%, atonía uterina en el 4,26%, histerectomía en el 1,06% y mortalidad en el 2,13%. Los procedimientos obstétricos incluyeron el registro de las funciones vitales en el 64,89% de los casos, la realización de cateterismo venoso doble en el 8,51% de los casos, la realización de exámenes clínicos en el 100% de los casos, la implementación de monitoreo materno fetal estricto en el 64,89% de los casos, el control del sangrado vaginal en el 54,26% de los casos, el mantenimiento del balance hídrico en el 85,11% de los casos, la solicitud de exámenes de laboratorio en el 96,81% de los casos, la solicitud de depósitos de sangre en el 4,13% de los casos y la preparación del quirófano en el 85,10% de los casos.

2.1.3. ANTECEDENTES A NIVEL REGIONAL

Ucayali (2019), Tacanga, ⁽¹⁷⁾ **“Factores asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa, 2021 - 2022”**, describe como introducción que la hemorragia obstétrica es una de las principales causas de morbilidad materna a nivel mundial, estimándose al menos el 50% de las muertes maternas cada año. La hemorragia anteparto (HAP) es un problema que afecta al 3-5% de los embarazos y puede ser causa de mortalidad neonatal y materna, con el objetivo de determinar los factores asociados a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa durante el año 2021-2022. Materiales y métodos: Se realizó un estudio de casos y controles transversal, analítico y retrospectivo en el servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Regional de Pucallpa durante los años 2021 y 2022. Los casos incluyeron a todas las gestantes

diagnosticadas con hemorragia en la segunda mitad del embarazo. Los controles fueron seleccionados aleatoriamente entre las gestantes sin hemorragia. Se recogió información sobre factores sociodemográficos, ginecobstétricos y clínicos mediante revisión de historias clínicas. Resultados: Se incluyeron un total de 150 gestantes, 50 casos y 100 controles. Se observó que los factores asociados eran los antecedentes de paridad (ORc: 1,32; IC 95%: 1,05 - 1,65), el número de controles prenatales (ORa: 0,83; IC 95%: 0,72 - 0,96) y la edad gestacional (ORa: 0,84; IC 95%: 0,72 - 0,97). Se concluye que el antecedente de paridad representó un factor de riesgo y el número de controles prenatales y la edad gestacional un factor protector para hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa. James Alessandro Paredes Ríos.

Pucallpa (2021), Paredes, ⁽³⁴⁾ **“Anemia y complicaciones materno-perinatales en madres primigestas adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de La Región Ucayali en el periodo 2017 – 2018”**, El presente estudio tuvo los siguientes objetivos: Determinar las complicaciones maternas en el embarazo adolescente. Establecer las complicaciones fetales en el embarazo adolescente. Identificar las complicaciones neonatales presentadas en el embarazo adolescente. Determinar las morbilidades en el parto y postparto en adolescentes embarazadas. Determinar el porcentaje de anemia en las gestantes adolescentes del estudio. Determinar la relación entre anemia y complicaciones maternas perinatales en las gestantes adolescentes en estudio. Relacionado a las complicaciones maternas del embarazo en adolescentes, se presentó aborto en 15,8%, amenaza de aborto en 31,7%, amenaza de parto pretérmino 32,7%, parto pretérmino 45,5%, infección urinaria 19,8%, Oligohidramnios 15,8% y ruptura prematura de membranas 13,9% en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018. Relacionado a las complicaciones fetales, se observó que se observó sufrimiento fetal agudo en 28,7%. Relacionado a las complicaciones neonatales se observó sepsis en el 9,9% y asfixia en el 25,1%. En cuanto a la

morbilidad del parto y posparto, se observó distocia en el 28,7%, corioamnionitis en el 6,9% y hemorragia posparto en el 29,7%. La anemia estaba presente en el 19,8% de las embarazadas adolescentes. Se encontró relación con: amenaza de aborto $p= 0,0001$, amenaza de parto prematuro $p= 0,0001$, parto prematuro $p= 0,0001$, rotura prematura de membranas $p= 0,010$, corioamnionitis $p= 0,010$, hemorragia postparto $p= 0,0001$, sufrimiento fetal agudo $p= 0,0001$, sepsis neonatal $p=0,012$, asfixia al nacimiento $0,006$ y peso del recién nacido $p= 0,0001$. No se encontró relación entre anemia y aborto espontáneo $p= 0,138$, Oligohidramnios $p= 0,424$, desproporción cefalopélvica $p=0,245$, distocia $p=0,245$, ITU $p= 0,980$. Asociado a los factores sociodemográficos: las adolescentes embarazadas entre 10 a 14 años alcanzaron 36,6%, entre 15 a 19 años 63,4%, solteras 58,4%, secundaria incompleta 33,7%, estudiantes 27,7%, no estudian 72,3% y sin control prenatal 24,8%.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. HEMORRAGIA GESTACIONAL

La hemorragia gestacional que ocurre en el tercer trimestre es una complicación obstétrica grave que plantea un riesgo potencialmente mortal tanto para la madre como para el feto. La hemorragia posparto es el término utilizado para describir la pérdida de sangre que se produce después de la semana 28 de embarazo hasta el nacimiento. Existen diferentes formas en las que puede ocurrir este problema, siendo la placenta previa y la rotura temprana de membranas dos factores principales relacionados con el sangrado durante esta etapa del embarazo. ⁽³⁵⁾

Es imperativo reconocer que el sangrado gestacional del tercer trimestre es una emergencia obstétrica crítica que requiere una intervención médica inmediata. El personal sanitario debe evaluar rápidamente la causa raíz e implementar medidas para controlar la hemorragia y garantizar el bienestar tanto de la madre como del feto. ⁽³⁶⁾

Algunas de las causas o problemas más importantes incluyen:

a) Placenta previa (PP)

- b) Separación prematura de la placenta normalmente implantada (DPPNI)
- c) La rotura uterina (RU) se refiere al desgarro o división del útero
- d) Se produce rotura de vasa previa (VP)

Normalmente, todos los casos de hemorragia en el tercer trimestre (HTT) siguen un curso de acción estandarizado; sin embargo, cada caso individual puede tener características únicas. Por ello, ante un sangrado vaginal provocado por cualquiera de los factores antes mencionados, debemos:

- a) El seguimiento intraparto será constante, salvo casos de manchado ocasional o sangrado leve sin efectos negativos para la madre o el feto, donde la auscultación intermitente puede ser una opción.
- b) Se permite la anestesia epidural. Los criterios para administrar anestesia general durante una cesárea son los mismos que para otros procedimientos: sufrimiento materno significativo, reducción extremadamente aguda y grave del flujo sanguíneo regional y contraindicaciones para la anestesia epidural.
- c) El manejo activo del parto es beneficioso para los casos de placenta previa y desprendimiento. Se utilizará ergometrina-oxitocina en lugar de oxitocina sola, excepto en casos de EHE (LE-A).
- d) A las mujeres embarazadas Rh negativo que experimenten hemorragia durante la segunda mitad del embarazo se les administrará una dosis de Anti-D, independientemente de cualquier administración previa. En caso de sangrado continuo, las dosis se administrarán a intervalos de 6 semanas.
- e) Si la mujer embarazada está recibiendo tratamiento con HBPM, se suspenderá. Si el hematólogo considera necesario continuar el tratamiento, se realizará con heparina no fraccionada intravenosa o medias de compresión gradual hasta que cese el sangrado.
- f) La atención posnatal de la HTT grave (la hemorragia y la transfusión son factores de riesgo de TEV) implica el uso de HBPM para tromboprolifaxis. ⁽³⁷⁾

El resultado de la interrupción del embarazo vendrá determinado por cuatro factores:

- a) El motivo subyacente del sangrado.
- b) La extensión de la hemorragia.
- c) Duración del embarazo.
- d) El estado del feto. ⁽³⁷⁾

La interrupción se realizará de inmediato si:

- a) Hay un monitor fetal anormal o un deterioro hemodinámico grave de la mujer embarazada, generalmente mediante una cesárea.
- b) El sangrado vaginal de intensidad moderada, junto con un monitor fetal normal, dará lugar a la interrupción según la presunta madurez de los pulmones no nacidos.
- c) Si el sangrado vaginal es leve y se acompaña de un monitor fetal normal, el embarazo concluirá a término.
- d) Las características notables incluyen la necesidad de una cesárea inmediata en casos de rotura clínica uterina y rotura de vasa previa, y el requisito de completar la cesárea en casos de placenta previa oclusiva.
- e) Los efectos de las hemorragias del tercer trimestre en la pareja madre-hijo incluyen consecuencias feto-neonatales: hipoxia, bajo peso al nacer, problemas relacionados con el parto prematuro (ya sea causado por intervención médica o que ocurren naturalmente) y feto-mortalidad neonatal.
- f) Los problemas maternos pueden incluir anemia, complicaciones por transfusiones de sangre, infecciones, coagulopatía de consumo, repercusiones del shock hipovolémico y efectos psicológicos. ⁽³⁷⁾

En casos de sangrado profuso, puede ser necesaria una transfusión de sangre.

Los concentrados de glóbulos rojos se preparan mediante una técnica específica.

- Administrar 4 unidades de PFC (1 litro de plasma fresco congelado, 12-15 ml/kg) por cada 6 unidades de hematíes concentrados, o si el tiempo de protrombina o TTPA es superior a 1,5 veces el valor normal.
- La transfusión de plaquetas está indicada cuando el recuento de plaquetas es inferior a 50.000 plaquetas por milímetro cúbico.

- Administrar crioprecipitado si el nivel de fibrinógeno es inferior a 100 mg/dl. ⁽³⁷⁾

Si el sangrado no muestra signos de mejoría y hay retraso en la recepción de los datos analíticos, se recomienda administrar 4 unidades de concentrado de factor plasmático (PFC) y 10 unidades de crioprecipitado como medida de precaución.

El objetivo es mantener las siguientes métricas analíticas:

- El nivel de hemoglobina es superior a 8 gramos por decilitro.
- El recuento de plaquetas debe ser superior a 75.000 por milímetro cúbico.
- El nivel de fibrinógeno es superior a 100 mg/dl.
- Tiempo de protrombina y tiempo de tromboplastina parcial activada inferiores a 1,5 veces los valores medios. ⁽³⁷⁾

2.2.2. PATOLOGÍAS PARA EL DESARROLLO DE HEMORRAGIAS EN LA GESTACIÓN

✓ PLACENTA PREVIA

La hemorragia puede manifestarse en cualquier momento durante la gestación. La placenta previa puede provocar hemorragias durante las últimas etapas del embarazo. Esto indica una duración de aproximadamente 20 semanas, concretamente 37 semanas. ⁽³⁸⁾

La placenta previa es un trastorno médico cuando la placenta está adherida a la sección inferior del útero, cerca o cubriendo la abertura del cuello uterino. Esto puede ocurrir total o parcialmente, lo que hace que la placenta se coloque delante de la parte delantera del bebé. ⁽³⁹⁾

Los antiguos descriptores marginal y parcial para clasificar la placenta previa han quedado obsoletos. La clasificación de la placenta previa en mayor o menor se describe en:

Categorización

a) Menor

- I (Se infiltra en la sección uterina inferior).
- II (Alcanza el límite de la abertura interna del cuello uterino marginal)

b) Importante

- III (Cubre parcialmente una porción del sistema operativo interno).
- IV (Proporciona una cobertura integral de todo el sistema operativo interno completo).

Factores que aumentan la probabilidad de un resultado negativo o daño potencial.

- La placenta previa reaparece en el 4% al 8% de los embarazos consecutivos.
- Un parto por cesárea previo eleva la tasa de aparición entre un 47% y un 60%.
- El estado de ser multípara.
- La ocurrencia de varios embarazos aumenta la frecuencia en un 40%.
- Consumo de tabaco y abuso de cocaína.
- Intervención quirúrgica intrauterina previa o síndrome de Asherman.
- Placenta que presenta tamaño o dimensiones anormales. ⁽⁴⁰⁾

Síntomas

La placenta previa generalmente se manifiesta como un sangrado vaginal abrupto e indoloro caracterizado por sangre líquida y roja en aproximadamente el 70% al 80% de los casos. La mujer embarazada experimenta una repentina sensación de humedad y sospecha que se ha roto su saco amniótico. Sin embargo, al examinarlo, descubre que el líquido es en realidad sangre.

Del 10% al 20% de los casos experimentan contracciones uterinas dolorosas. Aproximadamente el 10% de las personas diagnosticadas con placenta previa no presentan sangrado vaginal ni ningún otro síntoma que lo acompañe.

El sangrado a menudo cesa de forma natural, ayudado por el reposo. Sin embargo, suele reaparecer al cabo de unos días o semanas, acompañado de un sangrado más intenso que se produce a intervalos de tiempo progresivamente más cortos. El pronóstico empeora si el inicio del primer sangrado ocurre antes.

Aproximadamente el 33% de los casos experimenta sangrado antes de la semana 30 de gestación. Este grupo en particular enfrenta la mayor probabilidad de requerir transfusiones de sangre, experimentar

partos prematuros y enfrentar tasas elevadas de mortalidad perinatal. Otro tercio de las pacientes experimentan su primer episodio hemorrágico durante el período de 30 a 36 semanas de gestación, mientras que las pacientes restantes tienen su primer episodio hemorrágico más allá de las 30 semanas. ⁽⁴¹⁾

La placenta previa puede estar relacionada con:

- Posicionamiento anómalo de la placenta o placenta acreta. La placenta acreta es una afección en la que la placenta se adhiere fuertemente a la pared uterina y resulta difícil separarla después del parto, lo que provoca una hemorragia vaginal cuando se desprende.
- Puede ser necesaria una histerectomía para el tratamiento. Es más probable que la placenta acreta ocurra en úteros con placenta previa y una o más cicatrices de procedimientos de cesárea anteriores.
- Trabajo de parto prematuro y rotura prematura de membranas.
- Posición anormal del feto. La ubicación de la placenta en la región inferior del útero aumenta la probabilidad de que el feto esté en una posición normal con la cabeza primera (cefálica). La presentación no cefálica aumenta la probabilidad de tener un bebé prematuro.
- Restricción del crecimiento intrauterino. No todos los médicos aceptan esta asociación.
- Vasa previa y cordón umbilical velamentoso son dos condiciones médicas. La vasa previa es una condición en la que las arterias sanguíneas umbilicales atraviesan el útero antes de la presentación fetal, sin la protección del cordón umbilical.
- Defectos de nacimiento. La placenta previa está relacionada con un aumento de anomalías congénitas, sin que se destaque ninguna condición o defecto en particular.
- La afección a la que se hace referencia es la embolia de líquido amniótico. ⁽⁴¹⁾

Patogenia

Está relacionado con cicatrices uterinas previas y cambios en el revestimiento del útero que resultan de procedimientos que incluyen legrado, placenta previa pasada y cesárea previa. Sin embargo, las

causas exactas aún no se han identificado, pero la existencia de cicatrices o cambios en el endometrio en el segmento uterino inferior aumenta la probabilidad de implantación placentaria en esa región específica. ⁽³⁹⁾

Se cree que el movimiento aparente de la placenta es causado por la expansión o elongación de la parte inferior del útero y el trofotropismo, un proceso en el que las células trofoblásticas buscan activamente ubicaciones altamente vascularizadas hacia la parte superior del útero. En más del 90% de los casos, esto conduce a un movimiento observable de la placenta alejándose de la parte inferior del útero, cicatrizada y menos bien perfundida.

La migración placentaria, resultante del crecimiento reducido del segmento uterino inferior, ocurre en el segundo y tercer trimestre. Sin embargo, es menos probable que ocurra en embarazos posteriores o en casos en los que haya habido una cesárea previa. El tejido placentario que permanece en el segmento uterino inferior puede sufrir una atrofia total, persistir como lóbulos o atrofiarse manteniendo la vasculatura intacta, una condición conocida como vasa previa. ⁽³⁹⁾

Las pacientes cuya placenta se encuentra entre 0 y 1 cm del OCI durante el segundo trimestre tuvieron una probabilidad considerablemente mayor de desarrollar placenta previa a término en comparación con aquellas cuya placenta se encuentra entre 1,1 y 2 cm del OCI. Sin embargo, las posibilidades de que persista la placenta previa son muy improbables si la extensión de la cobertura del orificio cervical (OCI) suprayacente se limita a no más de 1 cm.

La probabilidad de que persista la placenta previa es extremadamente baja cuando el margen placentario solo llega al orificio cervical externo (OCI) sin cubrirlo. Sin embargo, la probabilidad aumenta significativamente cuando la cobertura se extiende más allá de 1,5 cm. De hecho, una distancia de cobertura de 2,5 cm o más del OCI está fuertemente asociada con la presencia de placenta previa a término, con una prevalencia que oscila entre el 40% y el 100%. ⁽³⁹⁾

El sangrado de placenta previa ocurre cuando se rompe la conexión placentaria con el segmento uterino inferior o con el orificio

interno del cuello uterino. La falta de contracción de las fibras miométriales en el segmento uterino inferior conduce a un aumento de la hemorragia, ya que impide el cierre de las arterias sangrantes. Múltiples moléculas reguladoras influyen en la regulación de la invasión del trofoblasto durante todo el proceso de implantación y desarrollo de la placenta. Las entidades mencionadas abarcan proteínas vasoactivas y de superficie celular, proteasas, citocinas, quimiocinas y factores de crecimiento. La etiología precisa de la infiltración extensa del miometrio observada en casos de placenta accreta, increta o percreta asociada con placenta previa sigue sin identificarse. La infiltración excesiva de células trofoblásticas puede potencialmente iniciar un sangrado severo en la vagina o dentro de la cavidad abdominal. Resultados recientes muestran que la placenta previa con invasión miométrial significativa y sangrado se caracteriza por una disminución en la cantidad de VEGF libre en el cuerpo y un cambio en el comportamiento de los trofoblastos intersticiales extravellosos, haciéndolos más propensos a metástasis. El entorno hemostático en la decidua humana tiene un impacto significativo en la inducción de contracciones uterinas y el aumento del sangrado, comparable a los mecanismos observados en el desprendimiento de placenta. ⁽⁴²⁾

Diagnóstico

El diagnóstico de placenta previa se determina mediante ecografías de rutina durante el segundo trimestre, idealmente alrededor de la semana 20. Este método ofrece una precisión mejorada y reduce la aparición de resultados falsos positivos. La ecografía transvaginal es ampliamente reconocida como el método más confiable y preciso, con un alto nivel de sensibilidad (87,5%) y especificidad (98,8%). En casos de sangrado transvaginal urgente, el curso de acción inicial es utilizar una ecografía transabdominal. Se descarta el diagnóstico si la distancia entre el margen placentario y el OCI es superior a 2 cm. Es recomendable realizar un seguimiento y repetir la ecografía durante el tercer trimestre si la placenta cubre el OCI y la distancia es menor a 2 cm. Las mujeres que no muestran ningún síntoma y tienen una placenta ligeramente anormal pueden ser monitoreadas sin intervención, con una

cita de seguimiento programada a las 36 semanas. Las personas con placenta que cubre el orificio cervical interno (ICO) o antecedentes de cesárea previa se someten a exámenes repetidos alrededor de las 32 semanas para determinar la atención y el modo de parto adecuados. Es fundamental establecer el diagnóstico antes de las 36 semanas para mitigar el riesgo de complicaciones. ⁽³⁹⁾

Tratamiento o manejo

a) Manejo de la placenta previa asintomática

- Abstenerse de realizar actividades sexuales, realizar exámenes digitales y realizar esfuerzos físicos innecesarios.
- Evaluar los protocolos para el manejo del sangrado y tomar medidas preventivas, como considerar la necesidad de la cesárea y ser consciente del peligro potencial de la histerectomía durante las primeras etapas del embarazo.
- Evaluación consecutiva de la posición de la placenta:
 - A las 32 semanas se recomienda realizar un seguimiento:
 1. Si la distancia entre el borde placentario y el orificio interno es igual o mayor a 2 cm, indica que la placenta previa se ha resuelto y no hay necesidad de ninguna investigación adicional.
 2. Si la distancia entre el borde placentario y el orificio interno es superior o inferior a 2 cm, indica la persistencia de placenta previa y se recomienda un examen de seguimiento a las 36 semanas.
 - Durante la semana 36 de embarazo:
 1. Si la distancia entre el margen placentario y la abertura vaginal es igual o mayor a 2 cm, la paciente acepta tener un parto vaginal.
 2. El parto por cesárea está programado si el borde placentario está colocado por encima del orificio interno.
 - Momento de entrega:
 1. Parto por cesárea entre las semanas 36+0 y 37+6 en embarazos con placenta previa no complicada. ⁽⁴⁰⁾

b) Manejo de la placenta previa sintomática

- Realizar una evaluación inicial para identificar cualquier indicio de inestabilidad cardiovascular materna o hemorragia grave; Establezca

un acceso intravenoso de gran diámetro y administre líquidos cristaloides para restablecer el equilibrio de líquidos.

- Evaluar el estado del feto y determinar la duración del embarazo mediante ecografía y monitorización continua de la frecuencia cardíaca fetal.
- Durante los episodios de hemorragia debe garantizarse una compatibilidad sanguínea adecuada.
- El tratamiento tocolítico está contraindicado en pacientes que experimentan hemorragia activa.
- Se recomienda la administración de tratamiento con sulfato de magnesio para la neuroprotección fetal en personas con placenta previa prematura sintomática (<32 semanas) si se ha elegido dar a luz a la paciente dentro de las 24 horas. La entrega oportuna es crucial cuando se administra magnesio en situaciones de emergencia.
- Se recomienda el parto por cesárea en casos de trabajo de parto en curso, monitorización anormal de la frecuencia cardíaca fetal, sangrado excesivo acompañado de circulación sanguínea inestable y sangrado sustancial que ocurre después de las 34 semanas de embarazo. ⁽⁴⁰⁾

Manejo expectante después de una hemorragia resuelta:

- Las madres sintomáticas con una edad gestacional entre 23+0 y 36+6 semanas deben recibir corticosteroides prenatales para mejorar el desarrollo de los pulmones del feto.
- Tratar la anemia.
- Administrar inmunoglobulina anti-D a mujeres con antígeno D negativo. ⁽⁴⁰⁾

Disposición

Al decidir entre atención hospitalaria y ambulatoria, es importante considerar el alta de mujeres que hayan experimentado un cese del sangrado durante 24 horas, que residan cerca del hospital, muestren cumplimiento del tratamiento médico, sean capaces de mantener reposo en cama y comprendan las precauciones contra el sangrado y tener un compañero adulto que pueda proporcionar transporte en cualquier momento del día. ⁽⁴⁰⁾

Consideraciones

- La placenta previa se detecta con ecografía transvaginal (TVUS) y evaluaciones posteriores a las 32 y 36 semanas, si es necesario.
- La placenta previa asintomática se puede tratar de forma conservadora programando una cesárea entre las semanas 36+0 y 37+6.
- El manejo de la placenta previa sintomática implica evaluar la integridad del sistema circulatorio, considerar el uso de esteroides para promover la madurez de los pulmones fetales, usar sulfato de magnesio para la neuroprotección fetal si es necesario y realizar un parto por cesárea. ⁽⁴⁰⁾

✓ DESPRENDIENDO PREMATURO DE PLACENTA NORMO INSERTA (DPPNI)

Puede ocurrir en cualquier momento durante el período en que el feto es capaz de sobrevivir fuera del útero.

Fisiopatología

La aparición de sangrado en la decidua basal da como resultado el desarrollo de un hematoma, que ejerce presión sobre la placenta y sus arterias sanguíneas, provocando la muerte del tejido debido a un suministro sanguíneo inadecuado. Después del parto, esta región se puede observar como un coágulo de sangre bien dispuesto situado en un hueco curvo en el lado materno de la placenta. Si el proceso persiste, el hematoma tiene el potencial de disecar toda la placenta y extenderse hacia el líquido amniótico, dando como resultado un color rojo vino. Alternativamente, la disección entre el corion y la decidua vera puede continuar hasta el orificio cervical externo y más allá. Después del primer hematoma, la sangre puede escapar hacia el miometrio y la superficie peritoneal, lo que resulta en una afección conocida como útero de Couvelaire. Además, los restos placentarios que contienen tromboplastina pueden filtrarse al torrente sanguíneo de la madre y provocar una coagulación intravascular diseminada (CID). Por lo tanto, la cantidad de sangre que se expulsa a través del orificio cervical no es una indicación realista de la pérdida total de sangre, ya que se acumula en otros compartimentos anatómicos. ⁽⁴³⁾

Etiología/ factores de riesgo

En numerosas instancias, la razón precisa del desprendimiento no puede determinarse definitivamente a pesar de un examen clínico y epidemiológico exhaustivo.

La mayoría de los desprendimientos parecen estar relacionados con las enfermedades crónicas de la placenta que se basan en anomalías dentro del desarrollo temprano de las arterias espirales (alteraciones en el proceso de invasión trofoblástica en el primer trimestre), conducen a la necrosis decidual con activación de procesos inflamatorios, interrupción vascular y finalmente hemorragia. ⁽⁴⁴⁾

Sin embargo, se han identificado algunos factores de riesgo en relación con el DPPNI. Los principales son:

1. De etiología aguda:

- Trauma abdominal resultante de un proceso de aceleración-deceleración que provoca que la placenta inelástica se desgarre debido a la contracción brusca de la pared uterina debajo de ella. En estos casos, el desprendimiento placentario generalmente ocurre durante las primeras 24 horas después del incidente desencadenante y tiende a ser de tipo grave.
- Cocaína y otras sustancias ilícitas. Provocan estrechamiento de los vasos sanguíneos, reducción del flujo sanguíneo y debilitamiento de la resistencia de los vasos sanguíneos. El desprendimiento placentario ocurre en alrededor del 10% de las mujeres que usan cocaína durante el tercer trimestre. Realizaremos pruebas de toxicología de orina en pacientes con factores de riesgo de abuso de sustancias. ⁽⁴⁴⁾
- Cigarrillos. Además, induce vasoconstricción, lo que resulta en reducción del flujo sanguíneo hacia la placenta, isquemia y necrosis del tejido decidual, y hemorragia. Es una de las variables de riesgo limitadas que se pueden modificar. El riesgo de desprendimiento es 2.5 veces mayor y aumenta un 40% por cada paquete de cigarrillos fumado diariamente. Además, la confluencia de fumar y la hipertensión exhibe un impacto sinérgico en la probabilidad de desprendimiento.
- Hidramnios y gestación múltiple (debido a una rápida descompresión uterina después de la ruptura de las membranas o el parto del primer gemelo). ⁽⁴⁴⁾

2. Obstétricos y médicos:

- Las personas con hipertensión crónica y trastornos hipertensivos durante el embarazo tienen un riesgo mucho mayor (cinco veces mayor) de experimentar un desprendimiento grave en comparación con las mujeres sin hipertensión. El uso de terapia antihipertensiva no parece disminuir este riesgo.
- Anomalías uterinas como útero bicornuate, sinequias uterinas y miomas crean áreas estructural y fisiológicamente inestables para la implantación de la placenta. El desprendimiento de la placenta en estos sitios puede ocurrir debido a una decidualización inadecuada o un cizallamiento severo.
- Cesárea previa. Esto resulta en una implantación ineficiente de los trofoblastos en esa región específica.
- Ruptura prematura de membranas antes del término.
- Corioamnionitis
- Embarazo anterior caracterizado por isquemia placentaria (como hipertensión, reducción del flujo sanguíneo uterino o antecedentes de hidrops fetal no inmune). ⁽⁴⁴⁾

3. Sociodemográficos:

- Edad materna de 35 años o más.
- Multiparidad se refiere a la condición de tener tres o más hijos.
- Determinación del sexo del feto como masculino.

Algunas investigaciones han encontrado una correlación entre la ocurrencia de desprendimiento y la presencia de anticuerpos antitiroperoxidasa elevados e hipotiroidismo, incluyendo casos subclínicos. Sin embargo, la mayoría de las mujeres que experimentan un desprendimiento no muestran problemas de tiroides, y la existencia de alguna irregularidad tiroidea no sirve como indicador de desprendimiento. De manera similar, no hay pruebas fundamentadas de que tratar a personas asintomáticas disminuya la probabilidad de desprendimiento. ⁽⁴⁴⁾

Clínica

La hemorragia en el vaso arterial, acompañada por un aumento de la presión, generalmente ocurre en el área central de la placenta. Esta condición da lugar rápidamente a síntomas clínicos graves y potencialmente mortales, como sangrado abundante, coagulación intravascular diseminada y anomalías significativas en la frecuencia cardíaca fetal.

Por otro lado, la hemorragia en los vasos venosos de baja presión suele ocurrir cerca de los bordes exteriores de la placenta (desprendimiento marginal) y es más propensa a causar síntomas clínicos graduales como sangrado intermitente, reducción del líquido amniótico y deterioro del crecimiento fetal.

En este momento, clasificamos el desprendimiento placentario en dos tipos: agudo y crónico.

1. Desprendimiento agudo de placenta:

El desprendimiento placentario agudo típicamente se manifiesta con:

- Sangrado repentino e inesperado por la vagina. Es el síntoma inicial más común, ocurriendo en el 78% de los casos.
- Dolor abdominal leve a moderado y/o dolor lumbar, experimentado típicamente cuando la placenta está ubicada en la pared posterior del útero.
- Contracciones uterinas con aumento de tonicidad. El útero generalmente muestra tono y rigidez elevados y puede experimentar sensibilidad tanto durante como en los intervalos entre contracciones.
- Patrón desviado de la frecuencia cardíaca fetal (FCF).
- Es importante destacar que la presentación clínica completa se observa en un porcentaje limitado de casos. ⁽⁴⁴⁾

2. Desprendimiento crónico de placenta:

Los pacientes que sufren un desprendimiento crónico muestran sangrado recurrente, leve pero persistente, que finalmente resulta en el desarrollo de síntomas clínicos asociados con enfermedad placentaria isquémica: oligohidramnios, restricción del crecimiento fetal y preeclampsia. Durante estos casos, las investigaciones de coagulación

arrojan resultados normales y la ecografía puede detectar con precisión la presencia de un hematoma placentario, que puede estar ubicado detrás de las membranas, en el margen o en el centro. ⁽⁴⁴⁾

Diagnóstico

El diagnóstico de DPPNI se basa únicamente en la evaluación clínica. La apariencia clínica del desprendimiento placentario a menudo incluye metrorragia (sangrado vaginal negro y escaso), dolor abdominal acompañado frecuentemente de hipertensión e irritabilidad uterina, y un registro cardiotocográfico patológico. ⁽⁴⁵⁾

Manejo

El DPPNI se considera una situación obstétrica de urgencia que puede requerir la terminación inmediata del embarazo. La urgencia y el método de terminación del embarazo se determinarán según la salud de la madre y del feto, como se explica más adelante en este texto.

Al momento de la admisión, se llevarán a cabo los siguientes procedimientos:

1. Realizar una anamnesis y palpación abdominal para identificar la existencia de hipertensión uterina.
2. Se realiza la Prueba de Estrés No Estresante (NST) para evaluar el bienestar fetal.
3. Se realiza un hemograma completo (CBC) junto con pruebas de coagulación y niveles de fibrinógeno para excluir la posibilidad de coagulación intravascular diseminada (CID).
4. Si tanto la salud del feto como la de la madre lo permiten, se realizará una evaluación ecográfica completa. Es importante destacar que, incluso si la ecografía parece normal, no necesariamente descarta el diagnóstico de NIPPD. Se puede realizar la evaluación de PFE (debido a su relación con RIC) y PVS ACM (para evaluar las consecuencias fetales, a pesar de su origen materno).
5. No se deben usar tocolítics ya que, pueden oscurecer los síntomas del desprendimiento placentario. ⁽⁴⁵⁾
6. Abstenerse de usar terapia anticoagulante, como heparina de bajo peso molecular (LMWH).

7. La terminación de la gestación se determina según el tipo de desprendimiento placentario, que se ve afectado por el estado tanto del feto como de la madre. La urgencia y el método de terminación dependerán principalmente de estos factores:

a) La ecografía muestra un hematoma retro placentario sin evidencia clínica de desprendimiento (como sangrado uterino anormal, tensión muscular uterina anormal o frecuencia cardíaca fetal anormal): si no hay signos clínicos de Desprendimiento Placentario, no es necesario realizar una terminación inmediata. Una opción es elegir la terapia conservadora, que implica monitorear el hematoma semanalmente y evaluar el crecimiento fetal cada dos semanas.

La terminación gestacional se determinará de manera individual, teniendo en cuenta factores como el tamaño del hematoma, la condición clínica y el bienestar del feto, siempre que la situación materna fetal sea estable. El método de finalización será mediante una cesárea planificada.

b) En el caso de un NST patológico o una paciente hemodinámicamente inestable, será necesario realizar una cirugía de cesárea urgente/emergente para terminar el embarazo. Se recomienda evitar la administración de tocolíticos antes de la cesárea, ya que aumenta la probabilidad de hemorragia posparto.

(45)

c) Un diagnóstico de fallo fetal conlleva un riesgo elevado de secuelas, incluida la coagulación intravascular diseminada (CID) y una hemorragia posparto grave:

o Si el sistema cardiovascular de la madre es estable, el método preferido de parto suele ser a través de la vagina. Sin embargo, es importante tener en cuenta que en casos en los que la madre está estable, pero muestra signos de coagulación intravascular diseminada (CID) según los análisis de laboratorio, la urgencia y el método de parto se determinarán según el estado del cuello uterino. Si se anticipa un parto rápido, se puede seleccionar la vía vaginal. Sin embargo, si las condiciones del cuello uterino no son favorables, se debe realizar una cesárea inmediata, ya que la

coagulación intravascular diseminada (CID) empeora hasta que se aborda la causa subyacente.

- Si la madre está experimentando inestabilidad hemodinámica, se realizará una cesárea urgente o de emergencia. ⁽⁴⁵⁾

8. La gestión de la hemorragia posparto y la coagulación intravascular diseminada (CID) seguirá las pautas establecidas en el protocolo designado. En casos de desprendimiento placentario grave, la sangre puede escapar de los vasos sanguíneos y penetrar en el miometrio. Esta condición se conoce como útero de Couvelaire. En este contexto, la atonía uterina muestra una respuesta deficiente al tratamiento tradicional para el sangrado posparto, lo que puede requerir la necesidad potencial de una histerectomía en estos pacientes.
9. Al admitir a un paciente, si es posible, se recomienda solicitar un análisis de toxicidad de orina en el momento del diagnóstico.
10. Si una mujer embarazada con tipo de sangre Rh negativo experimenta metrorragia significativa, es necesario inyectar inmunoglobulina anti-D. La dosis recomendada es de 1500 UI o 300 µg por vía intramuscular. Esto se debe hacer si la mujer no ha recibido la inmunoglobulina antes o durante las últimas 5 semanas.
11. Después del período posparto, se recomienda solicitar una investigación de trombofilia. ⁽⁴⁵⁾

✓ **ROTURA UTERINA**

La ruptura uterina se refiere a la interrupción no quirúrgica del útero, específicamente ocurriendo por encima del cuello uterino y durante las etapas finales del embarazo. Es una complicación obstétrica rara que puede resultar en daño significativo y muerte tanto para la madre como para el feto. ⁽⁴⁶⁾

1. Una ruptura completa se refiere a una rotura hemorrágica de la pared uterina que tiene bordes distintos y puede ocurrir en diferentes direcciones. La solución de continuidad abarca el peritoneo visceral, el miometrio y las membranas ováricas. Al establecer una conexión entre la cavidad uterina y la cavidad abdominal, el feto tiene el potencial de salir hacia la cavidad abdominal. Las rupturas de la vejiga pueden ocurrir, afectando ya sea el trígono o el uréter terminal.

Además, cuando la ruptura se extiende hacia abajo, puede causar desgarros en el cuello uterino y la vagina. A menudo ocurre durante el sangrado materno y puede tener consecuencias graves tanto para la madre como para el feto. ⁽⁴⁷⁾

2. Ruptura parcial: Este tipo de ruptura suele implicar solo un segmento específico y no daña el peritoneo visceral. Las membranas ováricas pueden estar intactas o rotas. La hemorragia materna o los problemas del recién nacido generalmente no están vinculados a esto debido a que el feto permanece dentro de la cavidad uterina. ⁽⁴⁷⁾

Factores que aumentan la probabilidad de un resultado negativo o daño potencial

- La presencia de debilidad inherente en la pared uterina (conocida como enfermedad de Ehlers-Danlos tipo IV) o anomalías estructurales en el útero (como útero bicornuate o útero didelfo).
- Tener un alto número de embarazos.
- Tiempo reducido entre embarazos (<18-24 meses).
- Edad materna por encima del rango promedio.
- La obesidad se define como tener un índice de masa corporal (IMC) superior a 40.
- Macrosomía se refiere a una condición en la que un recién nacido, pesa más de 4,000 gramos.
- Adherencia inusual de la placenta a la pared uterina (placenta acreta, increta o percreta).
- Histerorrafia utilizando una sola capa.
- Intervención quirúrgica previa en el útero.
- Utilización de uterotónicos, específicamente oxitocina y prostaglandinas.
- Técnicas obstétricas traumáticas, como el parto instrumental, abortos en el segundo trimestre, versión y extracción grande, distocia de hombros y versión externa, fueron realizadas. ⁽⁴⁷⁾

Manifestaciones en un contexto médico

a) Forma típica de rotura completa

La ruptura uterina puede ir precedida por una condición clínica llamada ruptura amenazante, que se define por:

- Hay un alto nivel de actividad uterina, con contracciones ocurriendo cada 1 a 2 minutos.
- La paciente experimenta dolor o malestar generalizado en el vientre o sobre el área suprapúbica. Está inquieta, tiene un aumento de la frecuencia cardíaca y muestra cierto nivel de ansiedad.
- El trazado de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) muestra patrones anormales, principalmente caracterizados por deceleraciones fluctuantes o tardías. ⁽⁴⁷⁾

Las principales indicaciones y manifestaciones de una ruptura total son:

- Respecto a los cambios en la FCF. La bradicardia fetal es la ocurrencia más frecuente, aunque no hay un patrón específico de modificación en la frecuencia cardíaca fetal (FCF) que indique definitivamente ruptura uterina. Malestar abdominal.
- Malestar abdominal. No se observa la presencia de un dolor punzante típico. El dolor puede no exhibir un alto grado de intensidad o ubicación específica que indique fuertemente la ruptura uterina. También puede estar parcialmente enmascarado por la analgesia regional.
- La presentación fetal es ascendente, lo que significa que el feto se mueve hacia arriba. Esto resulta en porciones fetales fácilmente palpables ya que, el feto ha sido expulsado a la cavidad abdominal.
- Hay una clara reducción o detención completa de las contracciones en el útero. Se puede detectar un útero flexible, junto con alteraciones en su morfología.
- Hemorragia vaginal, anomalías hemodinámicas maternas y shock pueden ocurrir. Si las mujeres con antecedentes de cicatriz uterina experimentan sangrado continuo que no se detiene incluso después de usar uterotónicos, puede indicar una ruptura. Ocasionalmente, puede estar vinculado a un problema de coagulación.
- La hematuria debe alertar sobre la consideración de lesiones vesicales o ureterales concurrentes. Se puede encontrar en un máximo del 8% de los casos. ⁽⁴⁷⁾

b) Rotura incompleta de cicatriz uterina

Los síntomas variarán según la ubicación y gravedad de la anomalía uterina. Por lo general, muestran niveles más bajos de violencia en comparación con los resultantes de una ruptura completa. La región de la cicatriz tiene una vascularización disminuida. Por lo general, se manifiesta como un estado larvario y mudo durante el parto. La cicatriz puede causar diferentes niveles de dolor, pero tiene un impacto mínimo tanto en la madre como en el feto, ya que hay solo una pequeña cantidad de hemorragia abdominal. ⁽⁴⁷⁾

Etiopatogenia

1. La ruptura uterina ocurre con más frecuencia en mujeres que han dado a luz varias veces en comparación con aquellas que han dado a luz por primera vez. Los músculos uterinos pueden mostrar cierto nivel de fatiga, lo que aumenta la probabilidad de desgarro.
2. El factor principal que lleva a la ruptura uterina es la contracción intensificada e ininterrumpida del útero, que puede superar la resistencia del segmento inferior, impidiendo la expulsión del producto. ⁽⁴⁸⁾
3. Las rupturas uterinas pueden clasificarse como espontáneas o traumáticas.
4. El término espontáneo debe usarse para describir rupturas que ocurren en úteros cuando puede haber una causa subyacente que altera las características del tejido uterino, resultando en:
 - La ocurrencia de embarazos múltiples, resultado de la degradación de la célula muscular a través de procesos granulo-grasos o hialinos.
 - Procesos endometrícos que pueden comprometer la fuerza de los músculos uterinos.
 - La hiperdistensión del útero puede perturbar la fisiología de la célula muscular, debilitándola y aumentando la probabilidad de ruptura.
 - Inserciones placentarias anormales y placentas patológicas, donde las vellosidades penetran el miometrio o no identifican un lugar adecuado para la implantación, debilitan el útero y aumentan la probabilidad de esta complicación.

- Las degeneraciones neoplásicas ocurren cuando células y tejidos diferentes al músculo uterino infiltran y reemplazan el tejido normal.
- (48)

Varios factores también pueden producir rupturas traumáticas:

a) Originarias de la pelvis:

1. Una pelvis estrecha es la causa principal de la ruptura traumática, ocurriendo con mayor frecuencia. La deformidad más prevalente no es la pelvis menor, sino más bien la pelvis consistentemente constreñida con dimensiones ligeramente por debajo del umbral pélvico. Las pelvis ostiomalácicas y asimétricas son factores comunes que contribuyen a este desastre.
 2. Neoplasias que causan obstrucción en el canal de parto. Las exostosis en la pelvis pueden resultar en un parto difícil y pueden llevar a la ruptura. Ciertos tumores no óseos que obstruyen el canal vaginal debido a su proximidad también pueden ser un factor contribuyente.
- (48)

b) Derivadas del útero:

1. Los tratamientos quirúrgicos previos han dejado cicatrices. La reducida flexibilidad del tejido recién producido aumenta la probabilidad de ruptura uterina (debido a cicatrices de cesáreas o miomectomías anteriores). El daño a los músculos uterinos causado por embarazos anteriores y procedimientos internos como la extracción manual de la placenta y legrados también puede contribuir significativamente a la ruptura traumática. La cicatriz resultante de la cesárea tradicional, que afortunadamente ahora es poco común, es el sitio donde es más prevalente la ocurrencia de ruptura uterina durante un futuro embarazo o parto. Se necesita un monitoreo cercano durante los últimos meses de embarazo y después del parto en situaciones en las que hay antecedentes de infección postoperatoria, hiperdistensión uterina o pelvis limítrofe, debido al riesgo potencial oculto.
2. El estrechamiento congénito o adquirido del canal cervical, abdomen, péndulo o neoplasias obstructivas también puede llevar a la ruptura. Esto se debe a que la contracción uterina hace que la forma ovalada

completa del útero se mueva en una dirección que a menudo resulta en que la presentación repose en los bordes que marcan el estrechamiento superior de la pelvis. Esto comprime la porción segmentaria del útero.

3. El útero muestra una sinergia contractil modificada, lo que resulta en partos laboriosos. Incluso en ausencia de antinervinos u oxitócicos, las contracciones espontáneas del útero pueden experimentar cambios, como hipertonía o tétanos, que pueden dañar los músculos uterinos y aumentar el riesgo de ruptura. ⁽⁴⁸⁾

c) Derivadas del feto:

1. La causa primaria de la ruptura traumática suele ser la combinación de presentaciones agresivas y descuidadas, junto con casos en los que se realiza una versión sin seguir las pautas esenciales.
2. Las rupturas causadas por técnicas incorrectas utilizadas para finalizar un parto, como dilataciones manuales o instrumentales para la aplicación de fórceps o inicio de una versión, causan desgarros en el cuello. Este desgarró se agrava más tarde por el paso del producto, lo que lleva a su extensión hacia el segmento inferior.
3. La ruptura uterina puede ocurrir cuando se usan fórceps incorrectamente en un cuello que no está completamente dilatado o con una presentación que no está comprometida.
4. Debe prestarse especial atención al riesgo significativo asociado con el uso de oxitócicos. La ruptura puede ocurrir en muchos casos como resultado de un uso indebido, derivado de una combinación de comprensión insuficiente de la dinámica uterina y la absorción y el impacto diversos que cada mujer experimenta durante el parto. Se debe obtener información previa sobre el estado del canal genital y el momento óptimo antes de administrarlos, para asegurar que no se interrumpa la coordinación de las contracciones uterinas. ⁽⁴⁸⁾

El protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia incorpora medidas preventivas para evitar la ruptura.

- Abstenerse de utilizar la maniobra de Kristeller.
- Reducir la duración de la recuperación postoperatoria en cesáreas previas.

- Regular con precisión la administración de oxitocina durante el trabajo de parto prolongado, especialmente en mujeres que han dado a luz múltiples veces y en casos en los que el feto ha fallecido, si se combina con prostaglandinas.
- En casos de cesáreas previas, elegir cuidadosamente a las pacientes para las cuales es aconsejable considerar permitir el parto vaginal. Abstenerse de utilizar misoprostol.
- Minimizar la ocurrencia de partos y movimientos que puedan causar trauma.
- Se recomienda la cesárea electiva para mujeres que hayan tenido una cesárea anterior longitudinal o en forma de T, hayan tenido más de dos cesáreas previas, hayan experimentado apertura de la cavidad endometrial (excluyendo la cesárea), o hayan tenido una ruptura uterina previa.
- El parto vaginal no está prohibido en cesáreas previas que se acompañan de variables como diabetes gestacional, macrosomía, necesidad de inducción o presentación de nalgas. Sin embargo, se recomienda proceder con precaución. ⁽⁴⁹⁾

Síntomas característicos de una ruptura durante el trabajo de parto incluyen un intenso malestar abdominal acompañado de una sensación de desgarramiento que se extiende por el abdomen e incluso puede llegar al hombro. Esto se debe a la irritación del peritoneo. Además, hay una detención abrupta de las contracciones, una rápida disminución de la frecuencia cardíaca, palpación de partes del cuerpo fetal y una regresión o alteración en la apariencia fetal.

Clínica clásica

- Angustia fetal
- Hemorragia vaginal
- Empeoramiento de la función cardiovascular materna
- Desviación del plano fetal
- Dolor abdominal intenso y generalizado
- Terminación de las contracciones
- Examen de las partes del cuerpo fetal mediante el tacto.

Las complicaciones postparto pueden incluir taquicardia materna, empeoramiento de la salud general de la madre, sangrado vaginal persistente no sensible a uterotónicos e incluso hematuria. La ruptura postparto puede estar asociada con parto instrumental, parto manual y otros factores. ⁽⁴⁹⁾

Diagnóstico

El diagnóstico depende principalmente de observaciones clínicas. Es crucial distinguir entre los signos y síntomas de la DPPNI (Piomiositis Periparto Diseminada con Infección Necrotizante) y la corioamnionitis, ya que pueden presentar similitudes.

La ruptura uterina es una condición crítica que requiere intervención inmediata. No se recomienda intentar un parto vaginal. Cuando hay sospecha de ruptura, es necesario estabilizar a las personas que experimentan inestabilidad hemodinámica mediante el uso de terapia con líquidos. Después de esto, el parto debe llevarse a cabo mediante cesárea. Además, se administrarán antibióticos, ya que el riesgo de infección es mayor durante la reparación de la lesión en comparación con la realización de una histerectomía. Si hay atonía uterina concurrente después de la reparación, se pueden administrar uterotónicos. En pacientes jóvenes que tienen la intención de concebir, generalmente se da prioridad a la reparación de la lesión. Sin embargo, en algunos casos donde la lesión es grave y/o extensa, puede ser necesaria una histerectomía. ⁽⁴⁹⁾

Terapia

- Laparotomía inmediata: Realizar reparación si es posible, de lo contrario, proceder con la histerectomía.
- Evaluación de la porción restante de la cavidad, con especial atención a la vejiga y parámetros.
- Intervenciones de apoyo: Administración de líquidos intravenosos, uso de expansores de volumen y provisión de transfusiones sanguíneas.
- Se recomienda la esterilización tubaria si la persona no tiene deseos de reproducción.
- Administración de antibióticos para prevenir infecciones. ⁽⁴⁹⁾

Observaciones patológicas

Rotura de la nueva pared uterina o separación de la antigua cicatriz uterina. ⁽⁵⁰⁾

Control y asesoramiento

- No farmacológico
- Acciones generales: evaluación rápida, acciones de apoyo (acceso IV, fluidos, productos sanguíneos) si es necesario.
- Acciones particulares: parto quirúrgico rápido (normalmente por laparotomía), examen quirúrgico con posibilidad de histerectomía o reparación. Puede ser necesario ligar una o ambas arterias hipogástricas.
- Dieta: Una vez diagnosticada la afección, ninguna ingesta oral (a la espera de la intervención quirúrgica).
- Actividad: Reposo absoluto en cama mientras se espera la cirugía.
- Educación del paciente.

Medicación selectiva

- Acciones de apoyo, como hemoderivados, líquidos y anestésicos (deben administrarse justo después), si es necesario.
- Con frecuencia se aconsejan antibióticos preventivos. ⁽⁵⁰⁾

Hacer un seguimiento

- Prevención/evitación: Tener precaución al realizar cualquier manipulación uterina (como la extracción manual de la placenta, la succión vaginal o la aplicación de presión externa durante el parto). Las personas que han tenido un parto vaginal que ha ido bien en el pasado tienen más probabilidades de tener un PVDC y también tienen un menor riesgo de rotura uterina. Según un estudio, el uso de un cierre uterino de doble capa durante el parto por cesárea puede reducir el riesgo de rotura uterina.
- Los efectos secundarios potenciales incluyen la posibilidad de enfermedad o muerte materna, que disminuye considerablemente con la monitorización fetal y materna. Pueden producirse daños en la vagina, la vejiga o el cuello uterino como parte de la rotura. Hasta el 50-75% de las rupturas de la incisión del fondo uterino y el 10-15% de

las rupturas del segmento uterino inferior pueden provocar mortalidad fetal. Los bebés supervivientes sufren con frecuencia secuelas neurológicas a largo plazo. Cuando se produce una rotura, la mayor morbilidad y mortalidad están relacionadas con la cicatrización uterina vertical.

- Resultado esperado: Un resultado favorable es probable cuando una afección se identifica precozmente y se trata con rapidez. La probabilidad de recurrencia en un embarazo posterior es de aproximadamente el 20% si el útero se cura y se mantiene. ⁽⁵⁰⁾

✓ VASA PREVIA

Las vasijas fetales que cubren el orificio cervical interno sin la protección del cordón umbilical o la placenta son una ocurrencia rara. ⁽⁵¹⁾

Aunque poco comunes, son una complicación obstétrica significativa que puede tener efectos graves si no se detecta durante el embarazo. Esta patología probablemente esté subestimada, ya que el diagnóstico a veces se realiza retrospectivamente o se pasa por alto cuando se confunde con otras causas de sangrado, incluida la placenta previa o la ablación placentaria.

La inserción velamentosa del cordón umbilical y la presencia de una placenta bilobulada o sucenturia son los dos criterios principales relacionados con la vasa previa (VP). Las inserciones de cordón velamentoso están vinculadas a la vasa previa en alrededor del 2% de los casos. La placenta bilobulada o sucenturia se observa en alrededor del 1.7% de los embarazos. En la ecografía, la placenta o lóbulo sucenturado se observa como una sección distintiva de tejido placentario que está separada del disco placentario principal. Puede variar en tamaño y se caracteriza por la ausencia de un puente de tejido conectivo. Las arterias y venas fetales pasan a través de las membranas que conectan el lóbulo auxiliar a la placenta principal. Si se encuentran por encima del OIC, funcionan como vías venosas.

Los factores de riesgo adicionales identificados incluyen la presencia de una inserción placentaria baja o antes, el embarazo múltiple y el uso de métodos de fertilización in vitro. Por lo tanto, en casos en que una paciente tenga alguno de estos factores de riesgo y se

someta a una ecografía en el segundo o tercer trimestre, se recomienda examinar consistentemente la implantación placentaria del cordón umbilical. Si es necesario, esto se puede hacer mediante el enfoque transvaginal. Típicamente, esta inserción se puede ver fácilmente utilizando Doppler en color y extiende la duración de la ecografía en menos de un minuto. Sin embargo, en pacientes con obesidad o en casos en los que la placenta está posicionada baja en la parte posterior del útero, su ubicación puede ser más intrincada. Recientemente, se ha sugerido una exploración metódica para la ubicación donde el cordón umbilical se une a la placenta durante la ecografía estándar en las primeras etapas del embarazo, cuando el tamaño del feto no dificulta su detección precisa. ⁽⁵²⁾

Clasificación de la vasa previa

Convencionalmente, la vasa previa se clasifica en dos categorías distintas: vasa previa tipo 1 y tipo 2.

- La variedad más típica es cuando el cordón umbilical está unido a un lado del os cervical interno, mientras que el borde placentario está unido al otro lado. En este caso, los vasos del cordón pasan a través de las membranas sobre el cuello uterino para conectarse al borde placentario. Tipo 1.
- La placenta tipo 2 se distingue por el cuerpo principal de la placenta que se encuentra en un lado interno, mientras que hay un lóbulo adicional en el otro lado. En este tipo, las arterias sanguíneas que suministran el lóbulo accesorio pasan a través de las membranas sobre el cuello uterino. Además, puede estar asociada con una placenta bipartita, en la que el área entre los dos lóbulos conectados por la vascularización se encuentra sobre el cuello uterino. ⁽⁵³⁾
- La placenta previa o la placenta de bajo-lying vista temprano en el embarazo pueden llevar a la existencia de vasos umbilicales en las membranas cerca del os cervical interno debido a la maduración o involución continuas del borde placentario. La condición donde una placenta de bajo-lying está conectada a los vasos sanguíneos fetales se llama vasa previa tipo 3.

- La inserción velamentosa del cordón umbilical rara vez se encuentra por encima o a menos de 2 cm del os cervical interno. Estas situaciones se pueden clasificar como vasa previa tipo 4.

Existen formas alternativas de venas umbilicales que pueden ser susceptibles de desgarrarse durante el proceso de parto. ⁽⁵³⁾

Durante el trabajo de parto, existe la posibilidad de que los vasos umbilicales ubicados en las crestas amnióticas o placentarias por debajo de la presentación fetal experimenten ruptura. En embarazos gemelares o múltiples, es posible encontrar venas umbilicales o inserción del cordón en el septo interovular. Esto puede provocar sangrado cuando el septo se desprende después de que nace el primer gemelo. Estas discrepancias deben considerarse al planificar el parto. ⁽⁵³⁾

Síntomas y signos

La vasa previa se manifiesta típicamente como una hemorragia vaginal indolora, ruptura de membranas y bradicardia fetal.

Es decir, mientras que el desprendimiento prematuro de placenta y la rotura uterina suelen ir acompañados de dolor y hemorragia, se sabe que la placenta previa se presenta con una hemorragia vaginal indolora. Dado que estas dolencias no se excluyen entre sí, es crucial tener en cuenta la posibilidad de que existan muchas causas importantes de hemorragia preparto. Las hemorragias relacionadas con la placenta previa pueden ser leves o graves, reaparecer y no influir en el pronóstico ni en la gravedad de la afección. Un coágulo retroplacentario puede cubrir un desprendimiento en el 30% de las mujeres que sufren un desprendimiento de placenta y no presentan hemorragia vaginal. Aproximadamente la mitad de las mujeres que sufren un desprendimiento de placenta lo hacen durante el parto, y la mortalidad fetal complica la situación en el 30% de los casos. La hipertonicidad o la irritabilidad uterina pueden detectarse mediante monitorización. Un trazado cardíaco fetal anormal, la pérdida de la posición fetal o un defecto uterino palpable son algunos de los síntomas que indican una rotura uterina. Es posible que el dolor y la hemorragia no empiecen hasta después de la rotura uterina, cuando la salud de la madre y el feto está en riesgo. Aunque la hemorragia vaginal con rotura de membranas es la

presentación más frecuente de la vagina previa, también puede identificarse mediante Doppler color y ecografía. Los trazados cardiacos fetales alarmantes pueden ser un signo de vasa previa, desprendimiento de placenta o rotura uterina. ⁽⁵⁴⁾

Diagnóstico

Ecografía_transvaginal

La sospecha de vasa previa surge de la manifestación o los hallazgos de una ecografía prenatal estándar. Durante la presentación, el patrón de la frecuencia cardíaca fetal a menudo no responde. El diagnóstico generalmente se verifica con ecografía transvaginal. Las membranas contienen vasos fetales que son visibles cuando pasan inmediatamente sobre o en proximidad al os cervical interno. El mapeo del flujo con Doppler en color puede servir como una herramienta suplementaria.

La vasa previa debe diferenciarse de la presentación funicular, que implica que el cordón umbilical se desliza entre la parte presentadora y el os cervical interno. En la presentación funicular, los vasos sanguíneos fetales se pueden observar envueltos en la gelatina de Wharton que cubre el cuello uterino. Durante la inspección por ecografía, se observa que el cordón umbilical en la presentación de cordón se aleja del cuello uterino, pero en la vasa previa, el cordón permanece fijo en su posición. ⁽⁵⁵⁾

Tratamiento

- Vigilancia prenatal para identificar la compresión del cordón
- Cesárea

La terapia prenatal de la vasa previa es motivo de controversia, principalmente debido a la falta de ensayos clínicos aleatorizados adecuados. Por lo general, las pruebas de no estrés se realizan quincenalmente, comenzando entre las semanas 28 y 30, en la mayoría de las instalaciones. El objetivo es identificar la constricción del cordón umbilical. Por lo general, se proporciona admisión para monitoreo regular o pruebas de no estrés cada 6 a 8 horas alrededor de las 30 a 32 semanas.

Los corticosteroides se administran para acelerar el desarrollo de los pulmones fetales.

Es necesaria una cesárea de emergencia si se presenta alguna de las siguientes condiciones:

- Hay una ocurrencia de rotura prematura de membranas.
- La hemorragia vaginal persiste.
- La condición del feto es preocupante.

Si ninguno de estos problemas está presente y el trabajo de parto no ha comenzado, los médicos pueden proponer organizar una cesárea. Se ha propuesto realizar una cesárea entre las 34 y 37 semanas de gestación, aunque el momento preciso sigue siendo motivo de debate. Ciertas pruebas indican que el parto a las 34 o 35 semanas puede ser preferible. ⁽⁵⁵⁾

Asesoramiento

Aunque la atención ambulatoria puede ser una opción factible para las mujeres que no sufren hemorragia, tienen suficiente asistencia en casa y pueden desplazarse rápidamente al hospital, las embarazadas con placenta previa y hemorragia activa se someten a tratamiento expectante en el hospital. Se recomienda un parto por cesárea para las mujeres cuya placenta se superponga en cualquier medida al orificio cervical. ⁽⁵⁴⁾

La gravedad de la presentación clínica, la edad gestacional, el estado fetal y el estado materno son algunas de las muchas variables que afectan al curso del tratamiento del desprendimiento prematuro de placenta. El parto vaginal está permitido en las situaciones más graves de mortalidad fetal si el estado de la madre es alentador. Las mujeres deben ser vigiladas estrechamente y, si su estado materno empeora o si fracasa el parto vaginal, debe procederse a una cesárea debido al peligro de coagulopatía intravascular diseminada (CID) y pérdida de sangre. Deben administrarse corticoides entre las semanas 24 y 36 6/7 de gestación en los casos moderados de desprendimiento prematuro de placenta antes del término; el parto prematuro es la principal causa de mortalidad neonatal. ⁽⁵⁴⁾

Tras un periodo de vigilancia hospitalaria, la terapia ambulatoria puede ser factible en caso de separación estable en una paciente prematura con un estado fetal y materno tranquilizador. Cuando una mujer tiene menos de 32 semanas de embarazo, el sulfato de magnesio prenatal puede reducir eficazmente la parálisis cerebral y el deterioro motor grueso del recién nacido. En casos de desprendimiento de placenta, no suele aconsejarse la tocólisis. Si tanto el estado fetal como el materno son alentadores, el parto puede avanzar hacia el objetivo del parto vaginal; no obstante, en caso de que la salud del feto o de la madre se vea comprometida, debe practicarse una cesárea de inmediato.

Los peores resultados perinatales están relacionados con plazos más largos entre la elección y la incisión. El parto debe tener lugar en los casos en que la paciente esté a término y se conozca o sospeche un desprendimiento de placenta. ⁽⁵⁴⁾

Si la vasa previa se descubre durante el parto, el tratamiento es una cesárea urgente; si se descubren antes del parto, el tratamiento es una cesárea programada. Dependiendo de la fecha prevista del parto, los corticoides deben administrarse entre las semanas 28 y 34 de gestación. Debe considerarse la hospitalización entre las semanas 30 y 32 de gestación, ya que el 10% de las mujeres experimentan una rotura prematura de las membranas, que puede hacer necesaria una cesárea de urgencia. Hay ciertas pacientes que son buenas candidatas para la atención ambulatoria. Se ha sugerido que una cesárea programada debería producirse entre las semanas 34 y 36 de gestación, aunque no se trata de una ventana de tiempo definida definitivamente. Cabe esperar que sea necesaria la reanimación neonatal, incluida la reanimación con líquidos o transfusiones. ^(54, 56)

✓ PARTO PRE TÉRMINO (PPT)

Amenaza de parto pretérmino: Se refiere a una condición clínica en la que las mujeres embarazadas tienen contracciones uterinas regulares y cambios cervicales entre las 22.0 y 36.6 semanas de gestación, mientras que sus membranas amnióticas permanecen intactas. ⁽⁵⁷⁾

Parto pretérmino: Se refiere al nacimiento de un bebé antes de alcanzar las 37.0 semanas de gestación. El proceso puede comenzar:

- Espontáneo: Representa el 31-45% de los nacimientos prematuros.
- Iatrógeno: Causado por intervención médica debido a problemas de salud materna o fetal subyacentes.

Categorizamos las diferentes etapas del parto según la edad gestacional:

- Extremo prematuro: Un bebé prematuro nacido antes de las 28.0 semanas de gestación.
- Prematuridad grave: Ocurre en bebés nacidos entre las 28.0 y 31.6 semanas de gestación.
- Prematuridad moderada: Nacido entre las 32.0 y 33.6 semanas de embarazo.
- Prematuridad leve: Ocurre entre las 34.0 y 36.6 semanas de gestación.

(57)

Causas

En la actualidad, el parto prematuro (PP) se clasifica como un síndrome en lugar de una condición médica distinta. Por lo tanto, se postula que tiene un origen complejo y multifacético. No hay acuerdo sobre la etiología del parto prematuro. Comúnmente, el parto prematuro se clasifica en dos categorías principales por ciertos autores:

1. Parto prematuro espontáneo representa dos tercios de todos los casos de parto prematuro. Dentro de este grupo, solo el 15% de las personas tienen antecedentes de rotura prematura de membranas (RPM) prematura, mientras que el 85% restante está experimentando su primer embarazo o ha llevado previamente un embarazo a término completo. (58)
2. Parto prematuro iatrógeno: Ocurre debido a indicación médica debido a la presencia de una condición del embarazo que limita la continuación del mismo al poner en riesgo grave la vida de la madre, el feto o ambos. La lista de complicaciones incluye:
 - Preeclampsia severa.
 - Limitación del crecimiento intrauterino con anomalías Doppler.

- Colestasis intrahepática.
- Rotura prolongada prematura de membranas.
- Placenta previa con sangrado.
- Desprendimiento prematuro de la placenta.
- Embarazo monocoriónico complicado. ⁽⁵⁸⁾

El estudio de las causas del parto prematuro se limita al parto prematuro espontáneo. La evidencia actual sugiere dos grandes grupos de causas:

a) Intrínsecas, que incluyen:

- Activaciones hormonales.
- Activaciones neurales.

b) Extrínsecas, entre las cuales se encuentran:

- Sobre distensión uterina.
- Infecciones maternas.
- Isquemia uteroplacentaria.
- Malformaciones uterinas.
- Enfermedades cervicales.
- Estrés. ⁽⁵⁸⁾

Otras causas de parto pretérmino:

- Infección intrauterina: Es el único proceso en el que se ha demostrado una relación causal con el parto prematuro. Se estima que estos nacimientos prematuros ocurren en madres con infección intrauterina, la mayoría de ellas subclínicas. Los microorganismos más comúnmente aislados son Ureaplasma, Fusobacterium y Mycoplasma.
- Isquemia uteroplacentaria: La isquemia uterina aumenta la producción de renina en el útero y las membranas fetales tienen un sistema renina-angiotensina funcional. Cuando la isquemia uteroplacentaria es severa, conduce a la necrosis decidual y hemorragia, lo que genera trombina que puede activar la vía común del parto.
- Sobre distensión uterina excesiva: La polihidramnios y el embarazo múltiple están asociados con el parto prematuro espontáneo. La distensión uterina puede aumentar la contractilidad miometrial, la secreción de prostaglandinas, la expresión de conexinas y la concentración de receptores de oxitocina en el miometrio.

- Enfermedad cervical: Puede ser consecuencia de un problema congénito (cérvix hipoplásico), trauma quirúrgico (conización cervical) o lesión traumática a la integridad estructural del cuello uterino (dilatación cervical) que produce incompetencia cervical durante el segundo trimestre del embarazo.
- Reacción anormal al injerto: Algunas pacientes en trabajo de parto prematuro, en ausencia de infección, tienen concentraciones elevadas del receptor soluble de IL-2, que se consideran un signo temprano de rechazo, en pacientes con trasplantes renales. ⁽⁵⁸⁾
- Fenómenos alérgicos: El útero es una fuente rica de células cebadas, cuya degranulación farmacológica induce la contractilidad miometrial. Se han detectado eosinófilos en el líquido amniótico de pacientes en trabajo de parto prematuro, lo que sugiere una respuesta inmune anormal como resultado de una reacción alérgica.
- Trastorno endocrino: Alteraciones en las concentraciones séricas maternas de estrógeno, progesterona, cortisol y sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAs) están involucradas en la génesis del parto prematuro, ya sea de manera primaria o como consecuencia de procesos infecciosos.
- Estrés materno: Es un elemento que activa prematuramente el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, iniciando el trabajo de parto prematuro; los niveles séricos de estrógeno ya han aumentado (que estimulan la contracción miometrial) o la progesterona ha disminuido (que mantiene la quiescencia uterina). Los factores estresantes maternos pueden ser tanto físicos como psicológicos, incluyendo la ansiedad y la depresión. ⁽⁵⁸⁾

Factores de riesgo de parto prematuro espontáneo

- Historia de parto prematuro o aborto tardío: Se ha demostrado que el riesgo de recurrencia es más específico si hay antecedentes de prematuridad espontánea.
- Paridad.
- Período corto entre dos embarazos: El intervalo entre el parto y la concepción se asocia significativamente con un mayor riesgo de parto

prematureo y este riesgo es mayor cuando el período es más corto (por un período de menos de 6 meses).

- Historia de interrupción del embarazo: El riesgo de prematuridad es mayor si hay antecedentes de interrupciones quirúrgicas en comparación con las interrupciones farmacológicas del embarazo.
- Reproducción asistida: Las pacientes que lograron el embarazo mediante fertilización in vitro (FIV) con o sin inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) tienen un mayor riesgo de parto prematuro, incluso si la población estudiada se limita a embarazos únicos. ⁽⁵⁹⁾
- Criterios socioeconómicos, antropométricos y relacionados con el estilo de vida:
 - Origen étnico: Las mujeres africanas y afroamericanas tienen un riesgo de parto prematuro dos veces mayor que las mujeres caucásicas en los Estados Unidos.
 - Estado civil: Existe una asociación entre el estado civil y el riesgo general de parto prematuro. Las mujeres solteras tenían un mayor riesgo de parto prematuro.
 - Nivel socioeconómico y acceso al sistema de salud: Este estado se define de manera variable según los estudios en criterios relacionados con la educación, la profesión, los ingresos y el entorno familiar. Un bajo nivel socioeconómico casi siempre está asociado con el parto prematuro.
 - Las pacientes que no han tenido o han tenido muy poca vigilancia prenatal (menos de tres visitas durante el embarazo, sin primera visita antes del final del segundo trimestre) tienen un mayor riesgo de parto prematuro. ⁽⁵⁹⁾
- Factores psicológicos: El estrés, la ansiedad, el impacto psicológico negativo durante el embarazo, la depresión y la confusión están relacionados con el parto prematuro.
- Edad materna: Existe un riesgo de prematuridad en mujeres jóvenes, especialmente aquellas menores de 18 años. Asimismo, el riesgo de prematuridad es mayor en mujeres mayores de 35 años,

particularmente en aquellas mayores de 40 años, para mujeres multíparas, pero las asociaciones se observan generalmente con más frecuencia para la prematuridad inducida.

- Índice de masa corporal: En cuanto a las mujeres con un bajo IMC (menos de 18.5), se ha observado un ligero aumento en el riesgo de prematuridad general en comparación con las mujeres que tienen un IMC normal.
- Anemia y deficiencia de hierro: La anemia no está directamente relacionada con el riesgo de parto prematuro, pero la anemia por deficiencia de hierro (con una ferritina inferior a 12) parece duplicar el riesgo de parto prematuro. La suplementación de hierro durante el embarazo de pacientes anémicas parece reducir el riesgo excesivo de parto prematuro en estas pacientes, mientras que las mujeres anémicas que no se suplementan con hierro tienen un riesgo significativamente mayor de parto prematuro. ⁽⁵⁹⁾
- Tóxicos (tabaco, alcohol, drogas)
 - Actualmente, hay argumentos sólidos para afirmar que el tabaco está moderadamente asociado con el parto prematuro. A mayor consumo, mayor es el riesgo. El mecanismo exacto no se conoce, pero el monóxido de carbono y la nicotina son vasoconstrictores que pueden causar lesiones placentarias con una disminución en el flujo útero-placentario, responsable de la IRC y, en este caso, de la prematuridad inducida. Además, el tabaco está asociado con una reacción inflamatoria que también puede aumentar el riesgo de parto prematuro espontáneo.
 - El consumo elevado de alcohol (más de 3 copas al día) se asocia con un mayor riesgo de parto prematuro.
 - El uso de cocaína y heroína se asocia con un mayor riesgo de parto prematuro espontáneo o inducido. ⁽⁵⁹⁾

Las intervenciones destinadas a reducir la ocurrencia del parto prematuro se clasifican como prevención primaria y prevención secundaria.

Prevención primaria

- Solo a través de factores maternos y antecedentes obstétricos. Las características maternas consideradas son: edad, altura, raza, método de concepción y tabaquismo. En la historia obstétrica previa, es importante especificar la edad gestacional en el momento del parto prematuro, así como el número de partos prematuros.
- Midiendo la longitud cervical por ecografía transvaginal combinada con la historia obstétrica.
- Medición de la longitud cervical por ecografía transvaginal combinada con la historia obstétrica y la fibronectina fetal.

La predicción del riesgo de parto prematuro se puede hacer en 2 momentos:

- Primer trimestre (entre las semanas 11 y 13.6)
- Segundo trimestre (entre las semanas 18 y 23.6).

También se puede hacer en 2 grupos de pacientes:

- Asintomáticas
- Sintomáticas (con contracciones uterinas frecuentes).⁽⁵⁸⁾

Marcadores de riesgo

1. La fibronectina fetal:

Es un componente de la matriz extracelular, que corresponde al cemento que une las membranas ovulares con la decidua. Normalmente, está presente durante las primeras 20 semanas de gestación y luego desaparece y reaparece en los días previos al parto. En el período en el que no es detectable, un resultado positivo para fibronectina sugiere activación decidual y es un predictor de parto prematuro. El valor de corte para la medición de fibronectina es de 50 mcg/dl. Aunque el valor predictivo positivo de la fibronectina es menor que el descrito para la longitud cervical, mejora cuando el cuello uterino mide entre 15 y 30 mm. El valor predictivo negativo de la fibronectina es > 95%, por lo que sería útil para detectar un falso trabajo de parto prematuro.⁽⁶⁰⁾

Es una glicoproteína ubicada entre el corion y la decidua, donde actúa como un amortiguador. Detectada en todos los embarazos en niveles elevados (> 50 ng/mL) antes de las 22 semanas, disminuye a niveles bajos (< 50 ng/mL) entre las semanas 24 y 34, por lo que un

resultado positivo (> 50 ng/mL) desde las 22 semanas se asocia con un riesgo tres veces mayor de parto prematuro antes de las 37 semanas. La tasa de detección de fibronectina fetal cervicovaginal es del 25% para una tasa de falsos positivos del 5%. ⁽⁵⁸⁾

2. La longitud cervical (LC)

La medición de la longitud del cuello uterino como predictor de parto prematuro se basa en la premisa de que hay una relación entre la longitud del cuello uterino y el inicio del trabajo de parto. De esta manera, un cuello uterino corto, es decir, inferior a 15 mm, es un fuerte predictor de parto prematuro con un valor predictivo positivo del 50% en los siete días siguientes al examen. A su vez, un cuello uterino largo, definido como mayor de 30 mm de longitud, tiene un valor predictivo negativo del 95% en la semana siguiente. ⁽⁶⁰⁾

Las intervenciones recomendadas para la prevención primaria del parto prematuro se centran en tres puntos:

- Progesterona vaginal
- Cerclaje cervical
- Pessario de Arabin.

Prevención secundaria

Corresponde a las medidas adoptadas en pacientes en trabajo de parto prematuro en las etapas iniciales con el fin de detener y/o revertirlo y así evitar sus consecuencias; es decir, intervenir en la evolución natural de la enfermedad.

Las intervenciones dependerán de la edad gestacional en el momento del trabajo de parto prematuro (<26 semanas o >34 semanas), así como de las causas que lo causen (por ejemplo, corioamnionitis) y la condición fetal (por ejemplo, feto muerto o malformado). ⁽⁵⁸⁾

Estas intervenciones son:

- Tocolisis
- Maduración pulmonar con corticosteroides (entre las semanas 24 y 34)
- Neuroprotección (si la edad gestacional es <32 semanas)
- Antibióticos (solo en caso de rotura prematura de membranas)
- Atención del parto (en centros que tengan los recursos necesarios). ⁽⁵⁸⁾

La tocólisis se utiliza con el objetivo de permitir la acción de los corticoesteroides en la inducción de la maduración pulmonar. Por lo tanto, no debe administrarse durante más de 48 horas. El tocolítico de primera línea más utilizado en nuestro entorno es la nifedipino oral, que reduce el riesgo de parto prematuro antes de las 34 semanas. Recientemente, en Perú contamos con un antagonista específico de los receptores de oxitocina, el atosibán, que según la opinión de expertos es un medicamento desarrollado exclusivamente para inhibir las contracciones uterinas, con una eficacia similar a la oxitocina, pero con un mejor perfil de seguridad (menor frecuencia de reacciones adversas graves) y que estaría indicado como agente de primera línea en:

- Amenaza de trabajo de parto extremo (de 22 a 28 semanas)
- Profilaxis en cirugía fetal
- Casos complicados con edema pulmonar agudo
- Embarazos múltiples
- Alergia a la nifedipina. ⁽⁵⁸⁾

Manejo de pacientes con síntomas de trabajo de parto prematuro

Cualquier paciente que consulte la sala de emergencias debido a contracciones uterinas durante el embarazo entre las 24+0 y 34+6 semanas se evaluará de la siguiente manera:

1. Monitorización basal para verificar la presencia de contracciones uterinas y evaluación de la frecuencia cardíaca fetal. Las pacientes con dinámica uterina mayor o igual a 1 cada 10 minutos continuarán con la siguiente evaluación:

- Examen vaginal para evaluar las condiciones cervicales.
- Ecografía transvaginal para medir la longitud del cuello uterino.
- La determinación de la fibronectina sigue siendo una posibilidad según la disponibilidad de la prueba (actualmente no se utiliza).
- Hospitalización con acciones:

Instalación de línea venosa (Hemograma, PCR, sedimento de orina y cultivo de orina, ecografía Doppler por médico residente,

hidratación intravenosa con suero fisiológico lactato de Ringer 1000 ml a administrarse en 2 horas)

Tocólisis: Después de completar la hidratación, se reevaluará a la paciente. Si la dinámica uterina persiste igual o mayor a 1 cada 10 minutos, se procederá a la tocólisis de la siguiente manera:

Tocólisis de primera línea:

- Nifedipina 10 mg, 2 cápsulas blandas vía oral cada 20 minutos durante 3 veces. 10 minutos después de la administración del fármaco, se controlará la ecografía Doppler en 10 minutos; si persiste, se administrará la siguiente cápsula hasta un máximo de 3.
- Si la dinámica uterina disminuye, se continuará con nifedipina 10-20 mg cada 6 horas.
- Si la dinámica uterina no se resuelve, se continuará con la tocólisis de segunda línea después de considerar la amniocentesis para descartar infección ovular.

Alternativa de tocólisis de primera línea: Atosiban, dosis de carga de 6.75 mg en bolo ev. Luego se administrará una infusión continua a 300 ug/min durante las próximas 3 horas y posteriormente a 100 ug/min durante otras 45 horas. Se completarán un total de 48 horas antes de pasar a la terapia de mantenimiento.

Tocólisis de segunda línea: Fenoterol, comenzar con una dosis de 1.5 ug/min e incrementar según la respuesta clínica, dosis máxima 2.5 ug/min, con los siguientes cuidados:

- Debe mantenerse un estricto control del equilibrio hídrico.
- Monitorización de signos vitales con saturación de O₂ cada 4 horas.
- Control por médico residente con auscultación pulmonar cada 12 horas.
- La dosis de fenoterol se mantendrá durante 12 horas sin dinámica uterina y luego se reducirá en 0.5 ug/min cada 6 horas.

Tocólisis de mantenimiento (opcional): Nifedipina 10-20 mg cada 6 horas. Progesterona micronizada 200 µg cada 8 horas.

Maduración pulmonar: Una vez iniciada la frenada con tocolíticos de primera línea, se administrará Betametasona 12 mg i/m

dos veces cada 24 horas (esta indicación se realizará individualmente según la condición clínica presentada por cada paciente).

2.2.3. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

La hemorragia obstétrica que se produce durante el tercer trimestre del embarazo puede estar asociada a muchos factores obstétricos.

La edad gestacional

Edad gestacional es el término utilizado para indicar la edad de un embrión o feto, a partir del primer día del último periodo menstrual. La técnica estandarizada para cuantificar el curso del embarazo comienza aproximadamente dos semanas antes de la fecundación. La edad gestacional se cuantifica en semanas, a partir del día inicial del ciclo menstrual más reciente de la mujer hasta el día de hoy. La duración de un embarazo típico puede variar entre 38 y 42 semanas. Los bebés nacidos antes de las 37 semanas de gestación se clasifican como prematuros, mientras que los nacidos después de las 42 semanas se clasifican como postmaduros. ⁽⁶¹⁾

No obstante, la condición de nacer antes de las 37 semanas de gestación, conocida como pretérmino, está vinculada a una mayor probabilidad de experimentar hemorragias durante el tercer trimestre del embarazo. La inmadurez de la placenta y la vascularización pueden contribuir a los problemas hemorrágicos. ⁽⁴³⁾

Atención prenatal (APN)

La atención prenatal se refiere al conjunto de intervenciones sanitarias que se ofrecen a las mujeres embarazadas para promover un embarazo seguro. El tratamiento médico regular es crucial para controlar el progreso del embarazo, identificar y tratar cualquier dificultad obstétrica en una fase temprana, y ofrecer información sobre la preparación al parto y el cuidado del bebé. La atención prenatal suele comenzar en cuanto la mujer se da cuenta de su embarazo y abarca exámenes médicos, pruebas diagnósticas, ecografías, orientación sobre cómo mantener un embarazo sano y la oportunidad de pedir aclaraciones sobre asuntos relacionados con el embarazo y el parto. La frecuencia de las sesiones de atención prenatal fluctúa a lo largo del

embarazo, aumentando su regularidad a medida que este avanza. Iniciar los cuidados prenatales con prontitud al descubrir el embarazo es crucial para un parto seguro y sin problemas, ya que promueve un embarazo sano y garantiza un parto seguro.

Una atención prenatal inadecuada aumenta el riesgo de hemorragia en el tercer trimestre. Un seguimiento médico regular permite detectar a tiempo los factores de riesgo y tratar eficazmente cualquier complicación. ⁽⁶²⁾

Paridad

La paridad, en el campo de la obstetricia, denota el recuento total de embarazos que ha experimentado una mujer, abarcando tanto los embarazos en curso como los anteriores. Se trata de un factor crucial en el campo de la obstetricia, ya que puede influir en la probabilidad de que surjan dificultades durante el embarazo y el parto. La paridad se clasifica en diferentes grupos en función del número de hijos que haya tenido una mujer. Estos grupos incluyen nulíparas (sin hijos), primíparas (un hijo), segundíparas (dos hijos), múltiparas (muchos hijos) y múltiparas mayores (cinco o más hijos). Esta categorización es crucial para evaluar la probabilidad de complicaciones durante el embarazo y determinar el curso de acción apropiado para la atención prenatal y el parto. La consideración de la paridad es crucial para evaluar la probabilidad de dificultades durante el embarazo y el parto, y podría influir en las decisiones clínicas y la atención obstétrica. ⁽⁶³⁾

En el campo de la obstetricia, la paridad indica el número total de embarazos que ha tenido una mujer, tanto en curso como anteriores. Es un parámetro importante en el campo de la obstetricia, ya que puede influir en la probabilidad de que surjan dificultades durante el embarazo y el parto. La paridad se clasifica en nulípara (mujer que no ha tenido hijos), primípara (mujer que ha tenido un hijo), segundípara (mujer que ha tenido dos hijos), múltipara (mujer que ha tenido varios hijos) y múltipara mayor (mujer que ha tenido cinco o más hijos). Esta categorización es crucial para evaluar la probabilidad de complicaciones durante el embarazo y determinar el curso de acción apropiado para la atención prenatal y el parto. La paridad desempeña un papel crucial a la

hora de evaluar la probabilidad de dificultades durante el embarazo y el parto, y puede influir en las decisiones médicas y la atención obstétrica. (63)

Las mujeres que han dado a luz varias veces y que han tenido varios embarazos previos pueden correr un mayor riesgo de sufrir hemorragias durante el tercer trimestre. La eficacia de la placenta puede disminuir con cada embarazo posterior. (64)

Hemoglobina

La hemoglobina es un tetrámero generado por la unión de cuatro cadenas polipeptídicas, dos α y dos β , cada una de las cuales lleva un grupo prostético (grupo hemo) responsable del transporte de gases. (65) La hemoglobina es una hemoproteína responsable del transporte de gases y es necesaria para el suministro normal de tejidos. (66)

La anemia se caracteriza por una disminución de los niveles de hemoglobina en la sangre, que puede atribuirse a deficiencias de hierro, vitamina B12 o ácido fólico, así como a otros factores como enfermedades crónicas o problemas hereditarios. En el embarazo, los niveles de hemoglobina pueden descender como consecuencia del proceso fisiológico de hemodilución que tiene lugar en el tercer trimestre. Esta disminución de los niveles de hemoglobina puede aumentar la probabilidad de anemia tanto en la madre como en el bebé. (67)

El Ministerio de Salud (MINSA) clasifica los niveles de anemia de la siguiente manera:

- En cuanto a las mujeres embarazadas, las personas mayores de 15 años se clasifican en tres grupos según la gravedad de su estado: leve (10,0 a 10,9), moderada (7,0 a 9,9) y grave (menos de 7,0).
- Se considera que una mujer que ha dado a luz recientemente tiene una anemia leve si su estado se sitúa entre 11,0 y 11,9, moderado si su estado se sitúa entre 8,0 y 10,9 y grave si su estado es inferior a 8,0.

NOTA: Durante el segundo trimestre del embarazo, que abarca desde la semana 13 a la 28, se diagnostica anemia cuando los niveles de hemoglobina caen por debajo de 10,5 g/dL.

La anemia, caracterizada por niveles bajos de hemoglobina, está relacionada con una mayor propensión a las hemorragias. Garantizar

unos niveles suficientes es crucial para mantener la salud vascular y prevenir problemas ⁽⁶⁴⁾

Peso pre gestacional

El peso pregestacional es el peso de una mujer antes de quedarse embarazada. Antes del embarazo, el sobrepeso o la obesidad se han relacionado con una mayor probabilidad de experimentar dificultades, como una hemorragia obstétrica. Las investigaciones han indicado que tener sobrepeso u obesidad antes del embarazo puede aumentar las probabilidades de experimentar un aumento anormal de peso durante el embarazo. Esto, a su vez, está relacionado con problemas como la hemorragia obstétrica, la macrosomía y la hipoglucemia en el bebé. ^(64, 65)

Talla

La estatura es una medida antropométrica que se utiliza para evaluar el estado nutricional de un individuo. ⁽⁷⁰⁾

La estatura de una mujer embarazada puede influir en su estado nutricional y en su capacidad para afrontar el embarazo y el parto. Las mujeres de menor estatura pueden tener más probabilidades de experimentar problemas durante el embarazo. Estas complicaciones pueden incluir desproporción cefalopélvica, parto prematuro, necesidad de cesárea y bajo peso al nacer. Además, una estatura más baja también puede elevar el riesgo de hemorragia debido a posibles variaciones en la vascularización placentaria. Por lo tanto, es crucial tener en cuenta la estatura de la embarazada en relación con su estado nutricional y la probabilidad de dificultades durante el embarazo y el parto. ^(67, 68)

Índice de masa corporal (IMC) - Gestacional

El índice de masa corporal (IMC) es una métrica empleada para evaluar el estado nutricional de un individuo. El cálculo consiste en dividir el peso en kilogramos por el cuadrado de la altura en metros (kg/m^2). El IMC se utiliza para clasificar a los individuos en distintas categorías de peso, como bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad. En el ámbito obstétrico, el IMC puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de problemas durante el embarazo, incluida la hemorragia obstétrica.

Según Pacheco. ⁽⁷³⁾ El sobrepeso y la obesidad pre gestacionales están relacionados con una mayor probabilidad de experimentar dificultades durante el embarazo, como la hemorragia obstétrica.

2.2.4. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Edad materna: La edad materna avanzada, especialmente por encima de los 35 años, se ha relacionado con una mayor probabilidad de sufrir una hemorragia en el tercer trimestre. Este mayor riesgo puede atribuirse a una menor flexibilidad vascular y a alteraciones en la placenta. ⁽⁶⁴⁾

Lugar de procedencia: El origen geográfico puede influir en la disponibilidad de atención prenatal y en el estado de salud de las futuras madres. Las investigaciones indican que las mujeres que residen en regiones con recursos mínimos pueden presentar una mayor vulnerabilidad a las hemorragias como consecuencia de las deficiencias en la prestación de asistencia sanitaria. ⁽⁷⁴⁾

Ocupación: El tipo de trabajo al que se dedica una mujer puede influir en sus niveles de estrés y exposición a elementos ambientales. Ciertas profesiones caracterizadas por elevados niveles de tensión física o mental pueden destacar y aumentar la probabilidad de experimentar hemorragias durante el último trimestre del embarazo. ⁽⁴³⁾

Estado civil: El estado civil de una persona puede influir en el nivel de apoyo social y emocional que recibe durante el embarazo. Las investigaciones han demostrado que las mujeres solteras o que carecen de un sistema de apoyo sólido pueden ser más propensas a experimentar hemorragias excesivas durante la etapa final del embarazo, conocida como el tercer trimestre. ⁽⁴³⁾

Educación: El nivel educativo puede influir en la comprensión y el cumplimiento de los consejos médicos. Las mujeres con un nivel educativo más bajo pueden tener dificultades para gestionar eficazmente su salud durante el embarazo, lo que aumenta la probabilidad de sufrir hemorragias. ⁽⁷⁴⁾

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

Embarazo: Es el proceso biológico por el que una mujer nutre el crecimiento y desarrollo de un feto en su útero. A lo largo del embarazo, el cuerpo de la mujer experimenta una secuencia de alteraciones fisiológicas para facilitar el crecimiento y la maduración del feto. Estas alteraciones abarcan modificaciones en los sistemas cardiovascular, respiratorio, endocrino y varios otros. ⁽⁷⁵⁾

Feto: Se refiere a la fase embrionaria del desarrollo humano que comienza en la novena semana de gestación y continúa hasta el parto. Durante esta fase, el feto experimenta un rápido aumento de tamaño y desarrollo, que incluye la creación de órganos y sistemas, el crecimiento de tejidos y la adquisición de funciones esenciales. El feto se aloja de forma segura dentro del útero materno, donde obtiene los nutrientes esenciales y el oxígeno necesarios para su crecimiento y maduración. ⁽⁷⁶⁾

Trimestre gestacional: Se refiere a la división del embarazo en tres fases distintas, cada una de las cuales dura tres meses. El trimestre inicial abarca el periodo que va desde la fecundación hasta la semana 12 de embarazo, el trimestre siguiente se extiende desde la semana 13 hasta la 28 y el trimestre final dura desde la semana 29 hasta el parto. Cada trimestre gestacional se distingue por alteraciones distintas en el crecimiento fetal y en los cambios fisiológicos que se producen en el organismo de la embarazada. ⁽⁷⁷⁾

Hemorragia obstétrica: Se refiere a la pérdida excesiva de sangre, superior a 500 ml después del parto o a 250 ml durante el embarazo o el parto. La hemorragia obstétrica puede deberse a diversos trastornos, como placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, rotura uterina, atonía uterina y otros. La hemorragia obstétrica es una complicación grave que puede poner en peligro la vida de la madre y del feto. ⁽⁷⁸⁾

Complicación obstétrica: Por complicación obstétrica se entiende cualquier problema de salud que pueda surgir durante el embarazo, el parto o el puerperio. Estas dificultades pueden poner en peligro el bienestar tanto de la madre como del feto, y pueden surgir por diversas circunstancias. ⁽⁷⁹⁾

Patología obstétrica: Se refiere a cualquier enfermedad o complicación médica que se presenta durante el embarazo, el parto o el período postparto, afectando la salud de la madre, el feto o ambos. Estas condiciones pueden variar en gravedad y pueden requerir intervención médica para asegurar la salud y el bienestar de la madre y el bebé. ⁽⁸⁰⁾

2.4. SISTEMA DE HIPÓTESIS

Dado que la investigación es de nivel descriptivo, no se plantea una hipótesis, ya que el objetivo es únicamente caracterizar a las gestantes con hemorragias del tercer trimestre sin establecer relaciones causales ni asociaciones entre variables.

2.5. SISTEMA DE VARIABLE

2.5.1. VARIABLE GENERAL

Univariable, pues, se realizó un análisis univariado de las **“características de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre”**

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA/ÍTEMS	ESCALA	TECNICA E INSTRUMENTO
VARIABLES GENERAL (UNIVARIABLE)						
Características gestacionales	Se refiere a cualquier atributo, rasgo o condición que se presenta durante el embarazo (gestación), abarcando una amplia gama de aspectos relacionados con la salud tanto de la madre como del feto.	Demográfica	Edad materna	a) De 14 a 17 años b) De 18 a 25 años c) De 26 a 34 años d) De 35 a más	Discreta	Análisis documental de las historias clínicas y ficha de recolección de datos
			Lugar de procedencia	a) Rural b) Urbano	Nominal	
			Ocupación	a) Estudiante b) Ama de casa c) Trabajadora independiente d) Trabajadora dependiente	Nominal	
			Estado Civil	a) Soltera b) Casada c) Conviviente d) Divorciada	Nominal	
		Educación	a) Primaria b) Secundaria c) Superior no universitario d) Superior universitario	Ordinal		
		Obstétrica	Edad gestacional	a) I Trimestre (Desde 1s hasta las 13ss) b) II Trimestre (Desde 14ss hasta las 27ss) c) III Trimestre (Desde 28ss hasta las 40ss)	Continua	
			Atención Prenatal (APN)	a) Sin atención prenatal b) De 1 a 5 controles c) De 6 a 8 Controles d) Mayor de 8 Controles	Ordinal	
			Paridad	a) Nulípara b) Secundípara c) Multípara d) Gran multípara	Nominal	

Hemoglobina (Anemia)	a) Sin anemia b) Leve (10.0 – 10.9 mg/dl) c) Moderado (7.0 – 9.9 mg/dl) d) Severa (menor de 7.0 mg/dl)	Continua
Índice de Masa Corporal (IMC) – Gestacional	a) Delgadez (IMC < 18.5) b) Normal (IMC 18.5 a 24.5) c) Sobrepeso (IMC 25 a 29.9) d) Obesidad (IMC ≥ 30)	Continua

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es una investigación:

Observacional, ya que los diseños de estudios clínicos se observaron y documentaron los eventos sin ninguna intervención, en este caso, se documentó las características ya prescritas en las historias clínicas de las gestantes. ⁽⁸¹⁾

La investigación se realizó en un punto específico del año 2023 y no incluyó el seguimiento de las mujeres embarazadas a lo largo del tiempo, por lo tanto, se trató de un estudio **transversal**. ^(82, 83)

En este estudio **no experimental**, las variables no se manipularon intencionadamente. ⁽⁸⁴⁾

Retrospectivo, es decir, se examinó registros ya existentes, en esta situación (Historias clínicas, de usuarias atendidas en el 2023). ⁽⁸⁵⁾

3.1.1. ENFOQUE

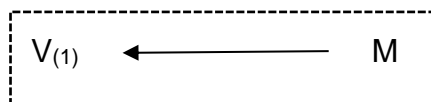
Tuvo un enfoque **cuantitativo**, ya que, fue un tipo de investigación que se centró en la recopilación y el análisis de datos numéricos. ⁽⁸⁶⁾

3.1.2. NIVEL

De nivel descriptivo

3.1.3. DISEÑO

Descriptivo – no experimental, en su lugar, se observó y analizó la variable característica de las gestantes con la hemorragia del tercer trimestre de gestación. ⁽⁸⁷⁾



Donde:

- **M:** Muestra
- **$V_{(1)}$:** Variable única (Características gestacionales)

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

Estuvo constituida por 117 gestantes que presentaron a lo largo del año 2023 acontecimientos de hemorragia en el tercer trimestre de gestación, como consecuencia de complicaciones presentadas y diagnosticadas, cuya atención se realizó en el Centro de Salud Aguaytia Padre Abad.

A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestantes en el tercer trimestre de gestación
- Gestantes atendidas en el Centro de Salud Aguaytia Padre Abad
- Grávidas atendidas durante el año 2023
- Gestantes atendidas por el servicio de obstetricia de dicho centro de salud.
- Usuarías gestantes que presentaron cuadro hemorrágico en mencionado periodo trimestral.

B. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Gestantes en otros trimestres de gestación (segundo o primer trimestre)
- Gestantes no atendidas en el Centro de Salud Aguaytia Padre Abad
- Embarazadas atendidas durante otro año con respecto a la investigación actual
- Gestantes atendidas por otro servicio de dicho centro de salud (servicio médico)
- No gestantes

3.2.2. MUESTRA

Unidad de análisis: Gestantes atendidas en el Centro de Salud Aguaytia Padre Abad - Ucayali durante el año 2023 que presentaron hemorragias en el tercer trimestre y cuyas historias clínicas fueron completadas para la investigación.

Unidad de muestreo: Coincidió con la unidad de análisis, es decir, las gestantes que cumplieron con los criterios mencionados y recibieron atención en el mencionado centro de salud.

Marco muestral: Lista de gestantes atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad - Ucayali durante el año 2023, con diagnóstico registrado de hemorragias del tercer trimestre, según los registros oficiales de la institución.

En este contexto, para determinar cuántas gestantes formarían parte de la muestra, se utilizó una fórmula específica diseñada para trabajar con poblaciones finitas:

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

Dónde:

- **n:** El tamaño de la muestra que queremos calcular
- **N:** Tamaño de la población (117)
- **Z:** Nivel de confianza 95% (Z=1,96)
- **e:** Es el margen de error máximo que admito (5%)
- **p:** Ocurrencia positiva (0.5)
- **q:** Ocurrencia negativa (1 - 0.5 = 0.5)
- **Q:** Error (100-Z) %, calculando: (100 – 95 = 5%), valor final (0.05)

Remplazando:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 117}{(0.05)^2 (117 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 117}{(0.05)^2 (116) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$
$$n = 89.86$$

La muestra estuvo conformada por un grupo no experimental de 90 gestantes atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, durante el año 2023.

3.2.3. MUESTREO

Probabilístico aleatorio simple, bajo criterio de selección completa

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Análisis documental de las historias clínicas

3.3.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En cuanto al instrumento de recogida de datos, se incluyen lo siguiente:

Se utilizó una ficha de recolección de datos (*ver anexo 02*) para recoger la información relativa a los enunciados. El formulario se clasificó y dividió de la siguiente manera:

VARIABLE	DIMENSIONES	NÚMERO DE ÍTEMS
Características de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre	Características de las gestantes, dimensión demográfica	05
	Características de las gestantes, dimensión obstétrica	05

3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

3.4.1. RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recogida de datos se llevó a cabo las siguientes actuaciones:

1. Aprobación del proyecto de investigación por parte de la Universidad de Huánuco.
2. Presentación de oficios a la dirección del Centro de Salud Aguaytía Padre Abad para solicitar permiso para aplicar el instrumento.
3. Tras la aprobación de dicho establecimiento, se coordinó con el área de estadística para la entrega de información, basado en la ficha de recolección de datos.

4. Con base en las respuestas obtenidas, se codificó y tabuló la información, generando una base de datos en Microsoft Excel 2021.

3.4.2. ELABORACIÓN DE DATOS

Para la elaboración de datos para esta investigación se consideraron las siguientes etapas:

- Revisión de datos: cada elemento del instrumento de recopilación de datos que se utilizó fue examinado críticamente; asimismo, se realizó un control de calidad para realizar las correcciones necesarias.
- Codificación de datos: La codificación se realizó en la etapa de recolección de datos, transformando los datos en códigos numéricos de acuerdo con la información observada en el respectivo instrumento de recolección de datos, dependiendo de la variable de estudio.
- Clasificación de los datos: se ejecutó según la variable en forma nominal, discreta y continua.
- Presentación de datos: para la presentación de datos se tuvo en cuenta los estándares de Vancouver, la didáctica y la viabilidad de explicación.
- Los datos fueron explicados en tablas académicas y figuras de la variable en estudio.

3.4.3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Datos descriptivos: Los datos fueron organizados en tablas que contenían frecuencias y porcentajes, lo cual facilitó una comprensión más clara de la variable incluida para sus dos dimensiones analizadas. Este proceso de tabulación se desarrolló en función de los resultados obtenidos, con el propósito de abordar el problema planteado y cumplir con los objetivos establecidos desde el inicio del estudio.

3.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las normas éticas en las que se basó la investigación fueron:

- Equidad

En esta investigación, la equidad se garantizó mediante la selección objetiva de las historias clínicas, asegurando que los casos incluidos cumplieran con los criterios establecidos sin sesgos ni discriminación. Al no

haber contacto directo con las gestantes, el estudio se basó exclusivamente en información previamente registrada, evitando cualquier intervención que pudiera generar molestias o riesgos para las pacientes.

- Beneficencia

El principio de beneficencia se reflejó en el uso responsable de los datos clínicos, asegurando que los hallazgos de la investigación contribuyan al conocimiento sobre las hemorragias del tercer trimestre y puedan ser utilizados para mejorar la atención obstétrica. Dado que la información se obtuvo de registros médicos, no hubo impacto directo en las gestantes, minimizando cualquier posible riesgo ético.

- Equidad

Se garantizó la justicia en la recolección de datos mediante la inclusión de todas las historias clínicas que cumplieran los criterios de selección, sin preferencias ni exclusiones arbitrarias. Esto permitió una representación objetiva de la población estudiada, asegurando la transparencia y confiabilidad del análisis.

- Juicio de valor

Las decisiones dentro del estudio se basaron en la evidencia obtenida de las historias clínicas, evitando sesgos en la interpretación de los datos. La objetividad se mantuvo en todo momento, garantizando que las conclusiones reflejaran fielmente las características documentadas en los registros médicos.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

4.1.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LA DIMENSIÓN DEMOGRÁFICA

Tabla 1. Distribución de la edad en gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Gestantes n = 90			
	fi	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Edad				
De 14 a 17 años	31	34.4	34.4	34.4
De 18 a 25 años	36	40.0	40.0	74.3
De 26 a 34 años	17	18.9	18.9	93.3
De 35 a más años	6	6.7	6.7	100.0

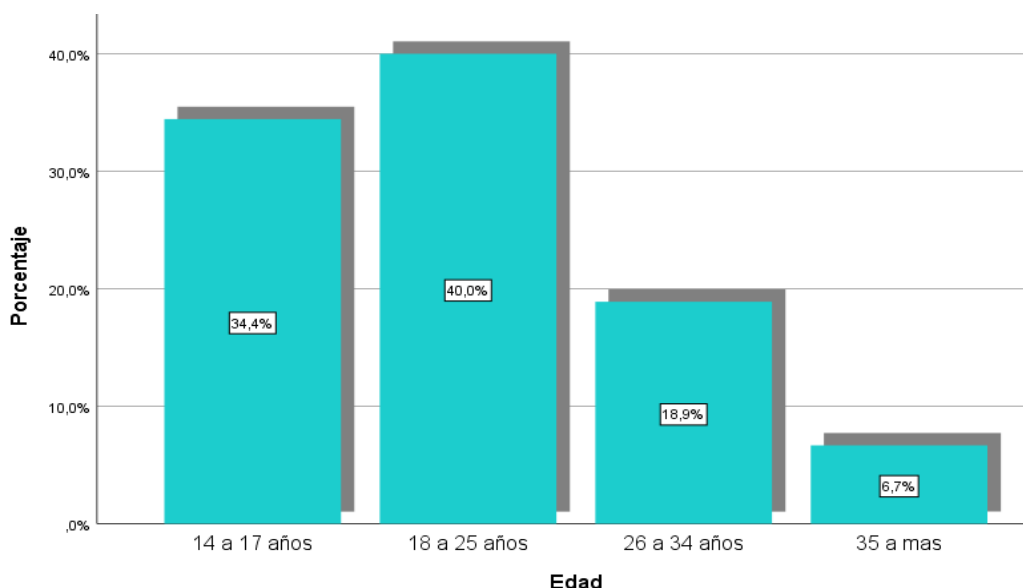


Figura 1. Distribución de la edad en gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023

Análisis e interpretación

En la tabla y figura 1 se detalla la distribución por edad de las gestantes con hemorragias en el tercer trimestre. El grupo mayoritario correspondió a mujeres de 18 a 25 años (40.0%, 36 casos), seguido por aquellas de 14 a 17 años (34.4%, 31 casos). En menor proporción, el 18.9% (17 casos) tenía entre 26 y 34 años, y el 6.7% (6 casos) correspondió a gestantes de 35 años o más.

Tabla 2. Distribución del lugar de procedencia de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Gestantes			
	n = 90			
Lugar de procedencia	fi	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Rural	19	21.1	21.1	21.1
Urbano	71	78.9	78.9	100.0

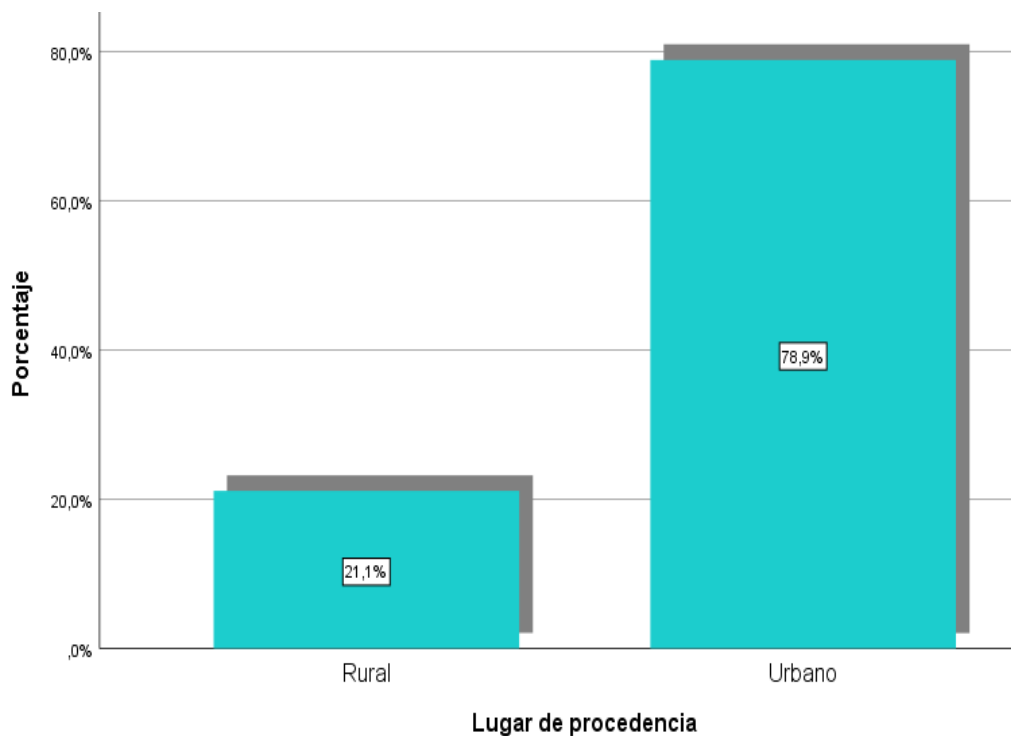


Figura 2. Distribución del lugar de procedencia de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023

Análisis e interpretación

En la tabla y figura 2, se analiza el lugar de procedencia de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre según sus historias clínicas. Se encontró que una amplia mayoría, el 78.9% (71 casos), residía en zonas urbanas, lo que refleja una mayor concentración de casos en áreas con acceso relativamente más cercano a servicios de salud. En contraste, solo el 21.1% (19 casos) provenía de áreas rurales, evidenciando una posible brecha en la distribución de la población atendida o en el acceso a los servicios desde estas zonas.

Tabla 3. Distribución de la ocupación de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Gestantes			
	n = 90			
Ocupación	fi	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Estudiante	27	30.0	30.0	30.0
Ama de casa	42	46.7	46.7	76.7
Trabajadora independiente	4	4.4	4.4	81.1
Trabajadora dependiente	18	18.9	18.9	100.0

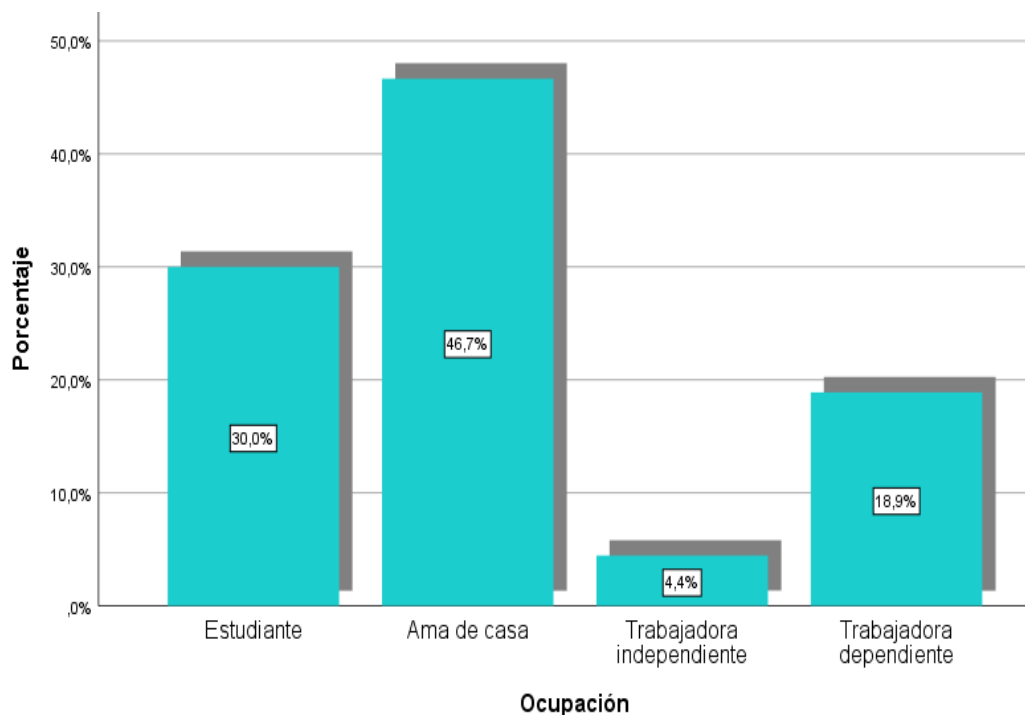


Figura 3. Distribución de la ocupación de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023

Análisis e interpretación

En la tabla y figura 3, se detalla la distribución ocupacional de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre. Se identificó que el 46.7% (42 casos) declaró dedicarse exclusivamente a labores del hogar como amas de casa, constituyendo el grupo predominante. Le siguieron aquellas que estaban cursando estudios, con un 30.0% (27 casos). En menor proporción, el 18.9% (18 casos) correspondió a trabajadoras dependientes, mientras que solo el 4.4% (4 casos) indicó ser trabajadoras independientes.

Tabla 4. Distribución del estado civil de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Gestantes			
	n = 90			
Estado civil	fi	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltera	25	27.8	27.8	27.8
Casada	17	18.9	18.9	46.7
Conviviente	48	53.3	53.3	100.0

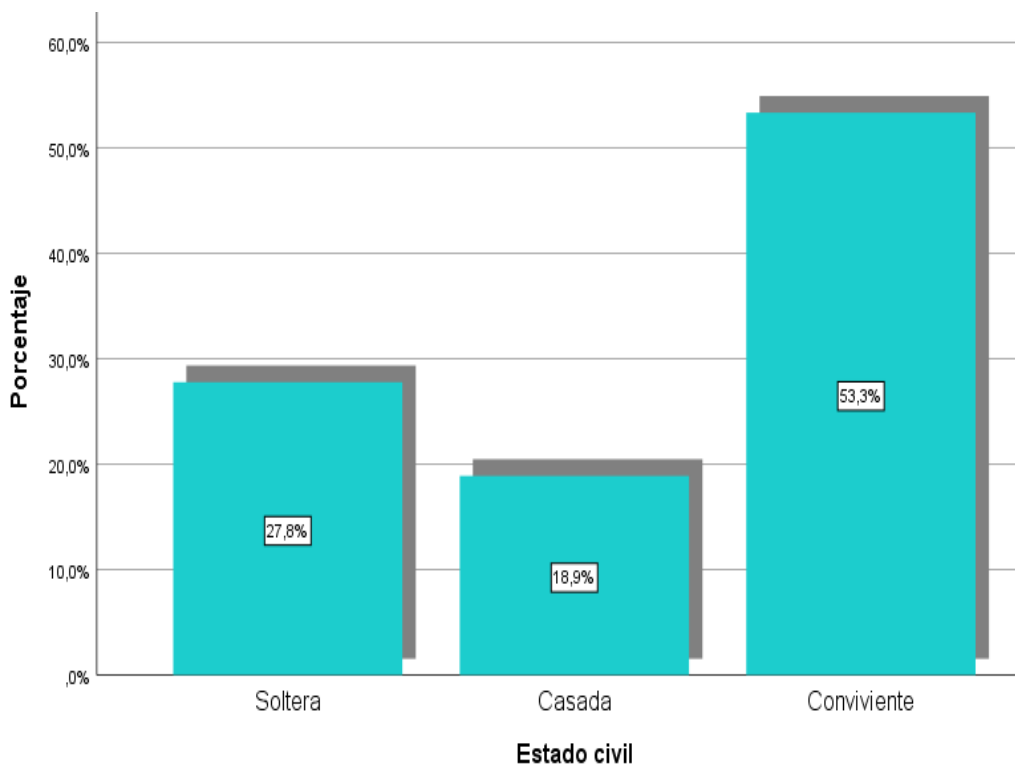


Figura 4. Distribución del estado civil de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023

Análisis e interpretación

En la tabla y figura 4, se presenta la distribución de las gestantes según su estado civil. Se observó que la mayoría, el 53.3% (48 grávidas), declaró estar en convivencia, reflejando esta como la situación predominante en el grupo estudiado. En segundo lugar, el 27.8% (25 gestantes) indicó ser soltera, mientras que el 18.9%, es decir, 17 de ellas, reportó estar casada.

Tabla 5. Distribución del nivel de educación de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Gestantes			
	n = 90			
Nivel de educación	fi	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primaria	27	30.0	30.0	30.0
Secundaria	36	40.0	40.0	70.0
Superior no universitario	27	30.0	30.0	100.0

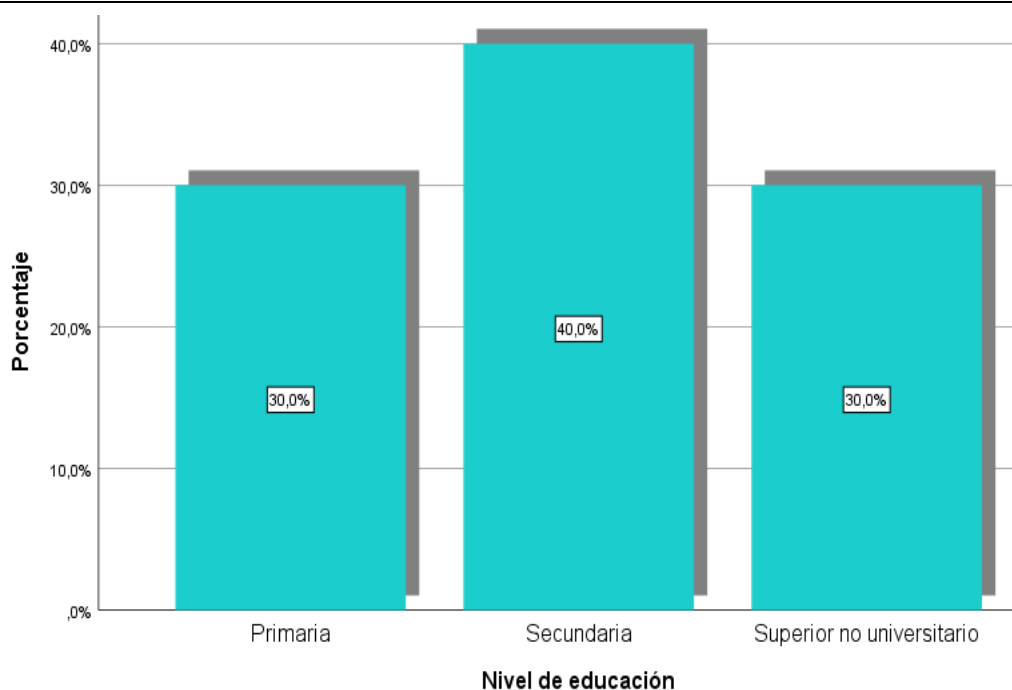


Figura 5. Distribución del nivel de educación de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023

Análisis e interpretación

En la tabla y figura 5, se presenta la información relacionada con el nivel educativo de las gestantes. El análisis revela que el 40.0% (36 gestantes) reportó haber alcanzado únicamente el nivel secundario, constituyendo el grupo mayoritario. Por otro lado, el 30.0% (27 casos) indicó tener educación primaria como su nivel más alto, mientras que un porcentaje similar (30.0%, 27 casos) señaló haber completado estudios superiores no universitarios en institutos, reflejando una marcada presencia de niveles educativos básicos y técnicos entre las participantes, lo que podría estar asociado con las condiciones socioeconómicas de esta población.

4.1.2. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LA DIMENSIÓN OBSTÉTRICA

Tabla 6. Distribución por edad gestacional de las gestantes con hemorragia en el tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	Gestantes			
	n = 90			
Edad gestacional	fi	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
I Trimestre (Desde 1s hasta las 13 ss)	0	0.0	0.0	0.0
II Trimestre (Desde 14ss hasta las 27 ss)	0	0.0	0.0	0.0
III Trimestre (Desde 28ss hasta las 40 ss)	90	100.0	100.0	100.0

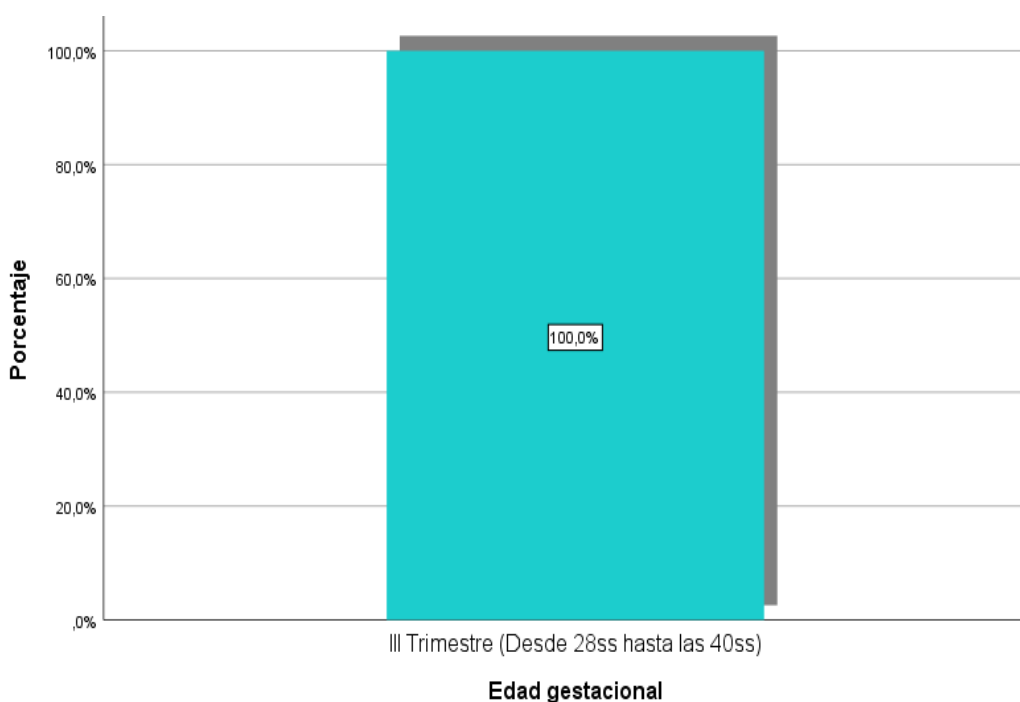


Figura 6. Distribución por edad gestacional de las gestantes con hemorragia en el tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023

Análisis e interpretación

En la tabla y figura 6, se presenta la distribución de las pacientes según su edad gestacional. Los resultados revelaron que el 100.0% de las gestantes estudiadas (90 casos) se encontraban dentro del tercer trimestre de gestación, comprendido entre las semanas 28 y 40. Este hallazgo refleja que todas las participantes cumplían con el criterio establecido para el estudio, consolidando la homogeneidad en el grupo analizado.

Tabla 7. Número de atenciones prenatales recibidas por las gestantes con hemorragia en el tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	Gestantes			
	n = 90			
Atenciones prenatales (APN)	fi	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin atención prenatal	17	18.9	18.9	18.9
De 1 a 5 atenciones	16	17.8	17.8	36.7
De 6 a 8 controles	33	36.7	36.7	73.3
Mayor de 8 controles	24	26.7	26.7	100.0

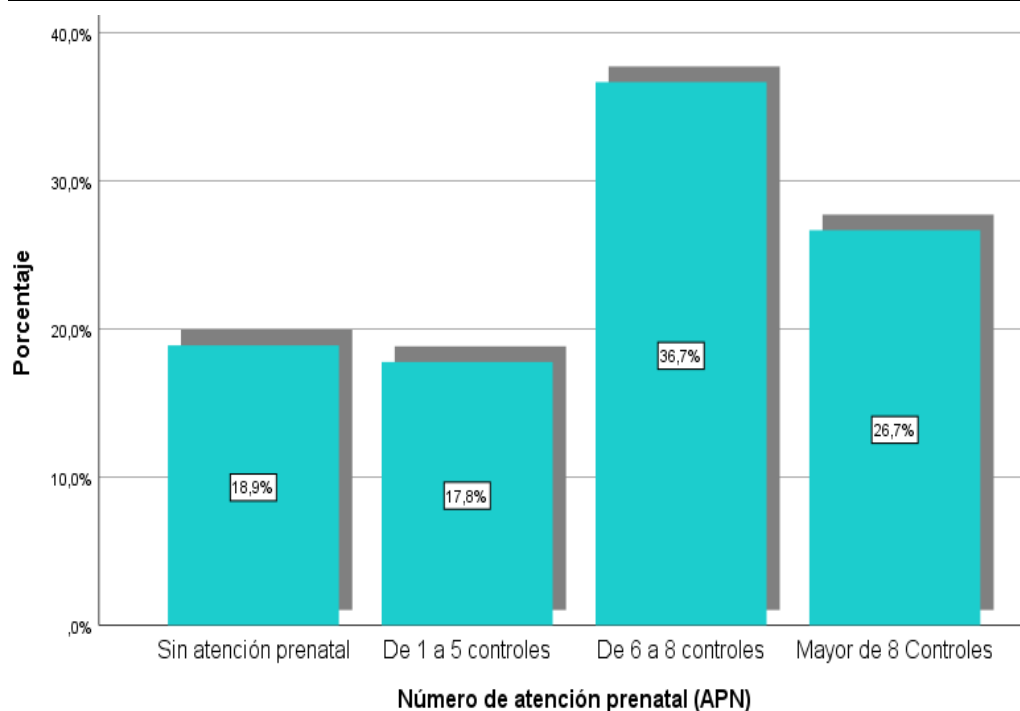


Figura 7. Número de atenciones prenatales recibidas por las gestantes con hemorragia en el tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023

Análisis e interpretación

En la tabla y figura 7, se analiza la frecuencia de atenciones prenatales recibidas por las gestantes con hemorragia en el tercer trimestre. Los resultados muestran que el 36.7% (33 pacientes) asistió entre 6 y 8 controles prenatales. Le sigue el 26.7% (24 casos) que reportó haber recibido más de 8 controles. Por otro lado, el 18.9% (17 gestantes) no contó con ningún control prenatal, mientras que el 17.8% (16 pacientes) tuvo entre 1 y 5 controles.

Tabla 8. Paridad de las gestantes con hemorragia en el tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	Gestantes			
	fi	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	n = 90			
Paridad	fi	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nulípara	37	41.1	41.1	41.1
Secundípara	25	27.8	27.8	68.9
Múltipara	23	25.6	25.6	94.4
Gran múltipara	5	5.6	5.6	100.0

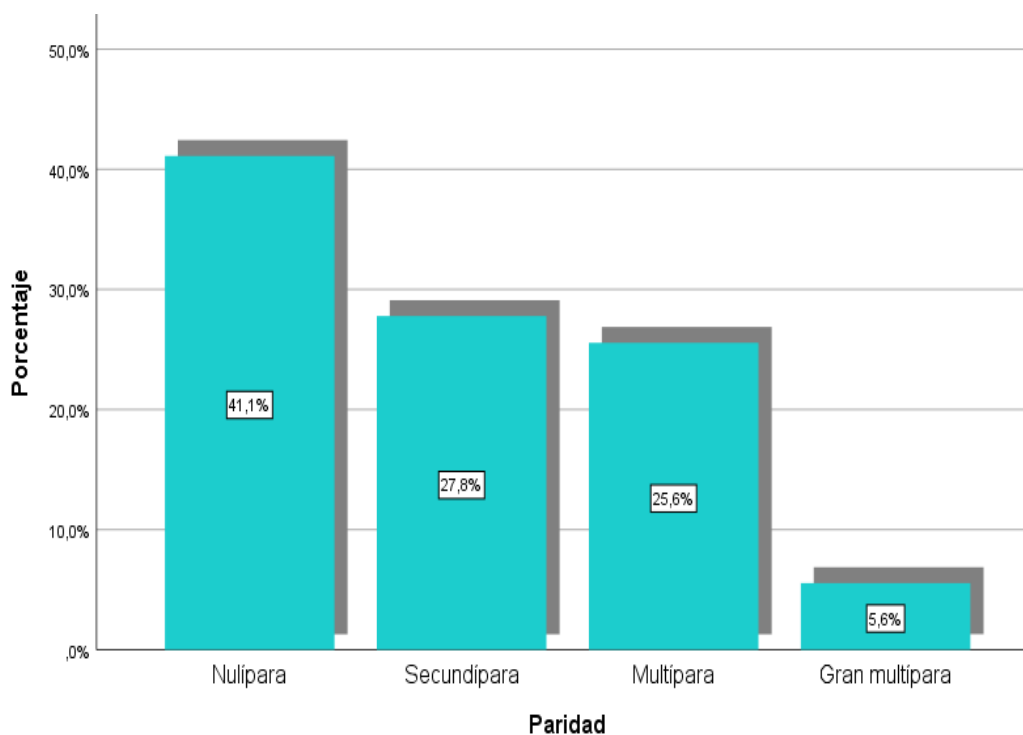


Figura 8. Paridad de las gestantes con hemorragia en el tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023

Análisis e interpretación

En la tabla y figura 8, se presenta la clasificación de las gestantes según su paridad. Los resultados indican que el 41.1% (37 casos) correspondía a nulíparas, es decir, mujeres que no habían tenido partos previos. Le siguieron las secundíparas con un 27.8% (25 casos), mientras que el 25.6% (23 gestantes) fueron identificadas como múltiparas. Finalmente, el 5.6% (5 casos) pertenecía al grupo de gran múltiparas.

Tabla 9. Nivel de hemoglobina de las gestantes con hemorragia en el tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	Gestantes			
	n = 90			
Nivel de hemoglobina	fi	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin anemia	29	32.2	32.2	32.2
Leve (10.0 – 10.9 mg/dl)	48	53.3	53.3	85.6
Moderado (7.0 – 9.9 mg/dl)	13	14.4	14.4	100.0

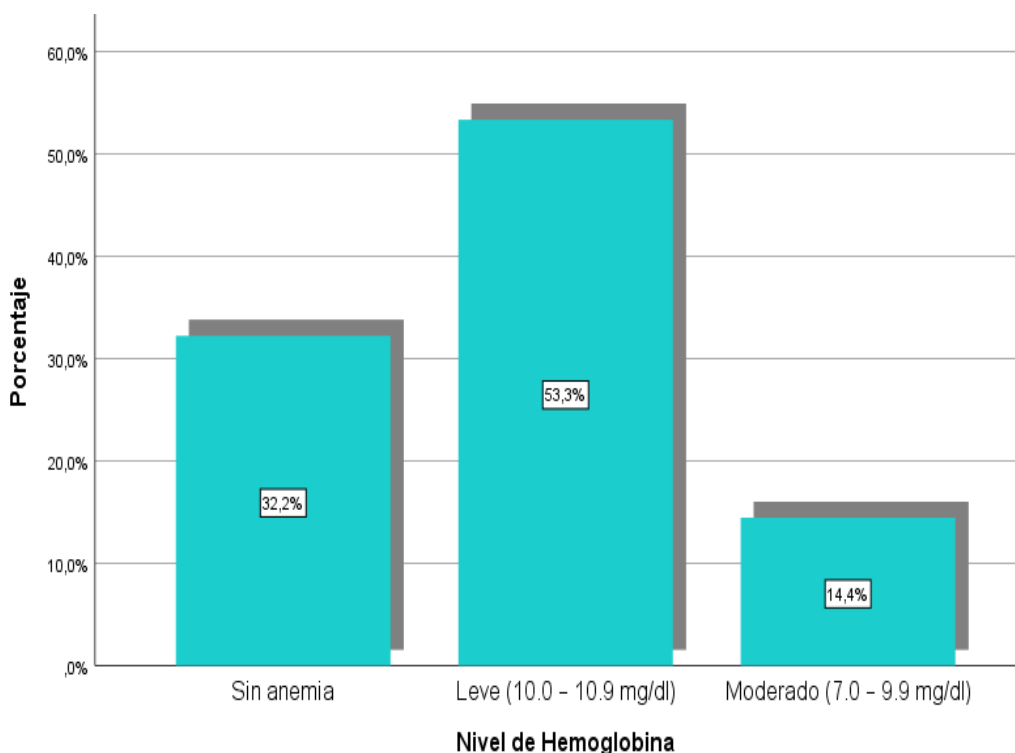


Figura 9. Nivel de hemoglobina de las gestantes con hemorragia en el tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023

Análisis e interpretación

De acuerdo con los resultados presentados en la tabla y figura 9, que examinan los niveles de hemoglobina según los análisis de laboratorio, se identificó que el 53.3% (48 gestantes) tenía anemia leve, con valores entre 10.0 y 10.9 mg/dl. Asimismo, el 32.2% (29 casos) mostró niveles normales de hemoglobina, sin diagnóstico de anemia. En contraste, el 14.4% (13 gestantes) presentó anemia moderada, con concentraciones entre 7.0 y 9.9 mg/dl.

Tabla 10. Índice de masa corporal de las gestantes con hemorragia en el tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	Gestantes			
	n = 90			
Índice de masa corporal (IMC)	fi	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Delgadez (IMC < 18.5)	29	32.2	32.2	32.2
Normal (IMC 18.5 a 24.9)	37	41.1	41.1	73.3
Sobrepeso (IMC 25 a 29.9)	23	25.6	25.6	98.9
Obesidad (IMC ≥ 30)	1	1.1	1.1	100.0

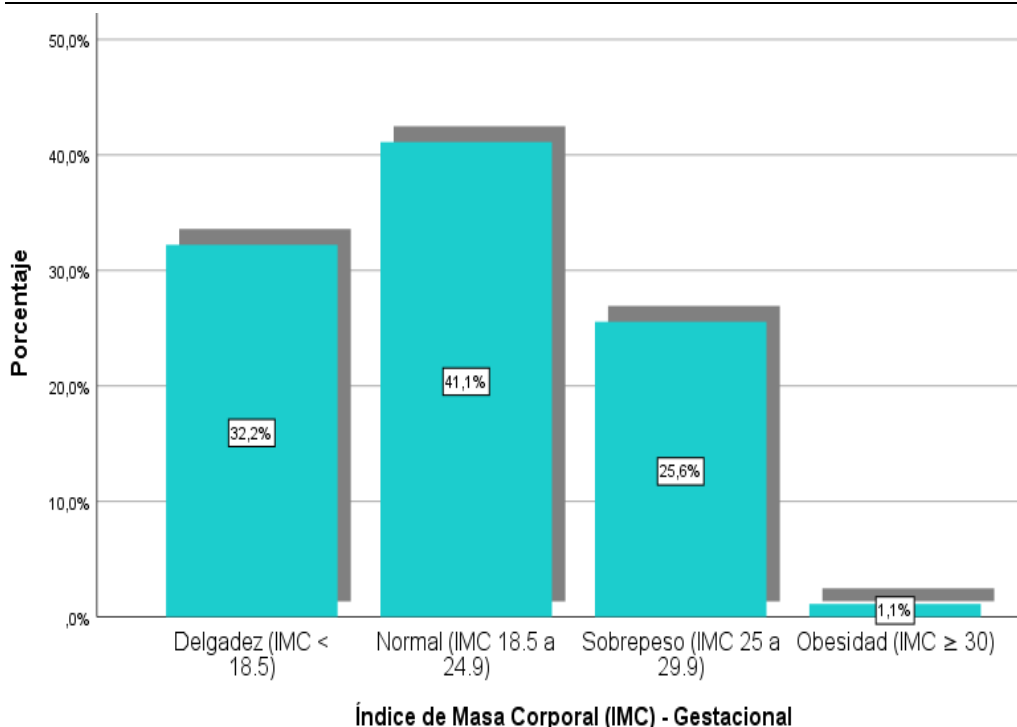


Figura 10. Índice de masa corporal de las gestantes con hemorragia en el tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, 2023

Análisis e interpretación

Al evaluar el estado nutricional de las gestantes mediante su índice de masa corporal (IMC), los resultados reflejan una distribución variada entre diferentes categorías. En la tabla y figura 10, se observa que el grupo predominante, correspondiente al 41.1% (37 gestantes), presentó un IMC clasificado como normal (18.5 a 24.9). Sin embargo, un 32.2% (29 mujeres) registró delgadez, con valores menores a 18. Asimismo, un 25.6% (23 casos) se ubicó en la categoría de sobrepeso (25 a 29.9), y un 1.1% (1 caso) alcanzó la categoría de obesidad con IMC igual o superior a 30.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS

La hemorragia del tercer trimestre es una de las complicaciones obstétricas más temidas debido a su impacto en la salud materno-perinatal. Su incidencia está influenciada por factores demográficos y obstétricos que pueden predisponer a su aparición y agravar su evolución. En este estudio, se analizaron las características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad, Ucayali, durante el año 2023, con el propósito de contextualizar los hallazgos en relación con estudios previos y aportar un análisis integral sobre las características más relevantes ante esta condición.

El análisis demográfico de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre reveló que el grupo etario predominante fue el de 18 a 25 años (40.0%), seguido por adolescentes de 14 a 17 años (34.4%). Este hallazgo coincide con lo reportado por Paredes ⁽³⁴⁾, quien identificó una alta incidencia de complicaciones obstétricas en adolescentes, subrayando la vulnerabilidad de este grupo etario. La juventud de las gestantes podría estar asociada a un menor acceso a servicios de planificación familiar y a un riesgo incrementado de anemia y desnutrición, condiciones que se observaron en la muestra analizada. Del mismo modo, en cuanto al lugar de procedencia, el 78.9% de las gestantes residía en zonas urbanas, lo que sugiere una mayor concentración de casos en entornos con mejor acceso a servicios de salud. Este dato contrasta con lo expuesto por Redonda ⁽²⁴⁾, quien encontró que la hemorragia del tercer trimestre tenía una mayor prevalencia en áreas rurales, debido a limitaciones en el acceso a atención prenatal y a la demora en la atención oportuna.

Respecto a la ocupación, el 46.7% de las gestantes eran amas de casa y el 30.0% estudiantes, lo que sugiere que una proporción significativa de las afectadas no contaba con ingresos económicos propios. Esto guarda relación con lo expuesto por Rivera ⁽³¹⁾, quien señaló que factores socioeconómicos adversos pueden limitar el acceso a un adecuado control prenatal y aumentar el riesgo de complicaciones obstétricas, incluida la hemorragia.

Adicionalmente, el estado civil mostró que el 53.3% de las gestantes vivían en unión libre, seguido por un 27.8% de solteras, lo que podría implicar menor apoyo social y dificultades en la adherencia a los controles obstétricos, factores relevantes en la evolución del embarazo.

En términos de nivel educativo, se evidenció que el 40.0% de las gestantes alcanzó la educación secundaria, mientras que un 30.0% tenía educación primaria y otro 30.0% estudios superiores no universitarios. Esto coincide con lo reportado por Jabeen et al. ⁽²⁸⁾, quienes señalaron que un bajo nivel educativo se asocia a una menor asistencia a controles prenatales y un mayor riesgo de complicaciones hemorrágicas. En este estudio, el 18.9% de las gestantes no tuvo ningún control prenatal, lo que podría haber aumentado su vulnerabilidad a eventos adversos relacionados con la hemorragia.

El análisis de las características obstétricas mostró que el 100.0% de las gestantes se encontraba dentro del rango gestacional esperado (28 a 40 semanas), asegurando la homogeneidad de la muestra. En cuanto a la atención prenatal, el 36.7% recibió entre 6 y 8 controles, mientras que el 26.7% asistió a más de 8 controles, lo que refleja una tendencia hacia un seguimiento adecuado en la mayoría de los casos. Sin embargo, la ausencia de controles en el 18.9% de las gestantes refuerza la necesidad de estrategias dirigidas a mejorar la cobertura y accesibilidad del control prenatal en la región.

Desde la perspectiva de la salud materna, la anemia fue una de las condiciones más frecuentes, con un 53.3% de casos en su forma leve y un 14.4% en forma moderada. Estos resultados son similares a los encontrados por Nirajan et al. ⁽²³⁾, quienes señalaron que la anemia en gestantes con hemorragia del tercer trimestre es un factor de riesgo determinante en la severidad del sangrado y en las complicaciones perinatales. En términos de estado nutricional, el 41.1% de las gestantes presentó un índice de masa corporal (IMC) normal, mientras que el 32.2% mostró delgadez y un 25.6% sobrepeso. Esta variabilidad sugiere que tanto la malnutrición como el exceso de peso podrían desempeñar un papel relevante en la aparición de hemorragias obstétricas, tal como lo indicaron Golfista ⁽²⁶⁾ y Paredes ⁽³⁴⁾, quienes hallaron una correlación entre desnutrición materna y desenlaces perinatales adversos.

En síntesis, los resultados del presente estudio nos reflejan que la hemorragia del tercer trimestre afecta mayormente a gestantes jóvenes, con bajo nivel educativo y escasos recursos económicos, factores que pueden condicionar el acceso a una atención prenatal oportuna. La alta prevalencia de anemia y malnutrición en la población estudiada resalta la necesidad de estrategias de intervención temprana, con el fin de reducir los riesgos materno-perinatales asociados a esta condición. En tal sentido, la hemorragia del tercer trimestre continúa siendo un problema obstétrico relevante, con múltiples factores de riesgo asociados. Los resultados de este estudio evidencian que la edad materna joven, la ausencia de control prenatal, el bajo nivel educativo y la presencia de anemia son determinantes importantes en su aparición y evolución.

CONCLUSIONES

• De caracterización

El análisis de las características demográficas de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre revela varias tendencias significativas. En cuanto a la edad, el grupo predominante corresponde a mujeres jóvenes entre 18 y 25 años, que representaron el 40.0% (36 casos) de la muestra. En relación con el lugar de procedencia, una notable mayoría de las gestantes proviene de zonas urbanas, con un 78.9% (71 casos) de participantes originarias de estos lugares. Además, el 46.7% (42 casos) de las mujeres se dedicaban al hogar como amas de casa, mientras que el 53.3% (48 casos) vivían en convivencia. En términos de nivel educativo, el 40.0% (36 casos) de las gestantes habían completado solo la educación secundaria.

En cuanto a las características obstétricas, se observó que todas las participantes (100.0%) se encontraban dentro del tercer trimestre de gestación, asegurando la homogeneidad del grupo. En relación con las atenciones prenatales, el 36.7% (33 gestantes) había recibido entre 6 y 8 controles prenatales. Respecto a la paridad, se identificó que el 41.1% (37 gestantes) eran nulíparas, es decir, no habían tenido partos previos. En cuanto a los niveles de hemoglobina, el 53.3% (48 gestantes) presentó anemia leve, con valores entre 10.0 y 10.9 mg/dl. Finalmente, el análisis del índice de masa corporal (IMC) mostró que el 41.1% (37 gestantes) se encontraba en el rango de peso normal (18.5 a 24.9).

RECOMENDACIONES

Es fundamental que la Red de Salud intensifique la vigilancia y el seguimiento de las gestantes en el tercer trimestre, especialmente en aquellas provenientes de zonas urbanas, que muestran una mayor prevalencia en los casos de hemorragia. Se recomienda reforzar los programas de atención prenatal y asegurar que las gestantes reciban el número adecuado de controles médicos, especialmente en las áreas con mayor concentración de mujeres de nivel educativo básico, donde podrían existir barreras para el acceso y cumplimiento de las consultas. Además, sería beneficioso fortalecer la coordinación entre centros de salud y redes de atención para mejorar la identificación temprana de factores de riesgo y ofrecer atención más oportuna. La implementación de programas educativos y de sensibilización dirigidos a las mujeres sobre la importancia de los controles prenatales puede mejorar la detección y la prevención de complicaciones graves.

El Centro de Salud Aguaytia Padre Abad debe enfocarse en mejorar la atención a las gestantes del tercer trimestre, especialmente aquellas en situación de riesgo, como las nulíparas y las que presentan anemia leve. Es esencial que el personal médico, particularmente las obstetras, estén capacitados en el manejo de hemorragias del tercer trimestre y en la identificación temprana de factores de riesgo relacionados con la paridad y el nivel educativo. Además, se recomienda que se dispongan de recursos adecuados para la realización de análisis de hemoglobina y monitoreo constante de las gestantes con condiciones de salud que pudieran ponerlas en riesgo. Implementar protocolos estandarizados para el seguimiento prenatal y crear una red de apoyo entre profesionales de salud para la atención integral de las gestantes son pasos clave para mejorar la calidad del servicio.

Las obstetras tienen un papel crucial en la prevención y manejo de las hemorragias del tercer trimestre. Es imperativo que mantengan un enfoque integral y personalizado, evaluando de manera detallada la historia clínica de cada gestante, prestando especial atención a la paridad, los niveles de hemoglobina y la cantidad de controles prenatales recibidos. Dado que se identificó una relación significativa entre el lugar de procedencia y el nivel de

instrucción, las obstetras deben ser especialmente sensibles a las barreras socioeconómicas y culturales que puedan dificultar el acceso a una atención adecuada. Además, es fundamental que las obstetras mantengan una comunicación efectiva con las gestantes, proporcionando información clara y comprensible sobre los riesgos y la importancia de cumplir con las consultas y exámenes médicos.

Para las gestantes, es esencial que comprendan la importancia de asistir a todas las consultas prenatales y seguir las recomendaciones médicas durante todo el embarazo, especialmente en el tercer trimestre. Las mujeres deben ser conscientes de que la paridad y los niveles de hemoglobina bajos pueden aumentar el riesgo de hemorragias, por lo que es crucial realizar los controles de salud recomendados y seguir las indicaciones del personal médico. Las madres deben también ser educadas sobre los signos y síntomas del embarazo y posibles complicaciones, como la hemorragia vaginal, para buscar atención inmediata en caso de emergencia. De igual forma, se recomienda que las gestantes en zonas urbanas aprovechen los recursos disponibles en los centros de salud, pero también se les debe motivar a involucrarse activamente en su bienestar y en el cuidado prenatal para reducir el riesgo de complicaciones durante el embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ríos E, Gómez R, Lopera M, Ríos E, Gómez R, Lopera M. Mortalidad materna y perinatal en municipios y corregimientos de la frontera terrestre. Colombia 1998 - 2016. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. enero de 2022 [citado el 14 de diciembre de 2023]; 68(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322022000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Gianella C, Ruiz-Cabrejos J, Villacorta P, Castro A, Carrasco-Escobar G. Reverting five years of progress: Impact of COVID-19 on maternal mortality in Peru. CMI Brief [Internet]. 2021 [citado el 14 de diciembre de 2023]; 2021: 1. Disponible en: <https://www.cmi.no/publications/7445-reverting-five-years-of-progress-impact-of-covid-19-on-maternal-mortality-in-peru>
3. Knoema [Internet]. [citado el 14 de diciembre de 2023]. Perú Tasa de mortalidad materna (estimada, por cada 100000 nacidos vivos), 1960-2022 - knoema.com. Disponible en: <https://knoema.es/atlas/Perú/Tasa-de-mortalidad-materna-estimada-por-cada-100000-nacidos-vivos>
4. World Bank Gender Data Portal [Internet]. [citado el 14 de diciembre de 2023]. Perú. Disponible en: <https://genderdata.worldbank.org/countries/peru/>
5. UNFPA Perú [Internet]. 2023 [citado el 14 de diciembre de 2023]. Cada dos minutos muere una mujer por problemas en el embarazo o el parto. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/news/cada-dos-minutos-muere-una-mujer-por-problemas-en-el-embarazo-o-el-parto>
6. Hemorragias del tercer trimestre [Internet]. [citado el 14 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359300735714>
7. Taller para contener hemorragia posparto en Perú - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado el 14 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/8-2-2015-taller-para-contener-hemorragia-posparto-peru>
8. Manejo activo de la tercera etapa del parto salva vidas | Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. el 13 de octubre de 2022 [citado el 14 de diciembre de 2023]; Disponible en:

- <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/282?articlesBySameAuthorPage=2>
9. Obstetric Hemorrhage - an overview | ScienceDirect Topics [Internet]. [citado el 14 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/obstetric-hemorrhage>
 10. Trikha A, Singh PM. Management of major obstetric haemorrhage. *Indian J Anaesth.* septiembre de 2018; 62(9): 698 – 703.
 11. Urgencias en obstetricia | Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. [citado el 14 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/pt-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-urgencias-obstetricia-S0716864011704321>
 12. Obstetric Hemorrhage during the Third Trimester of Pregnancy: Experience in a University Hospital in Guinea [Internet]. [citado el 14 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=116979>
 13. Pacheco-Romero J. Del editor acerca del Consenso sobre la Hemorragia Obstétrica publicado por ACOO. *Rev Peru Ginecol Obstet.* julio de 2015; 61(3): 215 – 7.
 14. Minsa reconoce a Huánuco por disminución de muertes maternas [Internet]. *Tu Diario Huánuco.* 2023 [citado el 14 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://tudiariohuanuco.pe/politica/minsa-reconoce-a-huanuco-por-disminucion-de-muertes-maternas/>
 15. Mayca J, Palacios-Flores E, Medina A, Velásquez JE, Castañeda D. Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región Huánuco. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* abril de 2009; 26(2): 145 – 60.
 16. Mayorca Condor FDM. Hemorragias obstétricas en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2020 [Internet]. Huancavelica; Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/772ba36a-2305-40ba-a682-7a7b91eacfe0/content>

17. Tacanga López PX. Factores asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa, 2021 - 2022.
18. Sangrado vaginal en el último trimestre del embarazo - Salud femenina - Manual MSD versión para público general [Internet]. [citado el 14 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/salud-femenina/s%C3%ADntomas-durante-el-embarazo/sangrado-vaginal-en-el-%C3%BAltimo-trimestre-del-embarazo>
19. World Health Organization. Strategies towards ending preventable maternal mortality (EPMM) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [citado el 19 de mayo de 2024]. 44 p. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/153544>
20. Introducción al simposio Hemorragias Obstétricas [Internet]. [citado el 14 de diciembre de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322020000100047&script=sci_arttext
21. El Proceso de investigación; Fases de realización de una investigación científica | SalusPlay [Internet]. [citado el 14 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-metodologia-de-la-investigacion/tema-4-el-proceso-de-investigacion-fases-de-realizacion-de-una-investigacion-cientifica>
22. Calduch Cervera R. Métodos y técnicas de investigación en relaciones internacionales. España.
23. Chavan NN, Rohidas V, Waikule H. Accidental haemorrhage in third trimester: maternal and fetal outcome. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* el 26 de marzo de 2019; 8(4): 1633 – 6.
24. Redonda García Y. Hemorragia del tercer periodo del parto Hospital Vladimir I. Lenin. Enero - junio 2020. Cuba.
25. Vandana, Krishnaswamy P. A Prospective Study of Severe Acute Maternal Morbidity and Maternal Near Miss in a Tertiary Care Hospital. *J Obstet Gynaecol India.* agosto de 2022; 72(Suppl 1): 19 – 25.
26. Golfier F, Pleyner L, Bolze PA. Spontaneous hemoperitoneum in pregnancy: A life-threatening maternal and fetal complication of

- endometriosis. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* el 1 de septiembre de 2022; 51(7): 102415.
27. Erazo Flores SA, Reyes Murillo KK, Bermúdez Rojas AK, Erazo Carabajo MF. Hemorragia en el parto y en el embarazo. *RECIAMUC.* el 29 de noviembre de 2022; 6(4):66 – 74.
 28. Jabeen S, Siddique AB, Hossain AT, Khan S, Haider MM, Tahsina T, et al. Haemorrhage-related maternal mortality in Bangladesh: Levels, trends, time of death, and care-seeking practices based on nationally representative population-based surveys. *J Glob Health.* 13:07001.
 29. Worku BT, Abdulahi M, Tsega M, Edilu B, Ali R, Habte MB, et al. Complication experience during pregnancy and place of delivery among pregnant women: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* el 11 de marzo de 2023; 23(1): 161.
 30. Rojas Zamora B. Características de las gestantes con placenta previa Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho enero a diciembre 2016-2017.
 31. Rivera Robles KMM. Factores de riesgo asociados a hemorragias de la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, Ica-Perú.
 32. Acuña Espinoza HN, Bravo Quiñonez MS. Importancia de la ecografía en la predicción de las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes del Centro de Salud Aparicio Pomares. Huánuco – 2018.
 33. Baca Quispe S, León Tarco GD. Complicaciones maternas en pacientes con diagnóstico de hemorragia en la segunda mitad del embarazo atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2019. Cusco
 34. Paredes Ríos JA. Anemia y complicaciones materno-perinatales en madres primigestas adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de La Región Ucayali en el periodo 2017 – 2018.
 35. Hemorragia en la gestación [Internet]. [citado el 15 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200009
 36. Fernández-Lara JA, Toro-Ortiz JC, Martínez-Trejo Z, Maza-Labastida S de la, Villegas-Arias MA, Fernández-Lara JA, et al. Tasa de hemorragia,

- histerectomía obstétrica y muerte materna relacionada. *Ginecol Obstet México*. 2017; 85(4): 247 – 53.
37. Rodríguez Zarauz. Hemorragias del tercer trimestre.
 38. Stanford Medicine Children's Health [Internet]. [citado el 15 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=placentaprevia-90-P05547>
 39. Ávila Darcia S, Ifaro Moya T, Olmedo Soriano J. Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario.
 40. Placenta previa - Clave clínica [Internet]. [citado el 15 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/#!/content/derived_clinical_overview/76-s2.0-B9780323755764007183
 41. Redacción Médica [Internet]. [citado el 15 de diciembre de 2023]. Placenta previa: tipos, causas, síntomas y tratamiento. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/placenta-previa>
 42. Patogenia del parto prematuro espontáneo - ClinicalKey [Internet]. [citado el 15 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788491135500000079?scrollTo=%23hl0002195>
 43. Maldonado M, Lombardía J, Rodríguez, O, Rincón A, Sánchez Dehesa A. Hemorragias del tercer trimestre.
 44. Zamorano Nieves M. Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta.
 45. Barral Y, Cobo T, López M, Mazarico E. Hematomas placentarios. Desprendimiento prematuro de placenta.
 46. Rotura uterina. Diagnóstico y consecuencias en una gestante de 30 semanas | *Progresos de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. [citado el 15 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20210422033954/https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-rotura-uterina-diagnostico-consecuencias-una-S0304501309000090>

47. Rotura uterina (actualizado julio de 2013). Prog Obstet Ginecol. el 1 de junio de 2015; 58(6): 296 – 9.
48. Castro Anaya E, Díaz Infante A. Rotura uterina. 78(4): 254 – 8.
49. Rodríguez Gómez MA, García Romero V, Delgado Márquez M. Rotura Uterina.
50. Uterine Rupture - ClinicalKey [Internet]. [citado el 19 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B978044310739900259X?scrollTo=%23hl0000113>
51. Ferrero Viñas A, Cortejoso Hernández J, de Miguel Manso S, Suárez Mansilla P, Álvarez Colomo C, González Martín JI. Vasa previa, diagnóstico prenatal y manejo obstétrico. Clínica E Investig En Ginecol Obstet. el 1 de enero de 2020; 47(1): 18 – 21.
52. José Canto Rivera M, Bachs SC, Vilarmau MG, Capdevila JP, Pérez FO. Vasa previa: diagnóstico prenatal ecográfico y conducta obstétrica. Prog Obstet Ginecol. el 1 de noviembre de 2009; 52(11): 643 – 7.
53. Directriz clínica n.o 439: Diagnóstico y tratamiento de la vasa previa - ClinicalKey [Internet]. [citado el 16 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S1701216323003791>
54. Sangrado vaginal durante el embarazo - ClinicalKey [Internet]. [citado el 19 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9780443121517003017?scrollTo=%23hl0000078>
55. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado el 15 de diciembre de 2023]. Vasa Previa - Ginecología y obstetricia. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/vasa-previa>
56. Obstetric Imaging: Fetal Diagnosis and Care - ClinicalKey [Internet]. [citado el 19 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/browse/book/3-s2.0-C20140001001>
57. GAP-Parto_pretermino_2020.pdf [Internet]. [citado el 16 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf

58. Huertas Tacchino E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Rev Peru Ginecol Obstet. julio de 2018; 64(3): 399 – 404.
59. Parto prematuro: epidemiología, factores de riesgo y evaluación del riesgo en pacientes asintomáticas - ClinicalKey [Internet]. [citado el 16 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/emc/51-s2.0-S1283081X23484883?scrollTo=%23hl0000205>
60. Jorge Andrés Robert S, Juan Luis Leiva B. Protocolo de manejo en pacientes con amenaza de parto prematuro en clínica Las Condes. Rev Médica Clínica Las Condes. el 1 de noviembre de 2014; 25(6): 953 – 7.
61. Edad gestacional. Diccionario médico. Clínica Universidad de Navarra. [Internet]. [citado el 16 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/edad-gestacional>
62. Cuidado prenatal en el tercer trimestre: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado el 16 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000558.htm>
63. Definición [Internet]. [citado el 16 de diciembre de 2023]. Paridad - Definición. Disponible en: <https://definicion.de/paridad/>
64. Gómez Gutiérrez-Solana I, Larrañaga C. Hemorragia en la gestación. An Sist Sanit Navar. 2009; 32: 81 – 90.
65. Investigación RS. Hemoglobina, estructura y trastornos, revisión bibliográfica. [Internet]. RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado el 16 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/hemoglobina-estructura-y-trastornos-revision-bibliografica/>
66. Hemoglobina.pdf [Internet]. [citado el 16 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://docs.moodle.org/all/es/images_es/5/5b/Hemoglobina.pdf
67. Giacomini-Carmioli L, Leal-Mateos M, Moya-Sibaja RÁ. Anemia materna en el tercer trimestre de embarazo como factor de riesgo para parto pretérmino. Acta Médica Costarric. marzo de 2009; 51(1): 39 – 43.
68. Hernández-Higareda S, Pérez-Pérez OA, Balderas-Peña LMA, Martínez-Herrera BE, Salcedo-Rocha AL, Ramírez-Conchas RE. Enfermedades metabólicas maternas asociadas a sobrepeso y obesidad pregestacional

- en mujeres mexicanas que cursan con embarazo de alto riesgo. *Cir Cir*. julio de 2017; 85(4): 292 – 8.
69. Ruipérez-Pacheco E, Carmona-Payán P, Blázquez-Barbero E, Herráiz-Martínez MÁ, Ruipérez-Pacheco E, Carmona-Payán P, et al. Influencia del sobrepeso y la obesidad pregestacionales en el embarazo y en los desenlaces perinatales. *Ginecol Obstet México*. 2022; 90(5): 385 – 94.
70. Ildeliza Sierra Torrescano MDL. Estimación de la talla; adaptando la técnica de medición altura talón-rodilla con regla y escuadra. *Enferm Univ* [Internet]. el 16 de abril de 2018 [citado el 16 de diciembre de 2023]; 6(3). Disponible en: <http://revista-enfermeria.unam.mx:80/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/331>
71. Talla Materna Baja como Factor de Riesgo de Cesárea [Internet]. [citado el 16 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_47n2/talla_mater.htm
72. Munares-García O, Gómez-Guizado G. Anemia en gestantes con y sin talla baja. *Rev Cuba Salud Pública*.
73. Pacheco-Romero J. Gestación en la mujer obesa: consideraciones especiales. *An Fac Med*. abril de 2017; 78(2): 207 – 14.
74. <https://www.cun.es> [Internet]. [citado el 16 de diciembre de 2023]. Hemorragias en embarazo. Consejos embarazo, parto. Clínica Universidad de Navarra. Disponible en: <https://www.cun.es/chequeos-salud/embarazo/hemorragias-embarazo>
75. Embarazo - ClinicalKey [Internet]. [citado el 16 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/#!/content/guides_techniques/52-s2.0-mt_fis_125
76. Zavala Coca CA. El feto como paciente. *Rev Peru Pediatr*. el 31 de diciembre de 2005; 40 – 4.
77. Calendario del embarazo semana a semana (para Padres) - Nemours KidsHealth [Internet]. [citado el 16 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/parents/pregnancy-calendar-intro.html>

78. Asturizaga P, Toledo Jaldin L. Hemorragia obstétrica. Rev Médica Paz. 2014; 20(2): 57 – 68.
79. González Saldaña P, Ferrandiz Zavaler M, Gastañaga MEP, Ibáñez Estrella A, Velasco Alvarado KR, Palacios Díaz A, et al. Complicaciones Obstétricas en Adolescentes y Mujeres Adultas con o sin Factores de Riesgo Asociados, Honduras 2016. Acta Reumatol [Internet]. 2016 [citado el 16 de diciembre de 2023]; Disponible en: <http://imed.pub/ojs/index.php/ar/article/view/1916>
80. Patología obstétrica [Internet]. Farmaconsejos. 2024 [citado el 20 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.farmaconsejos.com/consejos/embarazo/patologia-obstetrica/>
81. Manterola C, Otzen T. Estudios Observacionales: Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. Int J Morphol. junio de 2014; 32(2): 634 – 45.
82. Quispe AM, Valentín EB, Gutiérrez AR, Mares JD, Quispe AM, Valentín EB, et al. Serie de Redacción Científica: Estudios Transversales. Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo. enero de 2020; 13(1): 72 – 7.
83. Veiga de Cabo J, Fuente Díez E de la, Zimmermann Verdejo M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. Med Segur Trab. marzo de 2008; 54(210): 81 – 8.
84. Investigación no experimental.pdf [Internet]. [citado el 17 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://intep.edu.co/Es/Usuarios/Institucional/CIPS/2018_1/Documentos/INVESTIGACION_NO_EXPERIMENTAL.pdf
85. Bustamante C G, Mendoza Quispe CA. Estudios de Correlacion. Rev Actual Clínica Investiga/1690.
86. SlideShare [Internet]. 2012 [citado el 20 de mayo de 2024]. Investigación cuantitativa. Disponible en: <https://es.slideshare.net/chemanuel05/investigacion-cuantitativa-11517305>
87. ATLAS. Ti [Internet]. [citado el 10 de septiembre de 2024]. ¿Qué es la investigación descriptiva y cómo se utiliza? Disponible en: <https://atlasti.com/es/research-hub/investigacion-descriptiva>.

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN


Soto X. Características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytia Padre Abad - Ucayali 2023 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2025 [Consultado]. Disponible en: <http://...>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título de la investigación “**Características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytia Padre Abad - Ucayali 2023**”

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	TÉCNICAS E INSTRUMENTO
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS DEL ESTUDIO	VARIABLE GENERAL	TIPO DE INVESTIGACIÓN	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
¿Están relacionadas las características de las gestantes con la hemorragia del tercer trimestre, atendidas en el Centro de Salud Aguaytia Padre Abad - Ucayali 2023?	Relacionar las características de las gestantes con la hemorragia del tercer trimestre, atendidas en el Centro de Salud Aguaytia Padre Abad - Ucayali 2023	Dado que la investigación es de nivel descriptivo, no se plantea una hipótesis, ya que el objetivo es únicamente caracterizar a las gestantes con hemorragias del tercer trimestre sin establecer relaciones causales ni asociaciones entre variables.	Univariable, pues, se realizó un análisis univariado de las “características de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre”	Retrospectivo, observacional, transversal, no experimental	Análisis documental de las historias clínicas
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS			ENFOQUE Cuantitativo NIVEL Descriptivo DISEÑO 	Se utilizó una ficha de recolección de datos (ver anexo 02) para recoger la información relativa a los enunciados. El formulario se clasificó y dividió de la siguiente manera:
PE₁: ¿Están relacionadas las características demográficas de las gestantes (edad, lugar de procedencia, ocupación, estado civil, nivel educativo), con la hemorragia del tercer trimestre del embarazo, atendidas	OE₁: Relacionar las características demográficas de las gestantes (edad, lugar de procedencia, ocupación, estado civil, nivel educativo), con la hemorragia del tercer trimestre del embarazo, atendidas en el Centro de Salud			Donde: M: Muestra V₍₁₎: Variable única (Características gestacionales)	Características de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre
				POBLACIÓN	

en el Centro de Salud Aguaytia Padre Abad -
Aguaytia Padre Abad - Ucayali 2023?
- Ucayali 2023?

PE2: ¿Están relacionadas las características obstétricas de las gestantes (edad gestacional, atención prenatal, paridad, valor de hemoglobina e índice de masa corporal (IMC), con la hemorragia del tercer trimestre del embarazo, atendidas en el Centro de Salud Aguaytia Padre Abad - Ucayali 2023?

OE2: Relacionar las características obstétricas de las gestantes (edad gestacional, atención prenatal, paridad, valor de hemoglobina e índice de masa corporal (IMC), con la hemorragia del tercer trimestre del embarazo, atendidas en el Centro de Salud Aguaytia Padre Abad - Ucayali 2023

Estuvo constituida por 117 gestantes que presentaron a lo largo del año 2023 acontecimientos de hemorragia en el tercer trimestre de gestación, como consecuencia de complicaciones presentadas y diagnosticadas, cuya atención se realizó en el Centro de Salud Aguaytia Padre Abad.

MUESTRA

La muestra estuvo conformada por un grupo no experimental de 90 gestantes atendidas en el Centro de Salud Aguaytia Padre Abad, durante el año 2023

- Características de las gestantes, dimensión demográfica (05 ítems)
- Características de las gestantes, dimensión obstétrica (5 ítems)

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título de la investigación “**Características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytia Padre Abad - Ucayali 2023**”

Nro. Ficha

I. CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES

A. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

1. Edad materna
 - a) De 14 a 17 años
 - b) De 18 a 25 años
 - c) De 26 a 34 años
 - d) De 35 a más
2. Lugar de procedencia
 - a) Rural
 - b) Urbano
3. Ocupación
 - a) Estudiante
 - b) Ama de casa
 - c) Trabajadora independiente
 - d) Trabajadora dependiente
4. Estado Civil
 - a) Soltera
 - b) Casada
 - c) Conviviente
 - d) Divorciada
5. Educación
 - a) Primaria
 - b) Secundaria
 - c) Superior no universitario
 - d) Superior universitario

B. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

6. Edad gestacional

- a) I Trimestre (Desde 1 s hasta las 13 ss)
- b) II Trimestre (Desde 14 ss hasta las 27 ss)
- c) III Trimestre (Desde 28 ss hasta las 40 ss)

7. Atención Prenatal (APN)

- a) Sin atención prenatal
- b) De 1 a 5 controles
- c) De 6 a 8 Controles
- d) Mayor de 8 Controles

8. Paridad

- a) Nulípara
- b) Secundípara
- c) Multípara
- d) Gran multípara

9. Hemoglobina (Anemia)

- a) Sin anemia
- b) Leve (10.0 – 10.9 mg/dl)
- c) Moderado (7.0 – 9.9 mg/dl)
- d) Severa (menor de 7.0 mg/dl)

10. Índice de Masa Corporal (IMC) – Gestacional

- a) Delgadez (IMC < 18.5)
- b) Normal (IMC 18.5 a 24.5)
- c) Sobrepeso (IMC 25 a 29.9)
- d) Obesidad (IMC ≥ 30)

ANEXO 3
SOLICITUD DE PERMISO PARA LA EJECUCION DEL
TRABAJO DE INVESTIGACION
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

SOLICITUD DE PERMISO PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACION

LIC. ENF. Liz Evelin Tovar Ccatamayo

Jefa del Centro de Salud Aguaytia Padre Abad - Ucayali

Reciba un cordial saludo. Mi nombre es **XHINA EDDY SOTO CELESTINO**, identificada con DNI N° **71885506** ex alumna de la Universidad de Huánuco. Ante Ud. Respetuosamente me presento y expongo.

Que habiendo culminado la carrera profesional de **OBSTETRICIA** en la Universidad de Huánuco, solicito a Ud. permiso para realizar trabajo de investigación titulado "**Características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytia Padre Abad - Ucayali 2023**".

Como parte del proceso para obtener el título profesional de Obstetra,

Para llevar a cabo este estudio, necesito recolectar datos de información. Por el cual, solicito formalmente su permiso para acceder a la historia clínica de sus gestantes, la cual es fundamental para el desarrollo y éxito de mi investigación.

POR LO EXPUESTO

Agradezco de antemano su atención y colaboración, y espero que mi solicitud sea aceptada.

AGUAYTIA 02 de Septiembre del 2024

Atentamente



NOMBRE : XHINA EDDY, SOTO CELESTINO
DNI N° : 71885506
CELULAR : 950529571





GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - UCAYALI
RED INTEGRADA DE SALUD 4 - AGUAYTIA
IPRESS-AGUAYTIA-RIS 4 AGUAYTIA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Aguaytía, 09 de setiembre del 2024

OFICIO N° 00145-2024-GRU-DIRESA-RIS 4-A/IPRESS-AGUAYTIA

Señor (a):
Xhina Eddy Sotto Celestino
DNI N° 71885506

Presente.

ASUNTO : ACEPTACIÓN DE PERMISO PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.


REF. : SOLICITUD S/N.

De mi especial Consideración:

Mediante el presente me dirijo a Usted para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo en atención al documento de la referencia indicar la **aceptación de permiso** para ejecución de proyecto de investigación "**características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Aguaytía Padre Abad-Ucayali 2023**".

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima.




Lic. Enf. Liz E. Tovar Ccatamayo
C.E.P. 68611 CERTIFICADA 004947
R.N.E. 16857- R.N.E. 24968
Jefa de la IPRESS Aguaytía

IPRESS-AILETC
C.c.
Archivo

Jr. Víctor Pinedo/Palmeras Mz. 152A-JJ.VV.Pampa Yurac-Aguaytía-PadreAbad - Perú

ANEXO 4
CARTA DE CONFIDENCIALIDAD DE DATOS
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

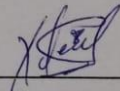
CARTA DE CONFIDENCIALIDAD DE DATOS

Yo, Soto Celestino Xhina Eddy, estudiante de la Universidad de Huánuco, en el marco del desarrollo de mi investigación titulada “**Características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytía Padre Abad - Ucayali 2023**”, me comprometo a garantizar la estricta confidencialidad y el adecuado manejo de los datos recolectados en el desarrollo de esta investigación.

Declaro que:

1. Toda la información obtenida será utilizada exclusivamente para fines académicos y científicos, respetando los principios de confidencialidad y ética en la investigación.
2. Los datos personales de las participantes serán protegidos, garantizando su anonimato y uso restringido.
3. No divulgaré ni compartiré los datos con terceros sin la debida autorización de las autoridades correspondientes y bajo los principios de la ética profesional.
4. Me comprometo a almacenar y resguardar la información en un entorno seguro, evitando su acceso no autorizado o uso indebido.
5. Al finalizar la investigación, los datos serán tratados conforme a los lineamientos éticos y normativos establecidos, asegurando su disposición adecuada y eliminación si corresponde.

En señal de conformidad, firmo la presente carta en la fecha indicada.



Soto Celestino, Xhina Eddy

DNI: 71885506

Huánuco, 15 de Septiembre de 2024

ANEXO 5

BASE DE DATOS

Título de la investigación **“Características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud Aguaytia Padre Abad - Ucayali 2023”**

CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE										
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS						CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS				
Nr o.	Edad materna	Procedencia	Ocupación	Estado civil	Ocupación	Edad gestacional	A P N	Pari dad	Hemogl obina	IM C
1	3	2	2	3	3	3	4	2	2	3
2	4	2	3	2	2	3	3	3	2	2
3	2	2	1	1	3	3	4	1	1	1
4	1	2	1	1	3	3	4	1	2	2
5	1	2	1	3	3	3	4	1	2	3
6	2	2	2	3	2	3	4	3	2	2
7	1	2	1	1	3	3	4	1	1	2
8	2	2	4	3	2	3	4	2	1	2
9	3	2	2	3	1	3	4	3	2	3
10	1	2	1	1	2	3	2	1	2	1
11	1	2	4	3	2	3	3	1	1	2
12	3	2	2	2	1	3	3	2	1	2
13	2	2	2	3	2	3	3	3	2	2
14	1	1	2	3	1	3	2	1	3	1
15	2	2	1	1	3	3	3	2	2	1
16	1	1	2	3	1	3	1	1	2	1
17	2	1	2	2	1	3	1	3	1	2
18	3	2	2	3	1	3	3	3	1	2
19	2	2	4	3	2	3	3	2	1	2
20	2	2	4	3	2	3	3	2	2	1
21	2	1	2	3	1	3	2	3	2	3
22	2	2	4	3	3	3	4	3	1	2
23	3	1	2	3	1	3	1	3	2	3
24	3	1	2	3	1	3	1	4	2	3
25	3	2	4	3	3	3	2	2	1	2
26	1	2	1	1	2	3	3	1	2	1
27	1	2	1	1	3	3	3	1	1	2
28	1	2	2	3	2	3	4	1	2	3
29	2	2	2	3	2	3	3	2	2	1
30	1	1	2	3	1	3	1	3	3	1
31	3	1	2	2	1	3	1	3	2	3
32	2	2	4	3	3	3	4	2	1	2
33	3	1	2	3	1	3	1	4	3	1
34	2	2	1	3	3	3	3	1	2	1
35	2	2	4	1	2	3	3	1	1	2
36	3	1	2	2	1	3	1	4	2	3
37	1	2	1	1	2	3	2	1	3	1
38	1	2	1	3	3	3	1	1	1	2
39	2	2	2	2	2	3	3	2	2	1
40	4	2	2	3	1	3	2	3	3	3
41	1	2	3	2	2	3	3	1	2	1
42	2	2	4	3	2	3	4	2	1	2
43	2	2	1	1	3	3	2	1	2	1
44	1	1	2	1	1	3	1	1	3	3

45	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2
46	3	2	2	2	1	3	3	3	3	1
47	1	2	1	1	2	3	2	1	1	2
48	2	2	2	2	2	3	4	2	2	1
49	1	2	1	1	3	3	3	1	2	3
50	3	2	2	2	1	3	4	3	3	3
51	1	2	1	1	2	3	2	1	2	1
52	4	1	2	3	1	3	1	4	3	3
53	2	2	2	3	2	3	3	2	1	2
54	2	2	4	3	3	3	3	2	2	3
55	1	2	1	1	2	3	3	1	2	1
56	2	2	4	3	3	3	4	2	1	2
57	4	1	2	3	1	3	2	3	3	4
58	2	2	1	1	3	3	3	1	2	2
59	2	2	4	2	2	3	3	2	2	1
60	1	2	1	1	2	3	2	1	1	2
61	1	1	2	3	1	3	1	1	2	1
62	2	1	2	2	1	3	1	3	1	2
63	3	2	2	3	1	3	3	3	1	2
64	2	2	4	3	2	3	3	2	1	2
65	2	2	4	3	2	3	3	2	2	1
66	2	1	2	3	1	3	2	3	2	3
67	2	2	4	3	3	3	4	3	1	2
68	3	1	2	3	1	3	1	3	2	3
69	3	1	2	3	1	3	1	4	2	3
70	3	2	4	3	3	3	2	2	1	2
71	1	2	1	1	2	3	3	1	2	1
72	1	2	1	1	3	3	3	1	1	2
73	1	2	2	3	2	3	4	1	2	3
74	2	2	2	3	2	3	3	2	2	1
75	1	2	1	1	2	3	2	1	3	1
76	1	2	1	3	3	3	1	1	1	2
77	2	2	2	2	2	3	3	2	2	1
78	4	2	2	3	1	3	2	3	3	3
79	1	2	3	2	2	3	3	1	2	1
80	2	2	4	3	2	3	4	2	1	2
81	2	2	1	1	3	3	2	1	2	1
82	1	1	2	1	1	3	1	1	3	3
83	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2
84	3	2	2	3	3	3	4	2	2	3
85	4	2	3	2	2	3	3	3	2	2
86	2	2	1	1	3	3	4	1	1	1
87	1	2	1	1	3	3	4	1	2	2
88	1	2	1	3	3	3	4	1	2	3
89	2	2	2	3	2	3	4	3	2	2
90	1	2	1	1	3	3	4	1	1	2