

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



UDH
UNIVERSIDAD DE HUANUCO
<http://www.udh.edu.pe>

TESIS

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS HEMORRAGIAS EN
LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN GESTANTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÀN
MEDRANO 2016”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Rimas Huaynate, Jakelyne Veronica

ASESORA: Palacios Zevallos, Julia Marina

HUÁNUCO – PERÚ

2021



U

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

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

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud publica
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2018-2019)

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 ()

D

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 46476197

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22407304

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0002-1160-4032

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Palacios Zevallos, Juana Irma	Doctora en ciencias de la salud	22418566	0000-0003-4163-8740
2	Marcelo Armas, Maricela Luz	Doctora en ciencias de la salud	04049506	0000-0001-8585-1426
3	Suarez Leon, Cecilia Lisette	Obstetriz	40790329	0000-0001-7089-0537

H



UDH
UNIVERSIDAD DE HUANUCO
<http://www.udh.edu.pe>

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las **doce** horas del día **veintidós** del mes de **setiembre** del año **dos mil veintiuno**, en la plataforma del aula virtual de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió mediante la Plataforma Virtual Google Meet el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- | | |
|--------------------------------------|-------------------|
| • DRA. JUANA IRMA PALACIOS ZEVALLOS | Presidenta |
| • DRA. MARICELA LUZ MARCELO ARMAS | Secretaria |
| • OBST. CECILIA LISSETTE SUAREZ LEON | Vocal |

Nombrados mediante **RESOLUCION N.º 1387-2021-D-FCS-UDH**, para evaluar la Tesis intitulado **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS HEMORRAGIAS EN LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO 2016”**; presentado por la Bachiller en Obstetricia Sra. **Jakelyne Veronica RIMAS HUAYNATE** para optar el Título Profesional de **Obstetricia**.

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 **Aprobada** por **Unanimidad** con el calificativo cuantitativo de **17** y cualitativo de **Muy Bueno**.

Siendo las, **13:00** horas del día **veintidós** del mes de **setiembre** del año **2021** los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA

SECRETARIA
VOCAL

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada:

A mi abuela Julia Salazar Hilario, a mi madre Dorila Huaynate Salazar y a mi hermano Wilmer Huaynate Salazar, por que estuvo de gran soporte, por su empuje y el aliento inquebrantable que nos impulsa en las ocasiones más dificultosas de nuestros estudios y sobre todo el gran sustento total que nos brindan y a dios por fortificar mi alma por proporcionar la existencia y fortaleza y mis docentes por guiarnos en este transcurso de instrucción, brindándonos eternamente su orientación con profesionalismo moralista y consolidando nuestra Alineación profesional

AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios, por proporcionarme los impulsos para progresar y a mis familiares por fortalecerme.

A la Universidad de Huánuco y a la facultad de ciencias de salud de obstetricia, a su plana de docentes y demás profesionales que con sus enseñanzas hicieron posible mi formación profesional.

A mi asesora: Dra. Julia M. Palacios Zevallos

A mis jurados revisores de tesis:

Dra. Irma Palacios Zevallos

Obst. Maricela Marcelo Armas

Obst. Cecilia L. Suarez León

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	X
RESUMEN	XIII
SUMMARY.....	XV
INTRODUCCION.....	XVII
CAPITULO I.....	19
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	19
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	19
1.2. FORMULACIÓN DE PROBLEMA	21
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	21
1.2.2. PROBLEMA ESPECIFICO.....	21
1.3. OBJETIVO GENERAL.....	22
1.4. OBJETIVO ESPECÍFICO	22
1.5. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	22
1.5.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	23
1.5.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA	23
1.5.3. JUSTIFICACIÓN SOCIAL	23
1.5.4. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	24
1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	24
1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
CAPITULO II.....	25
MARCO TEORICO	25

2.1.	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	25
2.1.1.	ANTECEDENTES INTERNACIONALES	25
2.1.2.	ANTECEDENTES NACIONALES	27
2.1.3.	ANTECEDENTES LOCALES:.....	30
2.2.	BASES TEÓRICAS	31
2.2.1.	LAS HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO	31
2.2.2.	HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO. ETIOLOGÍA.....	31
2.2.3.	PLACENTA PREVIA	32
2.2.4.	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA.....	36
2.2.5.	ROTURA UTERINA	41
2.2.6.	FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS HEMORRAGIAS EN LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN GESTANTES.....	46
2.3.	DEFINICIÓN DE CONCEPTOS BÁSICOS.....	50
2.4.	HIPÓTESIS.....	51
2.4.1.	HIPÓTESIS GENERAL	51
2.5.	VARIABLE	52
2.5.1.	VARIABLE ÚNICA.....	52
2.6.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	52
CAPÍTULO III		53
METODOLOGÍA		53
3.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	53
3.1.1.	ENFOQUE	53
3.1.2.	ALCANCE O NIVEL	53
3.1.3.	DISEÑO	54
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA	54
3.2.1.	POBLACIÓN	54

3.2.2. MUESTRA.....	55
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	56
3.3.1. TÉCNICAS.....	56
3.3.2. INSTRUMENTOS.....	56
3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	56
3.4.1. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	56
3.4.2. NORMAS ÉTICAS.....	57
CAPÍTULO IV.....	58
RESULTADOS.....	58
4.1. PRESENTACION DE RESULTADOS	58
4.1.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS	58
4.2. RESULTADO GENERAL.....	80
CAPITULO V.....	81
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	81
5.1. CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS	81
CONCLUSIONES	86
RECOMENDACIONES.....	88
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	89
ANEXOS.....	93

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Edad materna como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	58
Tabla N° 2. Procedencia de las usuarias que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	59
Tabla N° 3. Raza materna como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	60
Tabla N° 4. Paridad como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	61
Tabla N° 5. Antecedentes de hemorragia vaginal como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.....	62
Tabla N° 6. Sustancias toxicas como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	63
Tabla N° 7. Antecedentes de legrado uterino como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.....	64
Tabla N° 8. Antecedentes de cesárea como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	65
Tabla N° 9. Edad del menor hijo >2 años como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	66

Tabla N° 10. Antecedentes de aborto como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	67
Tabla N° 11. Presión alta como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	68
Tabla N° 12. Antecedentes de presión alta como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	69
Tabla N° 13. Antecedentes de preeclampsia como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano.	70
Tabla N° 14. Golpe o caída durante el embarazo como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.....	71
Tabla N° 15. Falta de ácido fólico antes de las 12 semanas durante su embarazo como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	72
Tabla N° 16. Ruptura prematura de membranas durante su embarazo actual como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.....	73
Tabla N° 17. Cirugía uterina previa como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	74
Tabla N° 18. Parto disfuncional como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	75

Tabla N° 19. Sangrado vaginal profuso como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	76
Tabla N° 20. Antecedente de hijo macrosómico como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.....	77
Tabla N° 21. Pelvis estrecha como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	78
Tabla N° 22. Maniobras de Kristeller en el momento del parto como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	79

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Edad materna como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	58
Gráfico N° 2. Procedencia de las usuarias que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	59
Gráfico N° 3. Raza materna como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	60
Gráfico N° 4. Paridad como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	61
Gráfico N° 5. Antecedentes de hemorragia vaginal como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.....	62
Gráfico N° 6. Sustancias toxicas como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	63
Gráfico N° 7. Antecedentes de legrado uterino como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.....	64
Gráfico N° 8. Antecedentes de cesárea como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	65
Gráfico N° 9. Edad del menor hijo >2 años como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	66

Gráfico N° 10. Antecedentes de aborto como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	67
Gráfico N° 11. Presión alta como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.....	68
Gráfico N° 12. Antecedentes de presión alta como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.....	69
Gráfico N° 13. Antecedentes de preeclampsia como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.....	70
Gráfico N° 14. Golpe o caída durante el embarazo como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.....	71
Gráfico N° 15. Falta de ácido fólico antes de las 12 semanas durante su embarazo como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	72
Gráfico N° 16. Ruptura prematura de membranas durante su embarazo actual como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	73
Gráfico N° 17. Cirugía uterina previa como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	74
Gráfico N° 18. Parto disfuncional como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	75

Gráfico N° 19. Sangrado vaginal profuso como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	76
Gráfico N° 20. Antecedente de hijo macrosómico como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.....	77
Gráfico N° 21. Pelvis estrecha como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	78
Gráfico N° 22. Maniobras de Kristeller en el momento del parto como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016	79

RESUMEN

Objetivo: Determinar factores de riesgos asociados a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el “Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016”.

Métodos y técnicas: Como el nivel de complejidad y trascendencia de periodo, la indagación es observacional, prospectivo, transversal, expresivo; completo a que se efectuó la recaudación de antecedentes en un instante, con el diseño de comprobar la hipótesis planteada, para lo cual hay cuestionarios.

Resultados: En las particularidades socio-demográficas de las beneficiarias, la edad de la mama >35 años el 36,6% demostró tener una asociación con respecto a los elementos de peligro asociadas a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo. Así mismo, la paridad con el 43,7% demostró tener una asociación con respecto a los principios que logran generar las hemorragias durante la mitad del embarazo. De igual manera, los antecedentes de hemorragia vaginal con el 63,4% del mismo modo el gasto de materia toxicas con el 52,1%, demostraron tener una asociación de vinculación con respecto a los factores de riesgo de las hemorragias en la segunda mitad del embarazo. En base al factor de riesgo coligados a la placenta previa en usuarias, los antecedentes de legrado uterino con el 52,1%, los antecedentes de aborto con el 52,1% demostraron ser parte del riesgo frente a una hemorragia en el embarazo. En base a los factores de riesgo asociados al DPP en usuarias, hubo usuarias con presión alta con el 54,9% demostrando tener una asociación frente al riesgo que pueda darse en una hemorragia. Así mismo el golpe o la caída de usuarias durante su embarazo fue el 52,1%. De igual modo la ausencia del consumo del ácido fólico antes de las 12 semanas fue el 76,1% demostrando tener un vínculo con respecto a los a la segunda mitad de embarazo y la ruptura prematura de membranas en usuarias fue el 54,9% demostrando tener una complejidad si queremos ver una complicación de una hemorragia frente a la mitad de gestación. En base a los elementos de peligro coligados a la rotura uterina en usuarias, hubo usuarias con parto disfuncional con el 63,4% demostrando

tener asociación con respecto a los elementos de riesgo en la segunda mitad de la gestación. De igual manera hubo usuarias con sangrado profuso con el 76,1% demostrando tener asociación con respecto a los elementos de riesgo en la segunda mitad de embarazo. Así mismo hubo usuarias con pelvis estrecha con el 47,9% demostrando tener asociación con respecto a los factores de riesgo en la segunda mitad de embarazo. **Conclusión:** En base a los tres objetivos específicos de los "factores de riesgo asociados a la rotura uterina" en usuarias se evidencia que, el 60,56 % fueron causados por desprendimiento prematuro de placenta, y el 39,44 % fueron causados por placenta previa.

Palabras claves: Factores de riesgo asociados, hemorragias en la segunda mitad del embarazo.

SUMMARY

Objective: To determine risk factors associated with bleeding in the second half of pregnancy in pregnant women treated at the "Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016".

Methods and techniques: As the level of complexity and significance of the period, the inquiry is observational, prospective, transversal, expressive; complete to which the collection of background was carried out in an instant, with the purpose of verifying the hypothesis raised, for which there are questionnaires.

Results: Regarding the socio-demographic characteristics of the beneficiaries, the age of the breast > 35 years, 36.6% demonstrated an association with regard to the elements of danger associated with bleeding in the second half of pregnancy. Likewise, parity with 43.7% was shown to have an association with respect to the principles that manage to generate hemorrhages during mid-pregnancy. In the same way, the history of vaginal bleeding with 63.4%, in the same way the expenditure of toxic materials with 52.1%, was shown to have a link association with respect to the risk factors of bleeding in the second half of pregnancy. Based on the risk factor associated with the placenta previa in users, the history of uterine curettage with 52.1%, the history of abortion with 52.1% proved to be part of the risk against bleeding in pregnancy. Based on the risk factors associated with PPD in users, there were users with high blood pressure, with 54.9% demonstrating an association with the risk that may occur in a hemorrhage. Likewise, the hit or fall of users during their pregnancy was 52.1%. Similarly, the absence of folic acid consumption before 12 weeks was 76.1%, demonstrating to have a The link with respect to the second half of pregnancy and the premature rupture of membranes in users was 54.9%, proving to have a complexity if we want to see a complication of a hemorrhage compared to the middle of pregnancy. Based on the elements of danger associated with uterine rupture in users, there were users with dysfunctional labor, with 63.4% demonstrating an association with respect to the elements of risk in the second half of pregnancy. Similarly, there were users with profuse bleeding, with 76.1% demonstrating

an association with regard to risk elements in the second half of pregnancy. Likewise, there were users with a narrow pelvis with 47.9% demonstrating an association with respect to risk factors in the second half of pregnancy.

Conclusion: Based on the three specific objectives of the "risk factors associated with uterine rupture" in users, it is evidenced that 60.56% were caused by premature detachment of the placenta, and 39.44% were caused by placenta previous.

Keywords: Associated risk factors, bleeding in the second half of pregnancy.

INTRODUCCION

Sabemos que el compromiso del profesional de obstetricia es ejercer la medicina en: PROMOCION; PREVENCIÓN Y RECUPERACION, en donde en esta investigación se identificaron los factores asociados a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el “Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016”.

La actual tesis de indagación se detallará de acuerdo al escenario demostrada traspasando del informador importante, estimula el beneficio de tesis por lo que se plantea la subsiguiente incógnita: ¿Cuáles son los elementos de riesgo asociados a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016?

De tal manera que se estudió los elementos de riesgo asociados como la PP, el DPP y la rompimiento uterino.

En el presente estudio, se evidenció las causas de riesgo asociados como la edad materna >35 años, paridad encontrando la multitud de hijos, causas anteriores de hemorragia vaginal, consumo en sustancias tóxicas como cocaína, los antecedentes de legrado uterino, antecedentes de aborto, presión alta, caída o golpe durante el embarazo, ausencia del consumo de ácido fólico antes de las 12 semanas en durante el embarazo, ruptura prematura de membranas, cirugía uterina pélvica, parto disfuncional, sangrado profuso y la pelvis estrecha.

Se ha analizado la variable independiente y con una espécimen de 71 beneficiarias se ha usado en la tesis de tipo observacional, prospectivo, transversal y descriptivo.

En sentido se relata el adjunto y la organización que alcanza la indagación.

En el 1ra sección se menciona el problema general, que consigna de la descripción del problema, formulación del problema, objetivos, justificación, limitaciones y viabilidad de la investigación.

En el 2ra sección se muestra marco teórico, que cuenta con antecedentes internacionales, nacionales, locales, bases teóricas, definición de conceptos básicos, hipótesis, variables y operacionalización de variables.

El 3ra sección se halla la metodología, en que se envuelve el tipo de investigación, población y muestra, técnica e instrumentos de recolección de antecedentes y técnicas para el procesamiento y análisis de la información.

En 4ta sección, se menciona los resultados, discusiones y, la comparación con otros estudios internacionales y nacionales.

Por finalizar, hallamos conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que con mayor claridad evidencia la inequidad y la exclusión social, así como la inequidad de género para la toma de decisiones, el poco respeto a los derechos humanos y el limitado acceso a los servicios sociales. ¹

Se define como hemorragia de la segunda mitad del embarazo al sangrado que tiene lugar después de las 22 semanas de gestación. Las causas más frecuentes son placenta previa (PP) y desprendimiento prematuro de placenta (DPP), menos frecuentes son rotura uterina (RU), rotura del seno marginal y vasa previa. Sin embargo, a pesar del escrutinio de la placenta después del parto, no se llega a encontrar una causa identificable de la hemorragia en 25 a 35% de los casos.

En 5% de los embarazos se producen hemorragias ante parto, en 1% por placenta previa, en 1,2% por desprendimiento de placenta y en 2,8% por causas indeterminadas. En conjunto, todas estas causas de hemorragias son responsables de 20 a 25% de todas las muertes perinatales.

Estudios extranjeros señalan que 6% de todas las muertes maternas son debidas a DPP, que producen hemorragias abundantes, shock hipovolémico y alteraciones de la coagulación; también, señalan que repercuten en la incidencia de la morbimortalidad perinatal, pues es responsable de 15 a 20% de todas las defunciones perinatales debido al peligro de hipoxia (falta de oxígeno en la sangre) en el DPP y de prematuridad en la placenta previa.

El desprendimiento de placenta es la hemorragia inmediatamente del alejamiento precoz de una placenta debidamente implantada. La incidencia reforma de (0,49%) a (1,8%). La pauta de mortandad maternal es de alrededor de 1%. ²

La hemorragia obstétrica simboliza un difícil inconveniente de salud pública ya que es la apremio en obstetricia que provoca aumento de fallecimientos maternas en el universo y es el segunda motivo de fallecimiento en México y el Estado de México, urgiendo de análisis y medicación adecuados en su cuidado, con una episodio muy inconstante del 3 al 10%, en los estados latinoamericanos puesto que coexisten su exámenes que imposibilitan ver la auténtica dimensión del inconveniente, por lo que la mortandad maternal permanece estando un inconveniente de salud pública que comprende componentes como edad materna, multiparidad, patologías afines de la gestación, particularidad de los servicios de salud, elementos socio-económicos, pedagógicos y demográficos. ³

La hemorragia en la segunda mitad del embarazo que muestra la mamá como resultado de la gestación es el origen más significativo de la mortandad maternal y perinatal en diversas naciones del universo principalmente en aquellos en vía de progreso como el de nosotros.

La hemorragia en el embarazo donde lo cual aqueja a la mamá y al embrión es lo cual esto se relaciona directamente con la brusca disminución del volumen sanguíneo materno

La edad gestacional que ocurre con la precocidad del diagnóstico y el pronto inicio del tratamiento dependerá de la vida binomio madre y niño así como la aparición de secuelas que pondrán en conflicto la salud futura de la mamá y el embrión.

Se ha observado que en el instituto materno perinatal (INMP) que hay factores importantes en literaturas que asocian a las hemorragias de la segunda mitad que no se dan en nuestro medio si no que se han encontrado abruptos repetidos, nuestras gestantes no consumen tabaco ni drogas como la cocaína como se dan en otros países desarrollados .estas características nos exigen conocer sus factores que se asocian con más frecuencia y fuerza las hemorragias de la segunda mitad de gestación.

A mayor edad materna mayor riesgo encontramos en la incidencia de la placenta previa, la multiparidad también se asocia. La frecuencia de placenta

previa es más alta en las gestaciones múltiples en comparación en embarazos de un solo feto, a veces vienen asociadas con anomalías placentarias como la adhesión y consiguen crear graves riesgos obstétricos por la falta de contorsión del segmento uterino, placenta acreta, vasa previa, inserción velamentosa del cordón y logran incitar RCIU. Se coliga con variados sucesos de hemorragia preparto, anomalías congénitas, anemia, isoimmunización.

Hay que meditar las situaciones de ellas que casi en su generalidad muestran anemia, de ahí el riesgo para la femina, aún con sangrado mínimos los componentes de regeneración sanguínea están consumidos y producir la defunción. ⁴

1.2. FORMULACIÓN DE PROBLEMA

De lo anterior aludido, la incógnita que pauta esta indagación estará:

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016?

1.2.2. PROBLEMA ESPECIFICO

- ✓ ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la placenta previa en gestantes que acuden al Hospital Hermilio Valdizan Medrano 2016?
- ✓ ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestante que acuden al Hospital Hermilio Valdizan Medrano 2016?
- ✓ ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la ruptura uterina en gestantes que acuden al Hospital Hermilio Valdizan Medrano 2016?

1.3. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo asociados a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016

1.4. OBJETIVO ESPECÍFICO

1. Identificar los factores de riesgo asociados a la placenta previa en gestantes.
2. Determinar los factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de la placenta en gestantes.
3. Describir los factores de riesgo asociados a la ruptura uterina en gestantes.

1.5. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El tema de hemorragias obstétricas de las gestantes representa un problema social de salud. sin mayor impacto, si bien es cierto que durante el embarazo se debe buscar el bienestar integral del binomio madre e niño, no se les presta la debida importancia a los controles durante el embarazo ,esta atención atrae a las instituciones de salud de gobierno y es responsabilidad de todos los profesionales de salud que están relacionadas en la captación, atención y evaluación de la gestante en sus respectivos controles pre natales, participando de esta manera en la solución de dicha problemática que se expresa en sus determinantes sociales, culturales y económicas.

por esta razón, como futuras profesionales de salud comprometidas en el rol preventivo, promocional y recuperativo, se incidió en el estudio sistemático de la problemática de los factores de riesgo asociados a las hemorragias durante la segunda mitad del embarazo en las gestantes, cuyos resultados nos permitió recomendar en lo que a sugerir atenciones de cuán importante es acudir al centro de salud durante sus controles desde el primer trimestre de gestación y tomando en cuenta a gestantes de bajo riesgo obstétrico lo cual

sirve para disminuir progresivamente las hemorragias que hasta la actualidad siguen influyendo en la problemática observada.

1.5.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

El actual trabajo de indagación se evidencia ya que su valor teórico está orientado en la contribución del discernimiento basado en la metodología científica relación a las causas de peligro de vaginosis bacteriana en féminas de 18-45 años, que servirán como referencia para próximas indagaciones y formará una contribución teórica para la sociedad, consintiendo fortificar y manifestar nuevos principios teóricos que consientan examinar la problemática en estudio enfocándonos en sus alternativas de solución desde el ámbito de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; permitiendo además generar reflexión y debate académico sobre el conocimiento existente, así como confrontar las diversas perspectivas teóricas que abordan la vaginitis bacteriana, con la realidad que se evidenciara en los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación.

1.5.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

En la actualidad los diferentes estudios de investigación, buscan dar conocimiento, y solución a diversidad de temas entre ellas se encontró, las hemorragias en la segunda mitad del embarazo reconocida en la actualidad como una de las causas que padece la gestante lo cual esta teoría nos ayudara a describir de forma más detallada la problemática y dar explicación sobre los factores de riesgo y las medidas preventivas en gestantes con la finalidad de cuidar su salud.

1.5.3. JUSTIFICACIÓN SOCIAL

La tesis será de utilidad a los expertos de la salud que laboran con pacientes que ya son madres y que ahora tienen una nueva gestación y en especial con los pacientes que puedan presentar estas complicaciones que presentan las hemorragias, pues permitirá evaluar

los factores y la actividad que realiza dicha gestante lo que también le cederá plantear opciones de salida adentro de un texto real.

Esta tesis tendrá gran prevalencia en el elemento versado ya que si asemejamos los factores y sus medidas preventivas servirá para tomar medidas de prevención de las cosas que la paciente realiza durante su etapa gestacional y así este trabajo contribuirá a nuevas ideas de información con vistas a alcanzar la salud que se necesita para emprender un nuevo proyecto de vida y así disminuir riesgo de evitar una muerte binomial (madre e hijo).

1.5.4. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

La tesis de indagación es importante porque consentirá mejorar el cuidado que se ofrece a las embarazadas en la segunda mitad de su embarazo promoviendo estrategias mediante sesiones educativas para las gestantes y así disminuir la morbimortalidad así mismo el presente estudio contribuye a mostrarse conforme los componentes de peligro de las hemorragias y medidas preventivas de las gestantes.

1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

En el progreso de la indagación se presenta la siguiente limitación:

- La falta de antecedentes locales.

1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Este proyecto de investigación resulta viable por contar con información teórica, práctica y de investigaciones recientes. Asimismo, porque el presupuesto económico fue financiado por los autores del proyecto de tesis para su ejecución y el acceso al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

El sangrado obstétricas es una de las patologías más usuales e significativos, por lo cual ha sido asunto de sabidurías en varias naciones. En el lenguaje universal examinada se halló las subsiguientes erudiciones:

En México en el 2016, **Hernández y García** ⁵ efectuaron una tesis de indagación de espécimen prospectivo, descriptivo y comparativo titulado **“Factores de riesgo de hemorragia obstétrica”** cuyo objetivo fue, establecer los factores de riesgo de hemorragia obstétrica en usuarias asistidas en el Hospital Universitario de Saltillo. Se indagaron dos conjuntos de monografía: usuarias con sangrado y sin ésta se dividieron como la ruta de inicio: Parto o cesárea. Cuyo efecto fue, que se descartaron 371 usuarios: 312 del conjunto intervención y (59) del conjunto complicado. Se apreció un suceso de 16% de perdida de sangre obstétrico y el elemento de peligro más notable fue la dirección del labor de alumbramiento (20 vs 9% $p = 0.0044$). Teniendo como desenlace: Los componentes de peligro asociados con la hemorragia obstétrica son aptos de ser reconocidos desde 1er relación, pero se pasó por alto que el más notable para sangrado en nuestra establecimiento fue el intervencionismo y la predicción imperceptible del oxitócico.

En Bogotá en el 2014, **Ortiz y Martínez** ⁶ efectuaron un estudio titulado, **“Hemorragias de la segunda mitad del embarazo”**. La hemorragia obstétrica continua coexistiendo un origen estrechamente usual de defunciones maternas, inversamente de ciertos progresos y progresos de elementos en diferentes escenas del cuidado en salubridad, el sangrado se conserva como un inconveniente de inicial valor en la vigilancia de la embarazada. El fluido de la segunda mitad del embarazo

es una de las dificultades más funestas en la preñez y queda entre los primordiales orígenes de morbilidad y mortandad como maternal y embrionario. La periodicidad de sucesos de sangrado inmediatamente del periodo 20 consigue obtener inclusive en un 5% de los embarazos. Palabras clave: Placenta previa, Abruptio placentae, Acretismo Placentario, Vasa previa, Ruptura Uterina.

En Peshawar Pakistán en el 2014, **Naheed**⁷ efectuó una tesis titulado **“Principales factores de riesgo asociados a placenta previa”** es una tesis retrospectivo elaborado en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Docente Naseer, Peshawar a partir enero de 2005 a diciembre de 2011. Se incorporo a las embarazadas de 28 ss y establecidas con placenta previa por eco de 3er período, poseyó 58 argumentos de cesáreas ejecutadas para la placenta previa, es (0,7%) Del general de entregas. A manera se observo que el dígito colosal de feminas en el conjunto de edad ≥ 35 años y la suma (62%) de ellas fueron gran múltipara. Los elementos de peligro reconocidos circunscribieron cesáreas previas, 18 multiparidad, abortos previos e antecedentes de la placenta previa. Las dificultades maternas contuvieron debilidad postparto, hemorragia postparto y cirugía infección del sitio. En conclusión: la placenta previa personifica un riesgo tanto para la mamá como para el RN. Los elementos de peligro más significativos para el progreso de placenta previa son edad materna avanzada, multiparidad y cesáreas previas.

En Peshawar en el 2012, **Naveed**⁸ efectuó un estudio de investigación de tipo descriptivo titulado **“Factores de riesgo asociados con la placenta previa en pacientes que acuden a un hospital de enseñanza terciaria en Peshawar desde marzo a julio del 2018”** cuyo objetivo fue, identificar los factores de riesgo asociados con la placenta previa en pacientes que acuden a un hospital de enseñanza terciaria en Peshawar. Se incluyeron pacientes a quienes se les diagnosticó una placenta previa mediante ecografía. Se aplicó mediante un cuestionario escrito y estructurado y se analizaron con SPSS. Resultados: Un total de

8253 mujeres tuvieron un parto en el período de estudio, de las cuales 100 pacientes fueron diagnosticadas con placenta previa. La edad media de los pacientes con placenta previa fue de $30 \pm 4,66$ años. El 53% de los pacientes era multigrávida y el 40% tenía una o más cesáreas previas. Se encontró un ligero predominio de fetos masculinos. Conclusiones: los factores de riesgo obstétricos más importantes para la placenta previa son la edad materna avanzada, la multiparidad y la cirugía previa en el útero.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

En Juliaca en el 2016, **Álvarez**⁹ perpetró un tesis prototipo retrospectivo titulado **“Factores de riesgo asociados a gestantes con diagnóstico de placenta previa del Hospital Carlos Monge Medrano de durante el 2015”** cuyo objetivo fue nivelar los factores de riesgo asociados a gestantes con diagnóstico de placenta previa del Hospital Carlos Monge Medrano de durante el 2015. Los resultados obtenidos fueron, relación al tipo de placenta previa 10% Marginal, 8% Parcial, 62% completa. Como el conjunto etario se finiquitó que 77% de las embarazadas poseían mayor a 35 años, 4% menores de 15 años, y 19% entre 16 y 34 años. Asimismo, se alcanzó la terminación que una práctica perjudicial a modo es el intoxicación, sí contribuye como elemento de riesgo de placenta previa. Relación a la Paridad, se alcanzó a la terminación que 83% de las embarazadas con placenta previa eran multíparas y 17% primíparas. En 26 relaciones a la referencia de cesárea se consumó que el 19% disfrutó una cesárea, el 18% asumió dos cesáreas, el 63% no asumió cesárea.

En Ica en el 2016, **Agapito**¹⁰ perpetró un proyecto de investigación tipo analítico, retrospectivo y transversal, titulado **“Factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en el hospital regional de Ica, durante el periodo enero - diciembre del 2016”**, cuyo objetivo fue Identificar los Factores asociados al Desprendimiento Prematuro de Placenta en gestantes atendidas en el Hospital Regional De Ica en el 2016. Se empleó por la

investigación de HC en Ica. Para el examen se utilizará SPSS 23.0 empleando un cuadrado ($p < 0.05$). Los resultados obtenidos fueron, entre los elementos de peligro que se hallan coligados al DPP, edad mayor de 35 años, el bajo nivel formativo, la ocupación de campo o en el domicilio, proceder de zona rural, la mala vigilancia prenatal, entre las investigaciones obstétricas: la ruptura prematura de membrana, tiene cierta lesión en la gestación, y que acabarían en cesárea y defunción embrionaria.

En Lima en el 2014, **Llerena**¹¹ perpetró un tesis de investigación de tipo observacional, analítico comparativo, retrospectivo y transversal, titulado **“Factores asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé durante el periodo 2008-2012”**

Cuyo objetivo fue, establecer los elementos coligados al Desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé durante el tiempo 2008-2012. Para establecer las disconformidades de intervienes de las inconstantes cuantitativas se manipuló los ensayos t de student y para establecer la correlación entre inconstantes y los elementos coligados se empleó los ensayos de Chi-cuadrado y Odds ratio. Las resultas derivadas estuvieron la edad promedio de las usuarios con presuncion de DPP es de 23.1 ± 5.3 años, poseyendo en su generalidad entre 19 a 35 años (75 por ciento), la totalidad son sólo persona que vive con su pareja (71.7 por ciento) de instrucción secundaria (96.7 por ciento). El conjunto etario de las usuarias no está concerniente elocuentemente con la determinación de desprendimiento prematuro de placenta ($p=0.562$), de la propia representación el estado civil de las usuarias no está concerniente significativo con el DPP ($p=0.067$), tampoco 10 está el grado de educación de las usuarias ($p=0.291$). De los elementos clínicos obstétricos se vio que preexiste disconformidad entre los peso y talla cocientes entre embarazadas con y sin DPP ($p \leq 0.001$)

y ($p=0.038$) correspondientemente. No se ha encontrado asociación significativa de las embarazadas con DPP con la paridad ($p=0.49$), control prenatal ($p=0.075$), tipo de germinación (0.495), índice de masa corporal (0.131). Con relación a los elementos maternos conductuales no se manifestó ni un tema con prácticas perjudiciales. Relativo a los nuevos elementos aprendidos sólo el trayecto de la diferencia céfalo pélvica tiene correlación indicadora ($p=0.002$) con la aparición del DPP. La prevalencia del desprendimiento prematuro de placenta en el tiempo 2008 a 2012 es de 39 / 60 asuntos que efectuaron los criterios.

En Sullana en el 2014 Dioses, **Oña, Cardoza, Meza y Matorel** ¹² efectuaron un estudio retrospectivo titulado, **“Factores asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un Hospital del Norte del Perú”** cuyo fin fue, nivelar los elementos y los obstáculos coligados a la hemofilia de la segunda mitad del embarazo en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana. La localidad quedó resignada por las usuarias embarazadas cuyo nacimiento fue atendido en dicha clínica en el tiempo 2011-2012. Se ejecutó un muestreo aleatorio simple. Los asuntos existieron las embarazadas que manifestaron hemofilia de la segunda mitad del embarazo y los vigilancias las embarazadas que se hallaban inmediato inferior al caso elegido en el libro de registro de la sala de nacimientos. Se aplicaron los antecedentes en una ficha, en la que se contuvieron antecedentes frecuentes de la embarazada, antecedentes obstétricos, embarazo múltiple, hipertensión gestacional, causa y dificultades materno-perinatales de la hemofilia de segunda mitad de la gestación. Se empleó la ensayo de Chi cuadrado y t de student y supuso el OR con un momento de confianza del 95%. Para el análisis estadístico se manejó el software SPSS 18.0. Los efectos obtenidos fueron, elementos de peligro como la edad mayor de 35 años (OR = 2,31; IC 1,129 – 4,733), la multiparidad (OR = 4,479; IC 2,162 – 9,280) y la cirugía uterina previa (OR = 3,112; IC 1,263 – 7,670) se coligó asimismo a obstáculos maternos y embrionarios. Teniendo como conclusión la hemorragia de la segunda mitad del embarazo se coligó a edad mayor

de 35 años, multiparidad, cirugía uterina previa y complicaciones materno-perinatales.

En Lima en el 2011, **Acho, Salvador, Díaz y Paredes**¹³ efectuaron un estudio descriptivo de indagación, **“Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un hospital nacional de Lima”** cuyo objetivo fue, determinar la frecuencia de hemorragias de la segunda mitad del embarazo de la gestación. Se aplicaron mediante 161 HC del Método Informático Perinatal del Departamento de Ginecología y Obstetricia, de embarazadas con hemofilia de la segunda mitad del embarazo, en el tiempo de enero de 2008 a diciembre del 2009. Primordiales medidas de resultados: Peculiaridades de las embarazadas y resultados maternos perinatales. Los resultados obtenidos fueron, las 161 historias clínicas detalladas personificaron 1,68% de las deberes obstétricas en el hospital. La edad de las gestantes con hemorragia de la segunda mitad del embarazo varió entre los 14 y 43 años, con una mediana de 28 años; 62,7% (n=101) presentó desprendimiento prematuro de placenta, 34,8% (n=56) placenta previa y 2,5% (n= 4) rotura uterina; 7,5% (n=12) poseía un control prenatal apropiado, igual o mayor de 6 controles, y 92,6% (n=149) menos de 5 controles; 77,6% (n=125) de las gestantes con hemorragia de la segunda mitad del embarazo tenía entre 36 y 40 semanas y 13% (n=21) entre 32 y 35 semanas. Los días de hospitalización fueron 3 a 20 días, con una mediana de 3 días. Se identificó 16 óbitos fetales, que constituyeron 9,9% del total de madres con hemorragia de la segunda mitad del embarazo, siendo la tasa de letalidad 0,62%. Teniendo como conclusión: La hemorragia de la segunda mitad del embarazo comprometió 1,68% de la población obstétrica en el periodo estudiado y produjo morbimortalidad materna y perinatal. Palabras clave: Hemorragia obstétrica, segunda mitad del embarazo. Palabras clave: Factores asociados, vaginosis bacteriana.

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES:

No se encuentran tesis concernientes a la indagación en el medio local.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. LAS HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

En la gestación el sangrado de los genitales, por chica que sea, debe ser peligroso. Las hemorragias en la segunda mitad de la gestación y en el nacimiento son dificultades fuertes y existen entre los orígenes habituales de mortandad maternal.

Transgreden en un 5% de todas las gestaciones tras el período 28ss. Abarca resaltar que una hemofilia primeramente insuficiente y supuestamente no difícil puede evolucionar en cortos min, tanto por un tacto vaginal o por una indagación con espéculo, en una copiosa hemofilia que, al borde del peligro embrionario, exija a finiquitar apremiadamente la germinación. Global, un 80% de ellas poseen un principio en la placenta, un 10% en técnicas dóciles o malos del cuello uterino, vagina o vulva (y en el 10% innecesaria no alcanzará a esclarecer su motivo.

2.2.2. HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO. ETIOLOGÍA.

- Placenta previa.
- Abrupto placentario (desprendimiento prematuro de placenta)
- Rotura de seno marginal.
- Vasa previa.
- Otras anomalías placentarias:
 - Placenta circunvalada.
 - Placenta succenturiada (lóbulos previos)
 - Placenta membranácea.

Parto pre término.

Origen ignorada

Orígenes secundarios (no placentarias):

Ectopia gravídica, pólipos cervicales.

Contaminaciones del tracto genital inferior.

- Varices genitales.
- Traumatismos genitales.
- Cáncer de cuello uterino. ¹⁴

2.2.3. PLACENTA PREVIA

La placenta previa es la formación de la placenta sobre o cerca del cuello cervical intrínseco. Típico, sucede un sangrado vaginal leve con sangre roja y brillante posteriormente de las 20 ss de germinación. ¹⁵

2.2.3.1. ETIOLOGÍA

Factores ovulares: Una demora en la madurez del blastocisto pasarse establecer su fundación en las partes descendes del útero.

Factores maternos: Entiende que las variaciones endometriales comprometidas a cicatrices, gestaciones previos o legrados, menoran el espacio apropiado para la fundación de la placenta y acrecientan la oportunidad de que lo forje en la fracción uterino inferior.

- ✓ **Edad materna:** A medida que acrecienta, el peligro de placenta previa es mayor.

Multiparidad: Es una tesis americana se anunció de un acontecimiento de placenta previa adicional de modo demostrativa en damas múltiparas en paralelo con la de damas con paridad más disminución.

Cesárea previa: acrecienta la posibilidad de placenta previa; el peligro se aumenta a medida que acrecienta la cifra de operaciones. A modo que , los legrados además serían comprometidos en el origen de placenta previa.

Tabaquismo:

- Williams halló que el RR de placenta previa está elevado dos períodos en correlación con el tabaquismo.
- Ananth y Handler ratificaron estos antecedentes. La hipoxemia derivada por el monóxido de carbono causaría una vascularización decidual incorrecta y una hipertrofia placentaria compensadora.

Raza: la suceso de placenta previa es altamente en la linaje negra y asiática.

2.2.3.2. CLASIFICACIÓN

Se han reconocido 4 tipos de esta anormalidad:

Tipo I: Implantación baja de la placenta. La placenta está implantada en el segmento uterino inferior de modo que el borde de la placenta no llega al orificio interno pero se encuentra en estrecha proximidad.

Tipo II: Placenta previa marginal. La placenta llega al margen del orificio cervical interno, pero no lo sobrepasa.

Tipo III: Placenta previa oclusiva parcial. La placenta cubre parcialmente el orificio interno.

Tipo IV: Placenta previa oclusiva total. El OCI está cubierto por completo por la placenta. ¹⁶

2.2.3.3. DIAGNOSTICO

La placenta previa se diagnostica mediante una ecografía, ya sea durante una consulta prenatal de rutina o después de un episodio de sangrado vaginal. La mayoría de los casos de placenta previa se diagnostican durante una ecografía en el segundo trimestre.

Un diagnóstico podría requerir una combinación de ecografía abdominal y ecografía transvaginal, que se realiza con un

dispositivo con forma de varilla que se coloca en el interior de la vagina. El proveedor de atención médica tendrá cuidado con la posición del transductor en la vagina para no romper la placenta ni causar sangrado.

Si el proveedor de atención médica sospecha que hay placenta previa, evitará los exámenes vaginales de rutina para reducir el riesgo de sangrado intenso. Es posible que necesites ecografías adicionales para determinar la ubicación de la placenta durante el embarazo y para ver si la placenta previa se resuelve.

2.2.3.4. TRATAMIENTO

No hay procedimientos clínicos ni médicos para aliviar la placenta previa, pero coexisten algunas elecciones para vigilar el pérdida de sangre incitado por esta afección.

El inspección del fluido pende de diferentes elementos, comprendidos los subsiguientes:

- La cuantía de fluido
- Si el fluido se contuvo
- El estación de embarazo
- Tu etapa de fortaleza
- El momento de salud de tu RN
- La perspectiva de la placenta y la del RN

Si la placenta previa no se soluciona en el gestacion, el fin del procedimiento es apoyarte a alcanzar lo más junto posible de la tiempo de nacimiento.

Aproximadamente todas las señoras con placenta previa no solucionada solicitan nacimiento por quirurgico.

Si muestras escaso o nada de sangrado

El médico logra encomendar que tengas paz, es decir, que impidas las diligencias que logren incitar sangrado, como el sexo y el ejercicio.

Alístate para tener cuidado hospitalario de urgencia si empiezas a sangrar. Asumirás alcanzar a la clínica alígero si el fluido se renueva o si se forma más vivo.

Si presentas sangrado intenso

Si posees sangrado vivo, debes tomar cuidado médico contigua en el centro de salud de emergencia más próximo. Conjuntamente, es dable que requieras una transfusión de sangre.

Es posible que el médico de cuidado hospitalario planee una operación en cuanto sea innegable que la criatura salga, posteriormente de las 36 ss de gestación. No obstante, si el sangrado vivo prolonga o si tienes diferentes sucesos de sangrado, es viable que incumbas poseer un parto quirúrgico.

Si el nacimiento se proyecta precedentemente de las 37 ss, el galeno te prescribirá cortico esteroides para apoyar a formarse los pulmones de la criatura.

Si muestras sangrado que no detiene

Si no se puede tratar el sangrado o si la criatura está en riesgo, es posible que exijas una cesárea de emergencia, inclusive si la criatura es precoz.¹⁷

2.2.4. DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

El desprendimiento prematuro de placenta es una peligrosa dificultad durante el último trimestre del gestacion, que en la totalidad de los asuntos se coliga a preeclampsia eclampsia. ¹⁸

El desprendimiento de la placenta es la alejamiento de la placenta de la pared uterina. Esta situación sucede corrientemente en el 3er, pero logra suceder en cualquier instante posteriormente de la semana 20 del gestacion. Sólo aproximadamente del 1 % de todas las damas gestantes aprecian el desprendimiento de la placenta, y la generalidad se logra relacionarse con triunfo pendiendo de qué prototipo de alejamiento se origina. ¹⁹

2.2.4.1. CAUSAS

No se sabe el origen del desprendimiento prematuro de la placenta, no obstante, diversas señoras que soportan esta obstáculo tienen las subsiguientes peculiaridades :

- ✓ Son fumadoras
- ✓ Poseen más de 35 años
- ✓ Usan cocaína durante el gestacion
- ✓ Poseen referencias de desprendimiento de placenta
- ✓ Soportaron traumas (golpes) en el vientre
- ✓ Poseen anomalías en la matriz
- ✓ Poseen un embarazo múltiple
- ✓ Tienen preeclampsia o hipertensión ²⁰

2.2.4.2. CLASIFICACIÓN DE FORMAS CLÍNICAS

1. Grado 0 o asintomática. Diagnosticada al realizar el examen de la placenta en el momento del alumbramiento.

2. Grado I o leve. Metrorragia escasa y desprendimiento inferior al 30% de la placenta. Discreta hipertensión. No existen manifestaciones generales. Escasa o nula repercusión fetal.

3. Grado II o moderada. Desprendimiento de entre el 30 y el 50% de la placenta. No existen trastornos de la coagulación, y puede haber sufrimiento o muerte fetal.

4. Grado III o grave. Desprendimiento superior al 50% de la placenta. Hemorragia importante e hipertensión manifiesta, shock, trastornos de la coagulación, complicaciones maternas graves y muerte fetal.

La hemorragia materna, en cualquiera de los grados, puede ser marginal, oculta o ambas:

- **Marginal o aparente:** separación cerca del borde de la placenta; la sangre puede exteriorizarse.
- **Central u oculta:** separación en el centro de la placenta; la sangre queda retenida.
- **Mixta o combinada:** una parte de la separación ocurre cerca del borde y otra parte queda oculta en el área central. ²¹

El desprendimiento de placenta es más probable que ocurra en el último trimestre del embarazo, en especial, durante las últimas semanas antes del nacimiento. Estos son algunos signos y síntomas del desprendimiento de la placenta:

- Sangrado vaginal
- Dolencia abdominal
- Dolencia de dorso
- Sensibilidad uterina
- Contracciones uterinas continuas, una seguidamente detrás de la otra

- Endurecimiento en el útero o el abdomen

En ciertos casos, el desprendimiento de la placenta se muestra, lo que origina un sangrado vaginal leve e discontinuo. Es viable que el RN no progrese tan rápido como lo querido y que poseas un bajo volumen de líquido amniótico (oligohidramnios) u otras dificultades.

22

Lo Que Realmente Sucede En El Desprendimiento De La Placenta

La placenta es porción del sistema de columna importante de su RN. Esto transporta oxígeno y alimentos a su RN. Cuando la placenta se aparta de la pared de la matriz antes del alumbramiento consigue impedir el exportación de oxígeno y alimentos a su RN. El desprendimiento de placenta exclusivamente logra ser efectivamente diagnosticada inmediatamente del nacimiento, cuando la placenta se puede inspeccionar. Hay unas metodologías que se manejan para frecuentar de hacer este diagnóstico durante la gestación para emplear el procedimiento correcto.

Éstas incluyen:

Un Ultrasonido

La valoración de los sintomatologías del usuario (sangrado, dolor)

Un análisis de sangre

La monitorización fetal ¹⁹

2.2.4.3. DIAGNOSTICO

Valoración hospital, a veces adicional a los descubrimientos del laboratorio y ecográficos

El diagnóstico de DPP se duda si se halla cualquiera de los subsiguientes descubrimientos posteriormente del 1er periodo:

- Sangrado vaginal

- Sufrimiento uterino espontáneo o a la palpación
- Distrés u ovito
- Shock hemorrágico
- CID
- Sufrimiento o shock desproporcionado con el grado de sangrado vaginal

El desprendimiento de placenta asimismo debe meditar en señoras que han disfrutado una contusión estomacal. Si el sangrado se causa a la última etapa de la gestación, debe retirar la placenta previa, que posee sintomatologías análogas, precedentemente de ejecutar un análisis pelviano; si hay una placenta previa, el análisis logra empeorar el sangrado.

2.2.4.4. TRATAMIENTO

Casualmente, vertiginosa terminación del gestación y medidas provocadoras de soporte.

Pretender la internación y la diligencia reformada si la gestación no está por terminar y si la mamá y el embrión viven estables

El origen vertiginoso por cesárea está conveniente si se halla desprendimiento placentario más cualquiera de los subsiguientes contextos, exclusivamente si está excluido el nacimiento vaginal:

- Desequilibrio hemodinámico materna
- Esquema de frecuencia cardíaca fetal alarmante
- gestación cercana a ≥ 37 ss)

Una vez que el nacimiento se cree obligatorio, se logra querer el nacimiento vaginal si todos los subsiguientes están asistentes:

- La mamá está hemodinámicamente firme.
- Si el esquema de frecuencia cardíaca embrionario es consolador.
- El nacimiento vaginal no está eliminado

El trabajo de parto puede ser incitado o apresurado solícitamente (Empleando oxitócicos y/o amniotomía). Se incumben formar arreglos para un sangrado posparto.

Se encomiendan la hospitalización y la diligencia reformada si los subsiguientes descubrimientos están presentes:

- Sangrado que no amenaza la existencia de la mamá o el embrión.
- Si el modelo de frecuencia cardíaca embrionario es consolador.
- El embarazo es pretérmino (< 37 semanas).

Los corticoides corresponden poseer en cuenta (para acelerar la maduración de los pulmones fetales) si la edad gestacional es < 34 ss. Se logran dirigir corticosteroides en aspecto de cualquiera de los subsiguientes descubrimientos

- La gestación es pretérmino tardío (de 34 a 36 ss).
- La mamá no ha admitido corticosteroides anticipadamente.
- El peligro de nacimiento en la etapa pretérmino tardío es alto.

Los obstáculos del desprendimiento placentario (p.ej., shock, CID) se alternan con regeneración agotadora de sangre y hemoderivados.²³

2.2.5. ROTURA UTERINA

La rotura uterina es la pérdida de integridad de la pared en el útero grávido; se descartan los hoyos uterinos causados en el recorrido de maniobras quirúrgicas, como el legrado o la histeroscopia.²⁴

2.2.5.1. CAUSAS

Los principios de rotura uterina contienen

- Sobredistensión uterina (embarazo múltiple, polihidramnios, anomalías fetales)
- Versión fetal externa o interna
- Perforación iatrogénica
- Usanza descomunal de uterotónicos
- Inexactitud de creencia de la distocia del trabajo de parto con los calambres uterinos enormes hacia un anillo de restricción uterino inferior²⁵

2.2.5.2. CLASIFICACIÓN

Pueden diferenciarse dos tipos:

1) Rotura incompleta: es una rotura segmentaria que conserva el peritoneo visceral y las membranas ovulares logran estar íntegras o rotas. No suele coligar con dificultades materno-fetales y asiduamente se trata de un encuentro durante el curso de una intervención.

2) Rotura completa: es el desgarro hemorrágico de la pared uterina, de bordes anfractuosos y de dirección inconstante. El medio de encadenamiento sujeta las membranas ovulares, el miometrio y el peritoneo. Al participar la cavidad uterina con la abdominal, el feto puede hallar en esta última. Se conduce continuamente de hemorragia materna y peligrosas dificultades

embrionario. Su situación más frecuente es el segmento inferior y logra ser en matrices sanos o con una cicatriz previa. ²⁴

a) Según el mecanismo que la provoca o causa:

Roturas espontáneas (por debilidad miometrial): cicatrices, contusiones la pared uterina adelgazamiento de la pared, irrupción miometrial por enfermedad trofoblástica.

Pasivas (traumáticas): Traumatismo externo o interno.

Activas (hiperdinamia): En partos encaminados o espontáneo.

b) Según el momento: Durante la gestación, principalmente concerniente con los principios: enfermedad trofoblástica gestacional, placenta pércrета; y durante el parto, que es lo más habitual, regularmente por dehiscencia de cicatriz uterina previa. La rotura postparto puede estar concerniente con el linaje fetal, un parto instrumental, alumbramiento manual.

c) Según extensión y localización: Rotura vaginal, cervicales supravaginales, segmentarias (la más habitual, por ser esta parte la más débil del útero), laterales...

d) Según su dirección: La rotura uterina logra ser longitudinal, transversa, oblicua, mixta o de rotura estrellada. ²⁶

2.2.5.3. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los signos y síntomas de la rompimiento de la matriz contienen bradicardia fetal, desaceleraciones variables, certeza de hipovolemia, pérdida de la estación fetal (manifestada durante el examen cervical) y dolor abdominal peligroso o constante. Si el

feto ha nacido del útero y se halla en la cavidad peritoneal, la morbimortalidad acrecienta ligeramente.²⁷

2.2.5.4. DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la rompimiento uterino es de gran compromiso ya que sólo el reconocimiento adecuado de este peligroso perturbación condesciende salvaguardar a la mujer, ya que el fruto perece casi persistentemente irremediablemente.

El pronóstico, también es peligroso y sólo se puede optimar cuando es viable registrar los signos de rotura inminente de la matriz. Lo inicial que llama la cuidado, en el cuadro de rompimiento inminente, es el estado inaudito de la parturienta, la angustia que exhibe por la ímpetu y la constancia de los malestares. El pulso está acelerado y es usual la presencia de fiebre. A la palpación es notable el contraste entre el cuerpo uterino contraído al inmenso y el adelgazamiento y la sensibilidad penetrante del segmento inferior. Próximo a este anillo limítrofe (anillo de Bandl) se palpan los ligamentos redondos fuertemente tensos en forma de cordones duros y muy fuertes.

Las contracciones, cuando no han dado lugar a la presencia de un síndrome de tetanismo uterino, se acontecen con intervalos cada vez más cortos. El entorno del feto resulta casi improbable de establecer por la indagación externa. Al tacto logramos hallar una presentación encajada o fija sobre el estrecho superior. Los latidos fetales, cuando estos aún no han muerto, se distinguen con problema debido a la actividad contráctil del útero. Los síntomas de rompimiento uterina completa hacen su visión, con el signo casi patognomónico de la cesación de las contracciones uterinas después de un brusco dolor en el abdomen, localizándose casi siempre en el sitio topográfico que incumbe al punto del desgarró. Consecutivamente después, la señora muestra una impresión de consuelo por la desvanecimiento de las contracciones, pero al mismo tiempo nace un estado sincopal de acuerdo con la

intensidad de la hemorragia y el cambio de la presión intraabdominal.

2.2.5.5. PREVENCIÓN

- I. Inspeccionar convenientemente el aplicación de la oxitócicos , importantemente en grandiosos multíparas, nacimientos prolongados y criaturas difuntos si se coliga con prostaglandinas.
- II. Elegir apropiadamente los asuntos de cesárea anterior a la hora de consentir el parto por vía vaginal. Impedir la aplicación de misoprostol en cesáreas anteriores.
- III. Disminuir el tiempo de aguardo en fase activa de nacimiento sin aumento (nacimiento estacionado) y el expulsivo en féminas con cesárea anterior.
- IV. Impedir las presiones fúndicas excesivas en la segunda fase del nacimiento, dado que logran producir perjuicio y no solucionan las distocias.
- V. Impedir partos y maniobras traumáticas, esencialmente en féminas con cicatriz uterina previa.
- VI. Mostrar cesárea elegible en señoras con cesárea previa longitudinal o en T invertida, con más de dos cesáreas previas, con apertura de cavidad endometrial durante la cirugía uterina (excepto la cesárea) o con rotura uterina previa.
- VII. En señoras con cesárea anterior con elementos coligados como diabetes gestacional, macrosomía, etc.
- VIII. En distintos elementos como obesidad, histerorrafia en una capa, fiebre en el puerperio de la cesárea previa y edad maternal, no coexisten antecedentes que consientan sacar terminaciones concluyentes.

En la cuestión de que se vea una rompimiento inminente, el cuadro competitivo médico corresponderá interrumpir las contracciones con tocolítico y retirar la oxitocina. ²⁸

2.2.5.6. TRATAMIENTO

Todas las veces que la dinámica uterina tenga que cumplir un trabajo enérgico y prolongado se debe estar en atenta vigilancia para conocer el momento en que pudieran apreciarse cambios que más tarde pusieran a la matriz en un estado de rotura inminente. Si la aplicación de antinervinos no ha respondido a la manera deseada, será necesario remplazar ese método terapéutico por los recursos que más convengan.

Estando el feto vivo, y si las vías naturales lo permiten, podrá usarse el fórceps, siempre y cuando se hayan reunido las indicaciones y las condiciones necesarias para su aplicación y si añadido a esto, el segmento inferior no sea capaz de distenderse más, ni el producto agrave su sufrimiento por este método.

En el caso contrario, será preferible usar la vía abdominal. Un recurso será la laparotomía, ya sea porque haya necesidad de extraer un producto que se encuentre todo o en parte dentro de la cavidad abdominal o que el fin sea con objeto de suturar una herida uterina posparto. Se comprende que una intervención quirúrgica con la que se va a reparar una rotura uterina debe tener un preoperatorio con miras a corregir el estado de shock y la hemorragia con que estas enfermas se presentan.

El transcurso y el posoperatorio irán de acuerdo con la intervención quirúrgica y con sus resultados. Si la herida uterina es de bordes regulares, sin infiltrados sanguíneos y de una extensión tal que pueda suponerse que la morfología y la fisiología uterina no queden grandemente afectadas, se procederá a la reconstrucción con la técnica habitual para el cierre de la pared uterina en la operación cesárea. Previamente se facilitará el avenamiento del útero por la colocación de gasa exteriorizando su extremo por la vagina. Si la herida es irregular, pero que se vea que fácilmente puede regularizarse quitando los infiltrados sanguíneos, así como las partes mortificadas de los bordes, hecho esto se procederá a la sutura.

La histerectomía estará indicada cuando la extensión de la herida y sus infiltrados sean de tal consideración que quede el peligro latente de la rotura uterina.

En la rotura incompleta superiotinial la conducta a seguir estará regida por el valor de la hemorragia y muchas veces será la laparotomía la que haga el diagnóstico preciso y establezca la conducta terapéutica.²⁹

2.2.6. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS HEMORRAGIAS EN LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN GESTANTES

2.2.6.1. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PLACENTA PREVIA

Los elementos de peligro coligados con placenta previa son edad materna avanzada, multiparidad, cesárea previa o cicatrices uterinas previas, aborto previo, tabaquismo materno, placenta previa anterior.

2.2.6.1.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

a) Edad Materna: A más edad materna más peligro de placenta previa.

El episodio de placenta previa acrecentó de modo indicadora con cada conjunto de tiempo más magno. Es de una por cada 1 500 para féminas de 19 años de edad o menos, y es de uno en 100 para féminas de más de 35 años.

b) Tabaco: Las perturbaciones que logre soportar la gestante fumadora van en correspondencia claramente conforme con el dígito de cigarrillos extenuados, equivalentemente asimismo influye la persistencia en partes cuyo ambiente este descompuesto por humo del tabaco, aumentar por ello en varias embarazadas la exhibición de su tabaquismo seguido al pasivo originario del contagio ambiental.

2.2.6.1.2. Factores obstétricos

a) Aborto: Se concreta como la paralización del gestacion clínicamente examinada precedentemente de las 22 ss de embarazo o cuando el peso del embrión destituido es pequeño de 500g.

b) Cesárea Anterior: Por conocimientos ignoradas, la cesárea anterior acrecienta el peligro de placenta previa. La suceso fue de 1.3% en las usuarias con una cesárea previa y de 3.4% en aquellas con 6 o más cesáreas.

c) Paridad: Se expresa que una señora ha creado cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o por cesárea) uno o más efectos (vivos o muertos) que pesan 500 gr o más, o que tienen una edad gestacional de 22 ss o más.

d) FIG: El Espacio Intergenésico temporal se ha determinado a modo el espacio menor a 18 ss de la tiempo de valor del actual programa obstétrico a la fecha de concepción del subsiguiente gestacion.³⁰

2.2.6.2. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

Desprendimiento Prematuro De Placenta; sin embargo, existen factores de riesgo asociadas a esta patología, que cuando están presentes aumentan la posibilidad que la gestante tenga Desprendiendo Prematuro de Placenta, entre ellas tenemos:

Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (HIG): Es sin duda el trastorno más asociado al Desprendimiento Prematuro De Placenta, como lo señala el Dr. Illia en su estudio de Evolución del Gestante y consecuencias peri-natales en usuarias con DP donde tenga un claro superioridad de la Hipertensión Gestacional coligada

a DPP. De las usuarias con preeclampsia que desplegaron DPP, 13.9% tienen DPP ligero, 25.7% moderado, 52.1% un Desprendimiento Prematuro De Placenta severo, debido a esta sociedad es viable que el DPP sea un viable predictor de sufrimiento vascular: por tanto, un esmerado análisis en búsqueda de hipertensión materna, está conveniente en la paciente que muestra un sangrado genital durante el 3er trimestre, así sea leve y en alejamiento de placenta previa.

Antecedente de Desprendimiento Prematuro De Placenta: El peligro vecino de recidiva es del 10% para las usuarias con referencias de un DPP, desarrollar inclusive el 25% cuando la usuaria ha poseído dos o más DPP.

El Trauma externo: Logra ser un origen de DPP hallando fundamentalmente cuando la placenta posee una introducción preliminar y si bien el nivel de severidad del trauma está claramente concerniente, el DPP puede mostrar con traumas respectivamente ligeros que inclusivamente no producen ninguna otra contusión en la mama. Estos traumas pueden trascender de incidentes de auto (60%), derrumbes (26%) o golpazos directos abdominales.

Edad materna: Se ha apreciado que el peligro a desplegar DPP acrecienta con la edad materna, fundamentalmente en las mayores de 35 años; no obstante en un tesis realizado en 123.000 gestantes esta sociedad no fue reveladora.

Paridad: La gran multiparidad es nuevo elemento de peligro explicado clásicamente. No obstante en ellas, el circunstancia de DPP le concede un significativo sosegado estadístico.

Nutrición: Existieron Hibbard y Hibbard los iniciales en relatar a la emergencia que un pérdida de Ácido Fólico en la nutrición de la preñada lograra producir un DPP, entiende ser que el Ácido Fólico podría ser fundamental para el progreso primitivo en los originarios períodos de gestacion y posiblemente fuera significativo en la

universo de una consistente alianza entre decidua y vellosidades coriales. Muchos escritores se han atareado del texto con efectos discordantes.

El tabaquismo: Posee afín con un superior peligro de Desprendimiento Prematuro De Placenta en el Collaborateve Perinatal Project, de relación con Voigt y Col (1990) la intoxicación origen cerca del 40% de los argumentos de Desprendimiento Prematuro De Placenta. El peligro referente para los fumadores contrario en diferentes ilustraciones es de 1.4; los que protegen esta causa soportan que los usuarias que fuman crecidamente de 10 cigarrillos por fecha, logran mostrar gangrena decidual, como origen de DPP severa; asimismo mismo se ha enterado un acrecentamiento en el área Inter velloso y una baja en el flujo sanguíneo placentario.

Drogas: La historia de argumentos de Desprendimiento Prematuro De Placenta relacionados con el gasto de cocaína, y de otras sustancias como el crack, han ido en aumento en los actuales años. El peligro relativo en gasto de cocaína no ha sido determinado. Chasnoff consigue un suceso de 17% afectando el perjuicio en los pequeños vasos causados por los patrimonios vaso activos de la cocaína con el inicio de la causa que predominara con un Desprendimiento Prematuro De Placenta.

La Ruptura Prematura De Membranas: En un fin análisis de 54 sabidurías Ananth y Col (1996) encontraron un peligro tres veces mayor de Desprendimiento Prematuro De Placenta en caso de Rotura Prematura De Las Membranas. Es los asuntos de sobre distensión uterina como sucede en el Embrazo Gemelar o en el Polihidramnios la descompresión intrauterina derivada por la rompimiento artificial de las membranas, puede producir desprendimiento placentario por disminución violenta de la plano de inserción de la placenta.

El cordón umbilical corto, las anomalías uterinas, la oclusión de la vena cava inferior no tiene una categoría reveladora como elementos etiológicos.³¹

2.2.6.3. 2.2.6.3 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA RUPTURA UTERINA

Entre los elementos ginecológicos están la multiparidad, embarazo múltiple, anomalías y tumores del útero, legrados uterinos y cicatrices uterinas (miomectomía con entrada a cavidad, sobre todo de miomas intramurales y submucosos).

Concernientes con la atención obstétrica están elementos como el rastreo impropio del trabajo de nacimiento, especialmente en pelvis estrechas; macrosomía fetal subvalorada; instrumentaciones no convenientes; uso impropio de oxitocina; maniobra de Kristeller.

Conmemoremos que la maniobra de Kristeller lleva muchos años bajo desconfianza ya que a pesar de que no se conoce su prevalencia lleva consigo una estela de mala fama que entiende desaconsejar su manejo, pues se dice que, aparte de rompimiento uterina, podría incitar fracturas en el RN e inclusive daño cerebral.³²

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS BÁSICOS

Factores: Es toda característica o suceso detectable en una persona que se coliga o aumenta la posibilidad de que suceda un daño a la salud.³³

Riesgo: La composición de la probabilidad de que se cause un suceso y sus resultados negativas. Los elementos que lo disponen son la amenaza y la vulnerabilidad.³⁴

Factores de riesgo: Un factor de riesgo es cualquier rasgo, particularidad o exhibición de una persona que acreciente su posibilidad de soportar una malestar o lesión.

Probabilidad de enfermedad o muerte del hijo y de la madre antes del parto.

Hemorragias: El sangrado o hemorragia es la pérdida de sangre. Logra suceder en la parte exterior o adentro del organismo. Usted alcanza sangrar tras soportar un corte u otra herida. El sangrado puede suceder asimismo por una contusión a un órgano interno. ³⁶

Hemorragias de la segunda mitad del embarazo: Se precisa como hemorragia de la segunda mitad del embarazo al sangrado que tiene lugar después de las 22 ss de formación. Los orígenes más habituales son placenta previa (PP) y desprendimiento prematuro de placenta (DPP), menos habituales son rompimiento uterina (RU), rotura del seno marginal y vasa previa. No obstante, a pesar del escrutinio de la placenta inmediatamente del nacimiento, no se llega a localizar una origen determinable de la hemorragia en 25 a 35% de los argumentos. ³⁷

Gestantes: La palabra germinación crea referencia a las técnicas funcionales de progreso del embrión en el interior del útero de la embarazada. En dureza, y conforme mencionado, la germinación se relaciona al progreso del embrión y la gestación se relaciona a los cambios en la señora que lo crean viable, sin embargo, en la experiencia varios individuos manejan entrambos procesos como semejantes. ³⁸

Segunda mitad del el embarazo: Se denomina al desarrollo del feto desde la semana 13 hasta el final de la semana 26.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

H1: Existen factores de riesgo asociados a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco – 2016

H0: no existen factores de riesgo asociados a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco – 2016

2.5. VARIABLE

2.5.1. VARIABLE ÚNICA

Factores de riesgo asociados al embarazo en hemorragias

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE DEPENDIENTE				
Factores de Riesgo asociados al embarazo en hemorragias	Factores de riesgo asociados a la placenta previa	Cualitativo	Si No	Nominal (dicotómica)
	Factores de riesgo asociados a desprendimiento prematuro	Cualitativo	Si No	Nominal (dicotómica)
	Factores de riesgo asociados a la ruptura uterina	Cualitativo	si no	Nominal (dicotómica)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La indagación a desarrollar incumbe al subsiguiente prototipo de tesis:

Como la mediación del intelectual incumbe a la indagación **observacional** ya que no existirá mediación del intelectual, y las circunstancias reflejarán el progreso sincero.

Como la programación de la toma de antecedentes fue **prospectivo** porque los antecedentes acumulados para la tesis son acumulados a propósito de la indagación (primarios). Ya que, tiene sereno de estimación.

Como el lapso de tesis estará de tipo **transversal**, ya que se estudiarán antecedentes de un conjunto de subyugados de una localidad definitiva en un instante cedido y en una zona explícita.

Conforme a las inconstantes de provecho existirá de prototipo **descriptivo** ya que el examen estadístico, será univariado ya que solo describirá o estimará cuantificaciones en la localidad de tesis a partir de un modelo.

3.1.1. ENFOQUE

La indagación es de orientación cuantitativa, ya que calcula inconstantes en un argumento explícito y instituye terminaciones del contexto objetivo, que será gastado al examen inferencial.

3.1.2. ALCANCE O NIVEL

La presente investigación será de nivel descriptivo simple porque se revelará información sobre las hemorragias de la segunda mitad de gestación complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en gestantes con anemia a través de un análisis univariado.

3.1.3. DISEÑO

El diseño utilizado en el presente estudio de investigación será el diseño descriptivo simple, como se presenta en el siguiente esquema:

Diagrama:



Dónde:

M: Gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano

O: Hemorragias obstétricas

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

Quedó accedida por 86 embarazadas con diagnóstico de hemorragias en la segunda mitad del embarazo hospitalizadas durante el periodo agosto a noviembre del 2016 en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano.

Criterios de Inclusión:

1. Mujeres que asistieron al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano
2. Mujeres en estado de gestación que presentaron sangrado de cualquier tipo y de cualquier cantidad a partir de la semana 20 de gestación
3. Mujeres que certifiquen la aprobación informada

Criterios de Exclusión:

1. Mujeres gestantes cuyo sangrado o hemorragia se muestra antes de la 20ss de gestación
2. Mujeres que no firman el consentimiento informado

Selección de la muestra

Unidad de análisis:

La componente de estudio fue accedida por gestantes con diagnóstico de factores de riesgo asociados a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo.

3.2.2. MUESTRA

En proporción con el tipo de indagación, los objetivos y el trascendencia de las impuestos que se procura hacer con el actual tesis, se manipuló el muestreo probabilístico aleatorio simple, se estableció el tamaño de la muestra mediante la diligencia de la subsiguiente procedimiento:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{e^2(N - 1) + Z^2 P Q}$$

Donde:

- Z^2 = Nivel de confianza del 95 % (1.96).
- P = proporción estimada, asumiendo $p = 0,5$.
- Q = $1 - P$.
- e = Precisión o magnitud del error de 5 %.
- N = Población (N° 86)

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (86)}{(0.05)^2 (85) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$
$$n = 71 \text{ usuarias}$$

Por tanto, la muestra estuvo conformada por 71 usuarias que acuden al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco año 2016.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICAS

El método utilizado será la documentación, que constituye la técnica de recolección de datos básica y corresponden a los estudios retrospectivos donde es la única forma disponible de recopilar la información.

3.3.2. INSTRUMENTOS

Ficha de recolección de datos: Socio demográfico a las usuarias del centro obstétrico del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- 2016. **(Anexo 1)** Este instrumento fue diseñado para conocer las características sociodemográficas, y obstétricas de la usuaria a investigar.

Las usuarias que acudieron al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - 2016. **(Anexo 2)** este instrumento fue diseñado para evaluar los factores de riesgo de hemorragias obstétricas los cuales causaron complicaciones e incluso muertes.

3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

3.4.1. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La investigación a desarrollar corresponde al siguiente tipo de estudio:

Análisis descriptivo.- La información obtenida con el instrumento de recolección de datos se analizó haciendo uso del Programa Estadístico SPSS Versión 25.0, y Excel 2013 para lo cual una vez confeccionada la base de datos, se procedió a realizar el análisis descriptivo de las variables en cuadros bidimensionales y gráficos de frecuencia.

3.4.2. NORMAS ÉTICAS

Las reglas morales en que se basara la indagación serán:

- ✚ Justicia
- ✚ Beneficencia
- ✚ Equidad
- ✚ Juicio de Valor.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

4.1.1.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRAFICOS DE LA MUESTRA

Tabla N° 1. Edad materna como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

	Frecuencia	Porcentaje
<15	6	8,5
15 a 25	15	21,1
26 a 34	24	33,8
>35	26	36,6
Total	71	100,0

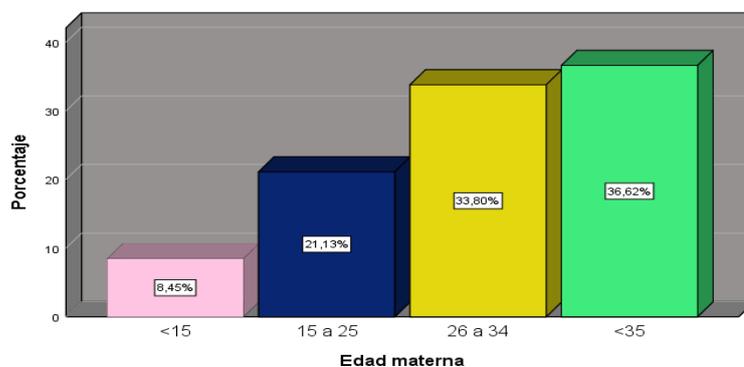


Gráfico N° 1. Edad materna como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

INTERPRETACION: Distribución de la edad materna como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016. Relación a la edad de las mujeres se prueba que, el 36,62 % (26) se hallan en edades mayores de 35 años, el 33,80 % (24) incumbe a las edades de 26 a 34 años, el 21,13 % (15) incumbe a las edades de 15 a 25 años, el 8,45 % (6) corresponden a las edades >15.

Tabla Nº 2. Procedencia de las usuarias que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Rural	30	42,3
Urbano	28	39,4
Urbano marginal	13	18,3
Total	71	100,0

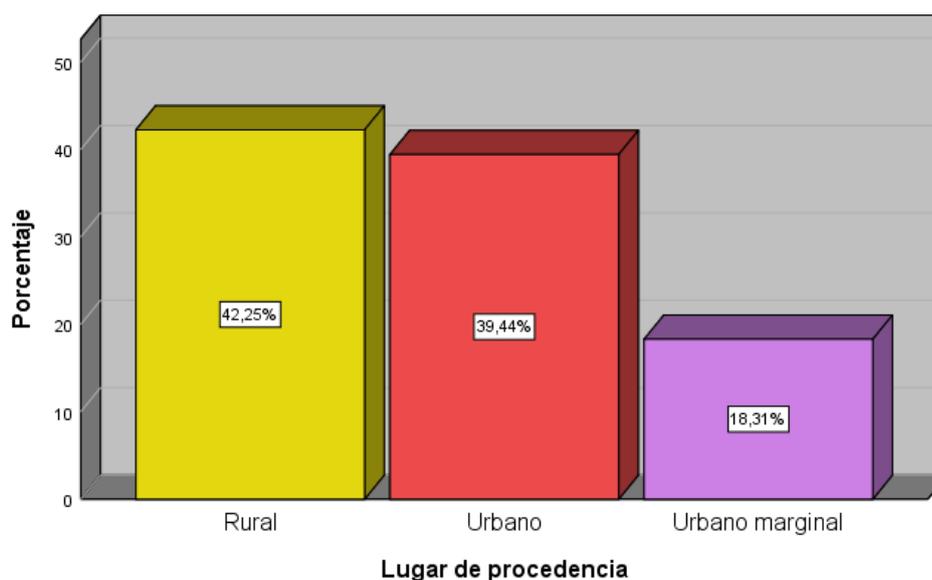


Gráfico Nº 2. Procedencia de las usuarias que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

INTERPRETACION: Distribución de la procedencia de las usuarias que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.

Respecto a la procedencia de las usuarias se evidencia que, el 42,25 % (30) son de procedencia rural, el 39,44 % (28) son de procedencia urbano y el 18,31 % (13) son de procedencia urbano marginal.

Tabla N° 3. Raza materna como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Blanca	21	29,6
Mestiza	30	42,3
Negra	20	28,2
Total	71	100,0

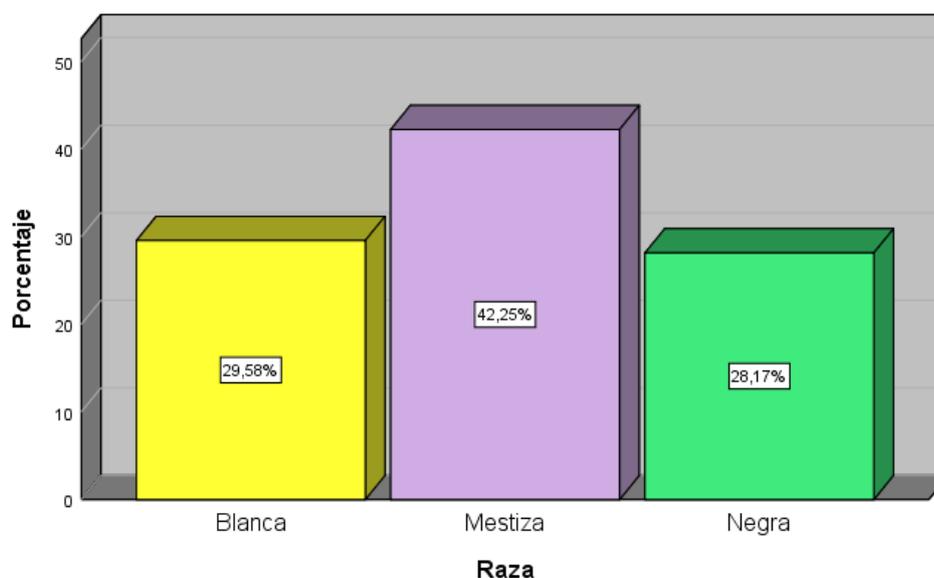


Gráfico N° 3. Raza materna como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

INTERPRETACION: Distribución de raza materna como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.

Correlación a la raza de las usuarias se evidencia que, el 42,25 % (30) son de raza mestiza, el 29,58 % (21) corresponde a la raza blanca y el 28,17 % (20) corresponde a la raza negra.

Tabla N° 4. Paridad como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	18	25,4
Primípara	22	31,0
Múltipara	31	43,7
Total	71	100,0

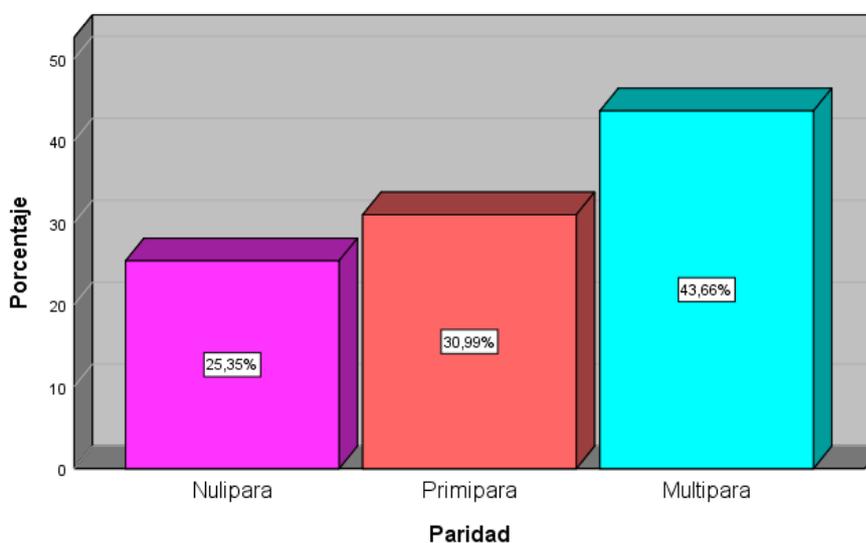


Gráfico N° 4. Paridad como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

INTERPRETACION: Distribución de paridad como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.

Correlación a la paridad de las usuarias se evidencia que, el 43,60 % (41) son múltiparas, el 30,99 % (22) son primíparas y el 25,35 % (18) son nulíparas.

Tabla N° 5. Antecedentes de hemorragia vaginal como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Si	45	63,4
No	26	36,6
Total	71	100,0

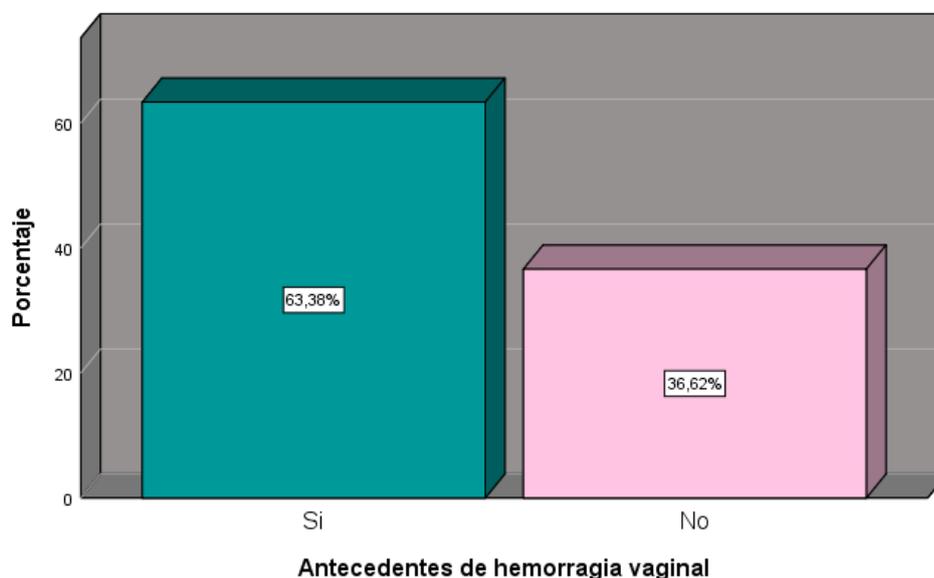


Gráfico N° 5. Antecedentes de hemorragia vaginal como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

INTERPRETACION: Distribución de antecedentes de hemorragia vaginal como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.

Relación al antecedente de hemorragia vaginal en las usuarias se evidencia que, el 63,38 % (45) tienen presión alta, el 36,62 % (26) no tienen presión alta.

Tabla N° 6. Sustancias toxicas como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Si	37	52,1
No	34	47,9
Total	71	100,0

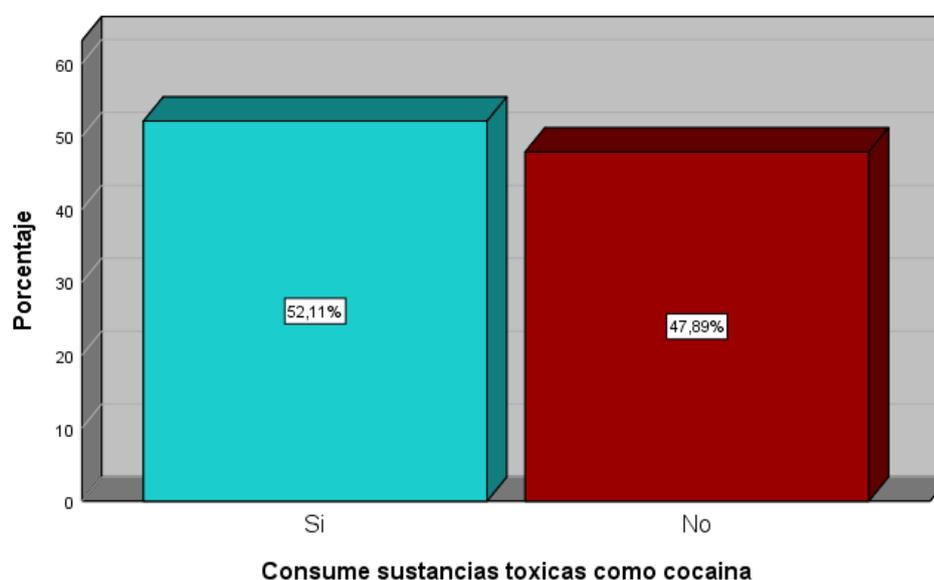


Gráfico N° 6. Sustancias toxicas como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

INTERPRETACION: Distribución sustancias toxicas como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.

Respecto al consumo de sustancias toxicas como cocaína en las usuarias se evidencia que, el 52,11 % (37) consumen sustancias toxicas como cocaína, el 47,89 % (34) no consumen sustancia toxica como cocaína.

4.1.1.2. FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIAS OBSTETRICAS

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PLACENTA PREVIA

Tabla N° 7. Antecedentes de legrado uterino como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Si	37	52,1
No	34	47,9
Total	71	100,0

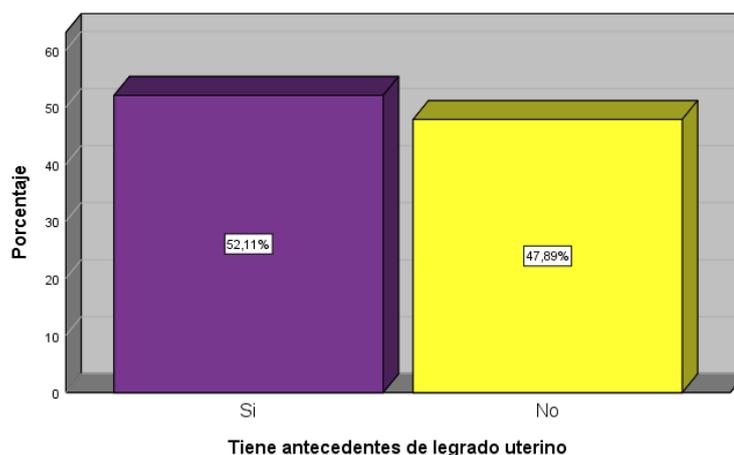


Gráfico N° 7. Antecedentes de legrado uterino como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

INTERPRETACION: Distribución antecedentes de legrado uterino como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.

Relación a los antecedentes de legrado uterino en las usuarias se evidencia que, el 52,11 % (37) tienen antecedentes de legrado uterino, el 47,89 % (34) no tiene antecedentes de legrado uterino.

Tabla N° 8. Antecedentes de cesárea como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Si	26	36,6
No	45	63,4
Total	71	100,0

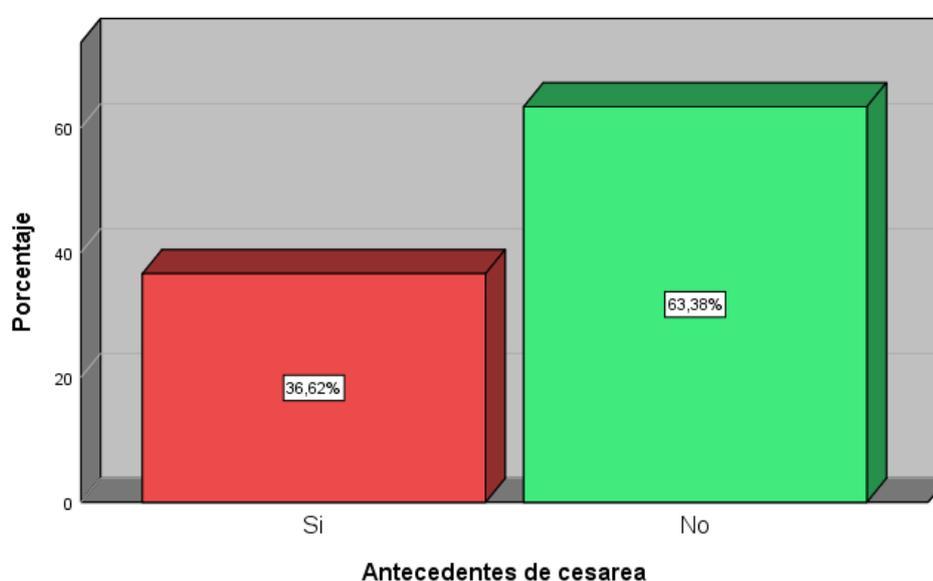


Gráfico N° 8. Antecedentes de cesárea como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

INTERPRETACION: Distribución antecedentes de cesárea como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.

Relación a los antecedentes de cesárea en las usuarias se evidencia que, el 63,38 % (45) no tienen antecedentes de cesárea, el 36,62 % (26) tiene antecedentes de cesárea.

Tabla N° 9. Edad del menor hijo >2 años como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	28,2
No	11	15,5
No tiene hijos	40	56,3
Total	71	100,0

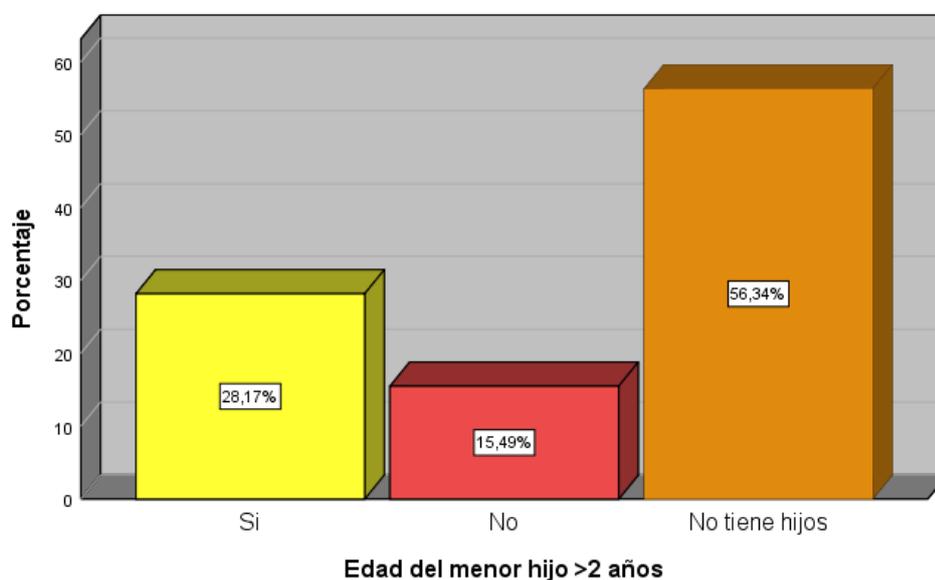


Gráfico N° 9. Edad del menor hijo >2 años como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

INTERPRETACION: Distribución edad del menor hijo >2 años como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.

Relación a la edad del menor hijo >2 años de las usuarias se evidencia que, el 56,34 % (40) no tienen hijos, el 28,17 % (20) tienen hijos >2 años y el 15,49 % (11) no tiene hijos >2 años.

Tabla N° 10. Antecedentes de aborto como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Si	37	52,1
No	34	47,9
Total	71	100,0

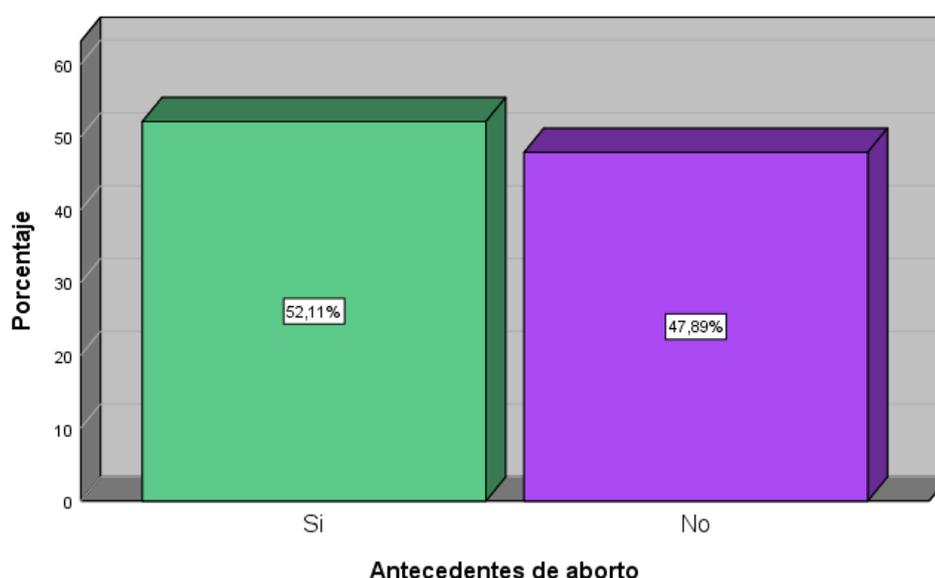


Gráfico N° 10. Antecedentes de aborto como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

INTERPRETACION: Distribución de antecedentes de aborto como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.

Relación a los antecedentes de aborto en las usuarias se evidencia que, el 52,11 % (37) tienen antecedentes de aborto y el 47,89 % (34) no tienen antecedentes de aborto.

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESPRENDIMIENTO
PREMATURA DE PLACENTA**

Tabla N° 11. Presión alta como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Si	39	54,9
No	32	45,1
Total	71	100,0

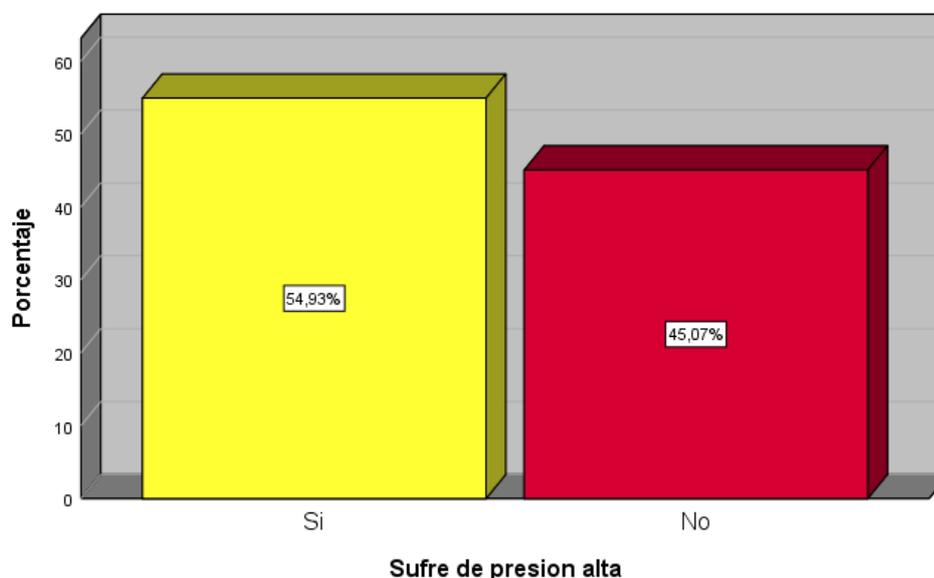


Gráfico N° 11. Presión alta como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

INTERPRETACION: Distribución de presión alta como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.

Correlación a la presión alta de las usuarias se evidencia que, el 54,93 % (39) sufren de presión alta y el 45,07 % (32) no sufren de presión alta.

Tabla N° 12. Antecedentes de presión alta como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Si	23	32,4
No	48	67,6
Total	71	100,0

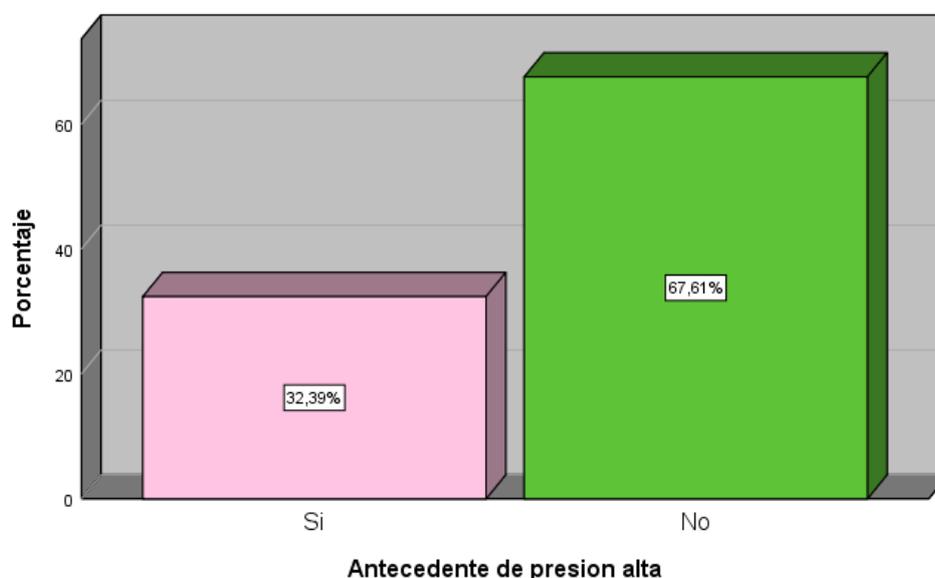


Gráfico N° 12. Antecedentes de presión alta como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

INTERPRETACION: Distribución de antecedentes de presión alta como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.

Relación a los antecedentes de presión alta en las usuarias se evidencia que, el 67,61 % (48) no tienen antecedentes de presión alta y el 32,39 % (23) tienen antecedentes de presión alta.

Tabla N° 13. Antecedentes de preeclampsia como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	22	31,0
No	49	69,0
Total	71	100,0

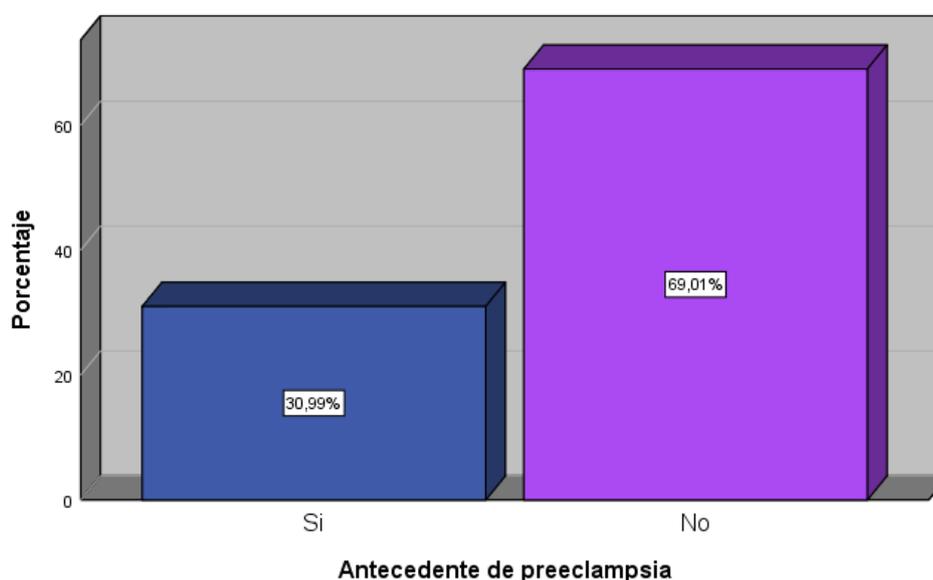


Gráfico N° 13. Antecedentes de preeclampsia como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

INTERPRETACION: Distribución de antecedentes de preeclampsia como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.

Relación a los antecedentes de preeclampsia en las usuarias se evidencia que, el 69,01 % (49) no tienen antecedentes de preeclampsia y el 30,99 % (22) tienen antecedentes de preeclampsia.

Tabla N° 14. Golpe o caída durante el embarazo como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Si	37	52,1
No	34	47,9
Total	71	100,0

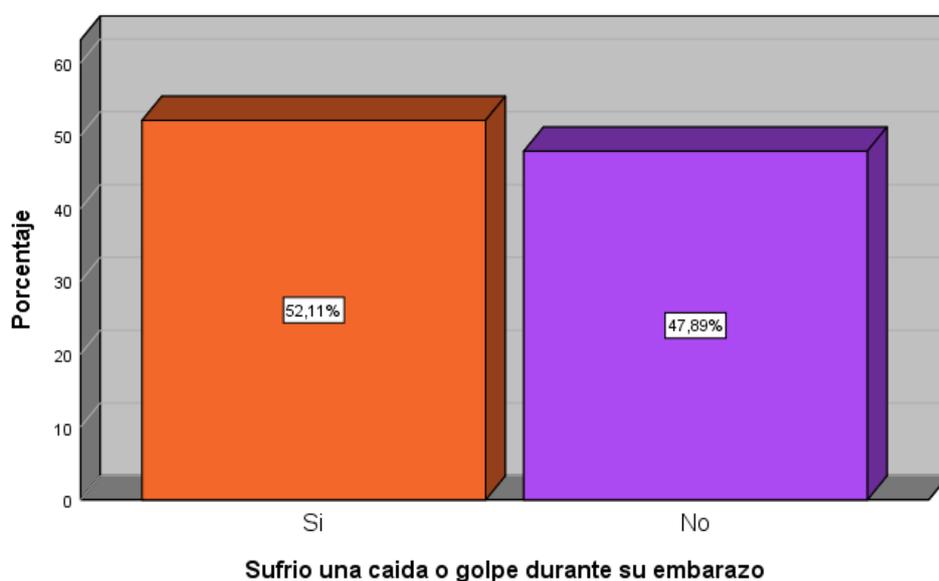


Gráfico N° 14. Golpe o caída durante el embarazo como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

INTERPRETACION: Distribución caída o golpe durante su embarazo como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.

Respecto a la caída o golpe durante su embarazo de las usuarias se evidencia que, el 52,11 % (37) sufrieron una caída o golpe durante su embarazo y el 47,89 % (34) no sufrieron una caída o golpe durante su embarazo.

Tabla N° 15. Falta de ácido fólico antes de las 12 semanas durante su embarazo como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Si	17	23,9
No	54	76,1
Total	71	100,0

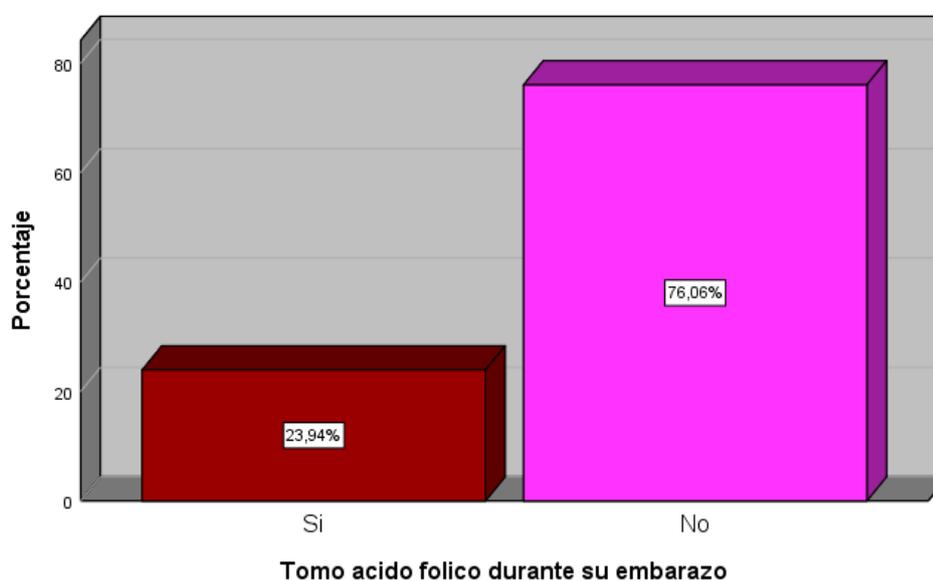


Gráfico N° 15. Falta de ácido fólico antes de las 12 semanas durante su embarazo como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

INTERPRETACION: Distribución falta de ácido fólico antes de las 12 semanas durante su embarazo como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.

Relación a la decadencia de ácido fólico antes de las 12 ss durante su embarazo de las usuarias se evidencia que, el 76,06 % (54) no tomaron ácido fólico durante su embarazo y el 23,94 % (17) si tomaron ácido fólico durante su embarazo.

Tabla N° 16. Ruptura prematura de membranas durante su embarazo actual como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Si	39	54,9
No	32	45,1
Total	71	100,0

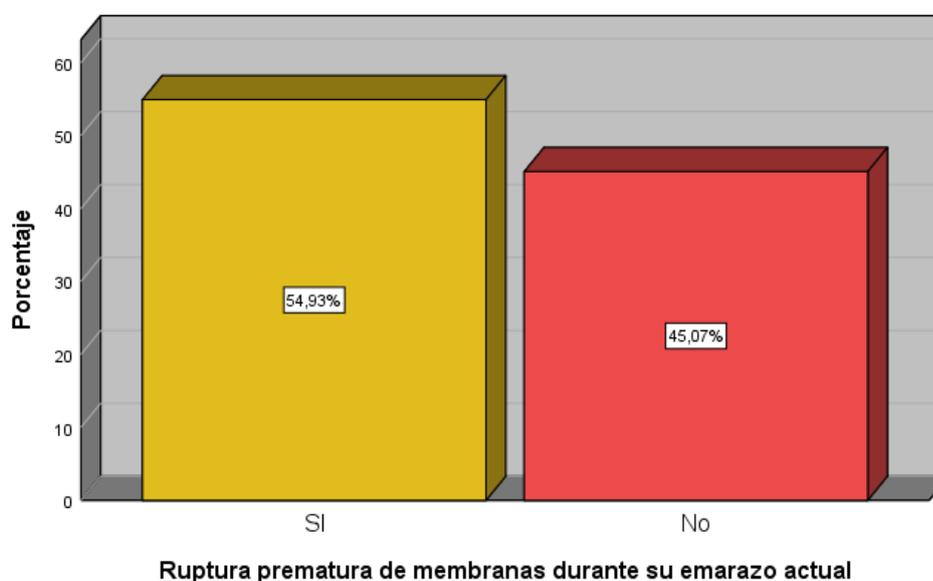


Gráfico N° 16. Ruptura prematura de membranas durante su embarazo actual como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

INTERPRETACION: Distribución de ruptura prematura de membranas durante su embarazo actual como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.

Relación a la ruptura prematura de membranas durante su embarazo actual en las usuarias se evidencia que, el 54,93 % (39) tuvieron ruptura prematura de membrana durante su embarazo actual y el 45,07 % (32) no tuvieron ruptura prematura de membranas durante su embarazo.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ROTURA UTERINA

Tabla N° 17. Cirugía uterina previa como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Mioma uterina	4	5,6
Quiste ovárico	8	11,3
Embarazo ectópico	20	28,2
Ninguna	39	54,9
Total	71	100,0

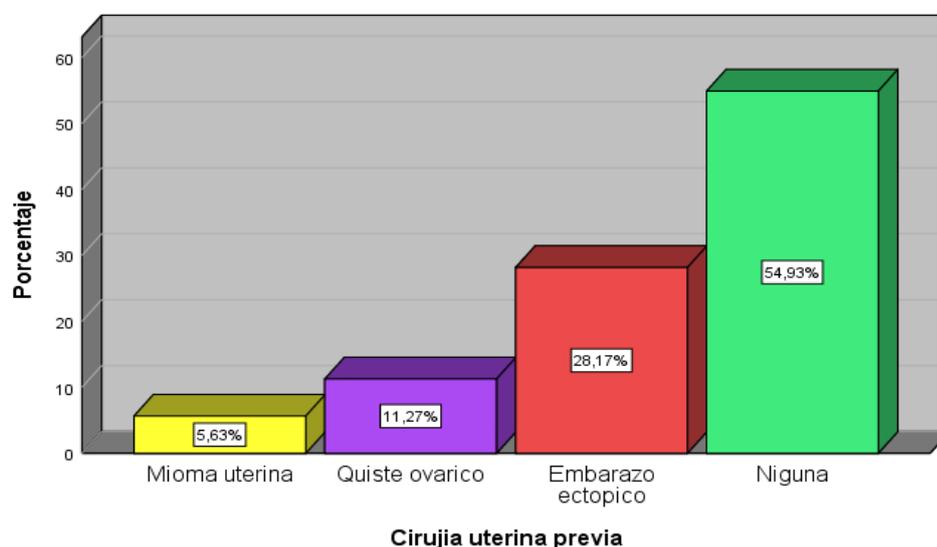


Gráfico N° 17. Cirugía uterina previa como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

INTERPRETACION: Distribución de cirugía uterina previa como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016. Respecto a la cirugía uterina previa en las usuarias se evidencia que, el 54,93 % (39) no tuvieron ninguna cirugía, el 28,17 % (20) tuvieron embarazo ectópico, el 11,27 % (8) tuvieron quiste ovárico, el 5,63 % (4) tuvieron miomas uterinas.

Tabla N° 18. Parto disfuncional como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Si	26	36,6
No	45	63,4
Total	71	100,0

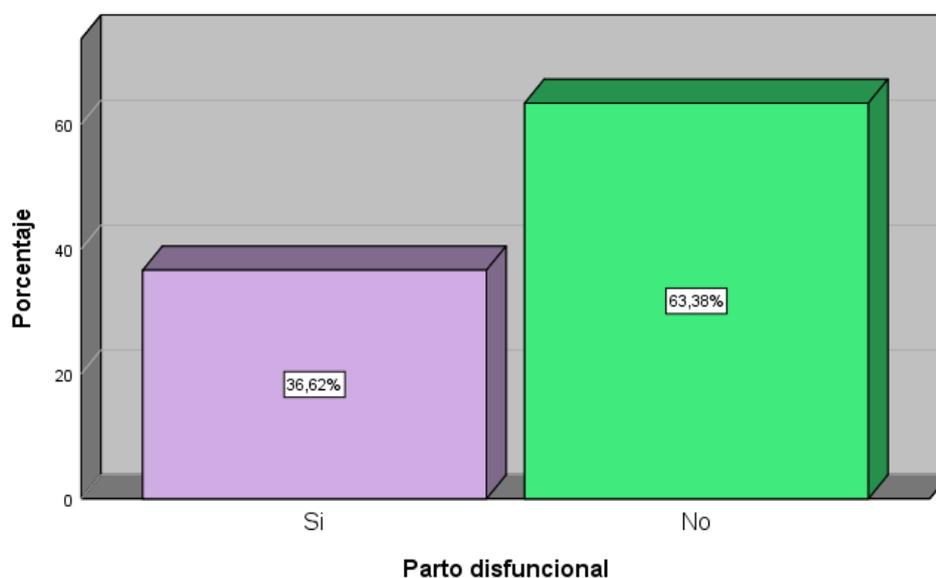


Gráfico N° 18. Parto disfuncional como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

INTERPRETACION: Distribución de parto disfuncional como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.

Respecto al parto disfuncional en las usuarias se evidencia que, el 63,38 % (45) no tuvieron parto disfuncional, el 36,62 % (26) tuvieron parto disfuncional.

Tabla N° 19. Sangrado vaginal profuso como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Si	54	76,1
No	17	23,9
Total	71	100,0

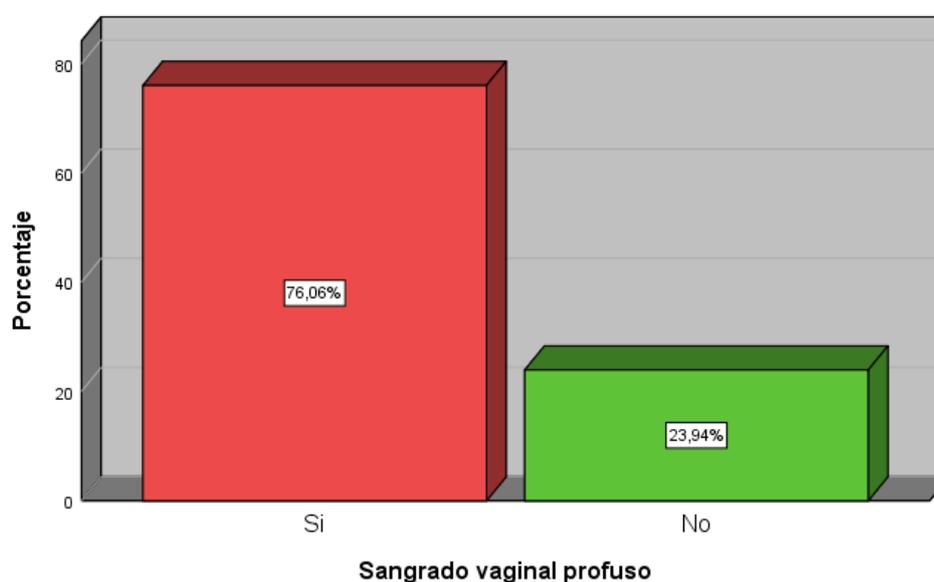


Gráfico N° 19. Sangrado vaginal profuso como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

INTERPRETACION: Distribución de sangrado vaginal profuso como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.

Respecto al sangrado vaginal profuso en las usuarias se evidencia que, el 76,06 % (54) tuvieron sangrado vaginal profuso y el 23,94 % (17) no sangrado vaginal profuso.

Tabla N° 20. Antecedente de hijo macrosómico como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	29,6
No	50	70,4
Total	71	100,0

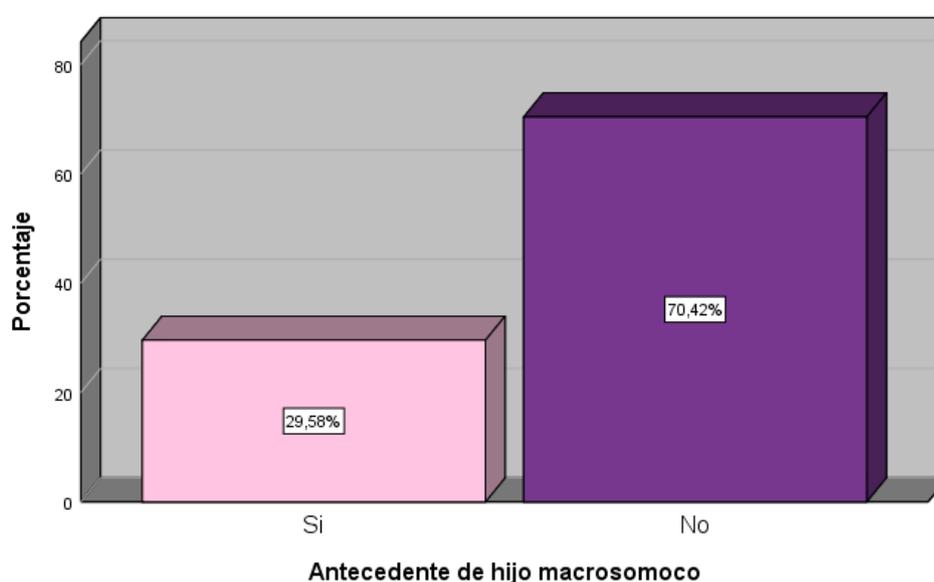


Gráfico N° 20. Antecedente de hijo macrosómico como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

INTERPRETACION: Distribución de antecedente de hijo macrosómico como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.

Respecto a los antecedentes de hijos macrosómico de las usuarias se evidencia que, el 70,42 % (50) no tuvieron hijos macrosómico y el 29,58 % (21) tuvieron de hijo macrosómico.

Tabla N° 21. Pelvis estrecha como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Si	37	52,1
No	34	47,9
Total	71	100,0

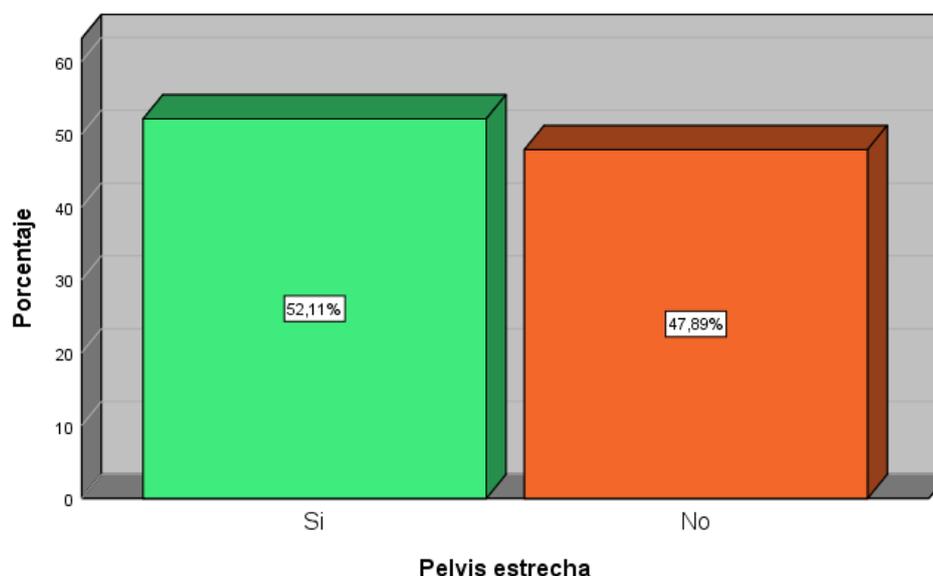


Gráfico N° 21. Pelvis estrecha como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

INTERPRETACION: Distribución de pelvis estrecha como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.

Respecto a la pelvis estrecha antecedentes en las usuarias se evidencia que, el 52,11 % (37) tuvieron pelvis estrecha y el 47,89 % (34) no tuvieron pelvis estrecha.

Tabla N° 22. Maniobras de Kristeller en el momento del parto como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Si	30	42,3
No	41	57,7
Total	71	100,0

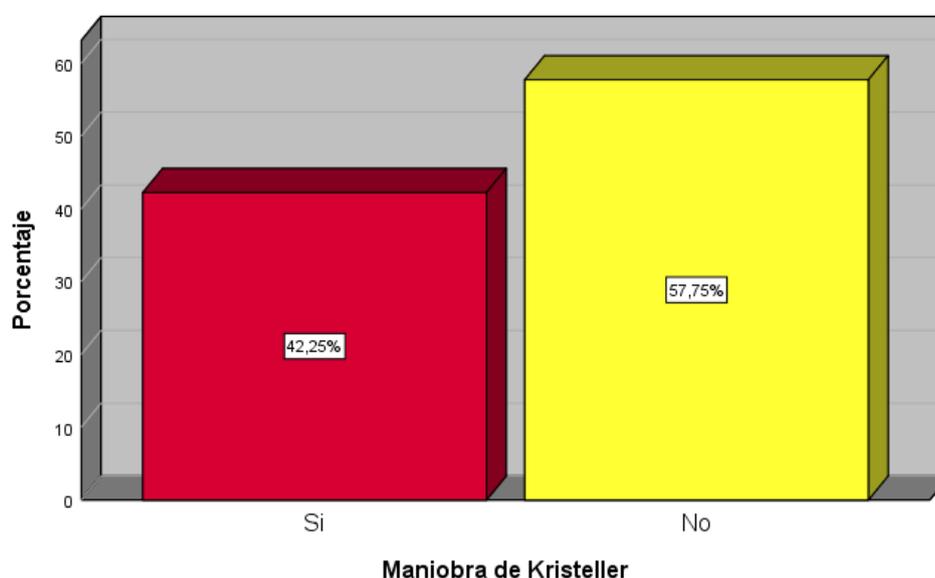


Gráfico N° 22. Maniobras de Kristeller en el momento del parto como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

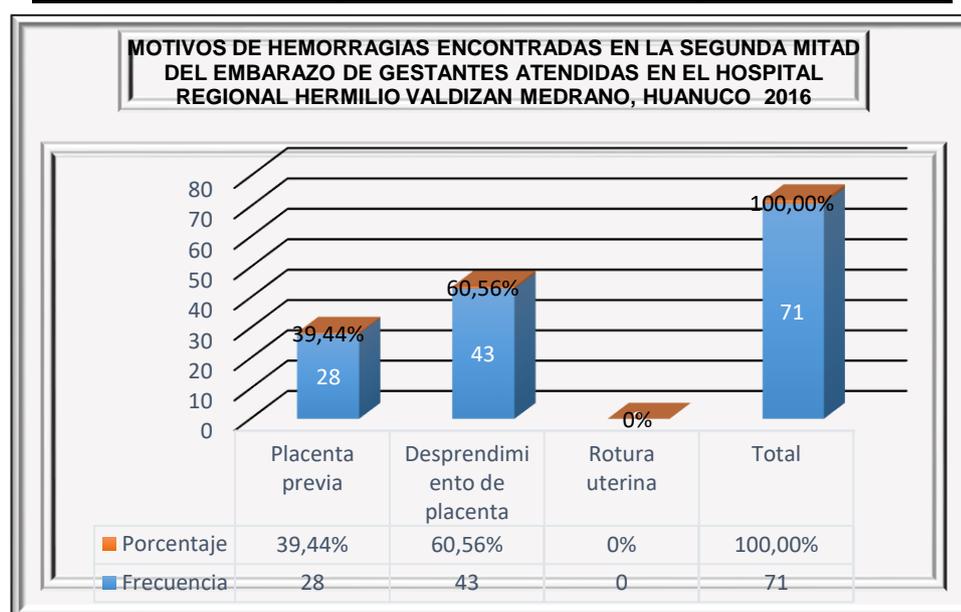
INTERPRETACION: Distribución de maniobra de Kristeller en el momento del parto como factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.

Correlación a la maniobra de Kristeller en el momento del parto en las usuarias se evidencia que, el 57,75 % (41) no practicaron maniobras de Kristeller y el 42,25 % (30) si practicaron maniobras de Kristeller.

4.2. RESULTADO GENERAL

La indagación presente posee como fin determinar los factores de riesgo asociados a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016. Se trabajó con modelo censal y la exposición de los subsiguientes efectos se efectuó evaluando los fines generales y específicos.

DX	Frecuencia	Porcentaje
Placenta previa	28	39.44
Desprendimiento de placenta	43	60.56
Rotura uterina	0	0
Total	71	100.00



INTERPRETACION: Distribución de las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016. Relación a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en las usuarias se evidencia que, el 60,56 % (43) fueron causados por desprendimiento prematura de placenta, y el 39,44 % (28) fueron causados por placenta previa.

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS

La actual indagación estuvo ejecutada en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, donde se trabajó con 86 usuarias con factores de riesgo asociados a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo.

En cuanto los efectos de la actual exploración, con respecto a las características sociodemográficos tenemos lo siguiente:

Con respecto a la edad, nos muestra que el 36,6% corresponde a las usuarias >35 años, lo que coincide con Naheed ⁷ en su estudio de investigación sobre “Principales factores de riesgo asociados a placenta previa”, en donde se encontró las mismas usuarias >35 años, lo que concuerda con los efectos de la indagación. Así mismo Álvarez ⁹ en su tesis de indagación sobre “Factores de riesgo asociados a gestantes con diagnóstico de placenta previa del Hospital Carlos Monge Medrano de durante el 2015”, en donde se encontró el 77% fueron usuarias >35 años lo que coincide con los resultados de la indagación. De igual manera Agapito ¹⁰ en su estudio de indagación sobre “Factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en el hospital regional de Ica, durante el periodo enero - diciembre del 2016”, en donde encontró usuarias > 35 años, lo que concuerda con los efectos de la indagación. Así mismo Dioses, Oña, Cardoza, Meza y Matorel ¹² en su tesis de indagación sobre “Factores asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un Hospital del Norte del Perú”, en donde encontró usuarias >35 años OR=2,31 con lo que coinciden los resultados de la investigación.

Así mismo, con respecto a la procedencia nos muestra que el 42,3% fueron de procedencia rural. Lo que coincide con Agapito ¹⁰ en su estudio de indagación sobre “Factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en el hospital regional de Ica,

durante el periodo enero - diciembre del 2016”, donde se encontró procedencia de mayor predominio a usuarias de zonas rurales.

De igual manera, con respecto a la raza materna el 42,4% corresponde a la raza mestiza lo que resulta que no es un factor de riesgo coligado a las hemorragias de la segunda mitad del gestacion.

Del mismo modo, con respecto a la paridad nos muestra que el 43,7% corresponde a la multiparidad, con lo que coincide con Naheed ⁷ en su estudio de indagación sobre “Principales factores de riesgo asociados a placenta previa”, en donde se encontró el 62% usuarias multíparas, lo que concuerda con los efectos de la indagación. De igual manera Naveed ⁸ en su tesis de investigación “Factores de riesgo asociados con la placenta previa en pacientes que acuden a un hospital de enseñanza terciaria en Peshawar desde marzo a julio del 2018”, en donde se encontró el 53% usuarias multíparas, lo que concuerda con los efectos de la indagación. Del mismo modo Álvarez ⁹ en su tesis de indagación sobre “Factores de riesgo asociados a gestantes con diagnóstico de placenta previa del Hospital Carlos Monge Medrano de durante el 2015” en donde encontró el 83% usuarias multíparas, lo que coincide con los resultados de investigación. Así mismo Dioses, Oña, Cardoza, Meza y Matorel ¹² en su estudio de indagación sobre “Factores asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un Hospital del Norte del Perú”, en donde encontró OR=4,479 usuarias multíparas, lo que concuerda con los consecuencias de indagación.

De igual manera, con respecto a los antecedentes de hemorragia vaginal, en la presente investigación el 45% corresponde que hubo antecedentes de sangrado vaginal, lo que resulta un factor de riesgo asociado a las hemofilias en la segunda mitad de gestacion.

Así mismo, con respecto al consumo de sustancias toxicas, en la presente investigación el 52,1% de las usuarias consumen cocaína, lo que resulta elemento de riesgo coligado a las hemorragias en la segunda mutad del embrazo.

Para el primer objetivo se encontró placenta previa como elemento de peligro coligado a las hemofilias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016. Evidenciado que el 52,1% corresponden a antecedentes de legrado uterino, lo que resulta un elemento de peligro coligado a la placenta previa.

Así mismo el 63.4% corresponden que no hubo antecedentes de cesárea, lo que coincide con Álvarez ⁹ en su estudio de indagación sobre “Factores de riesgo asociados a gestantes con diagnóstico de placenta previa del Hospital Carlos Monge Medrano de durante el 2015”, donde encontró 63 personas sin antecedentes de cesárea, lo que concuerda con los consecuencias de la indagación. Al contrario Naheed ⁷ difiere en su estudio de indagación sobre “Principales factores de riesgo asociados a placenta previa”, donde encontró antecedentes de cesárea. De igual manera Naveed ⁸ difiere en su investigación “Factores de riesgo asociados con la placenta previa en pacientes que acuden a un hospital de enseñanza terciaria en Peshawar desde marzo a julio del 2018” donde encontró que el 40% que corresponde que hubo antecedentes de cesárea.

De igual modo, se encontró el 56,3% de usuarias sin hijos <2 años que corresponde que no hubo factor de riesgo asociado a la placenta previa.

Así mismo, se encontró el 52,1% de usuarias que corresponde que hubo antecedentes de aborto, con lo que coincide con Naheed ⁷ en su tesis de investigación sobre “Principales factores de riesgo asociados a placenta previa”, donde encontró antecedentes de aborto, lo que concuerda con los efectos de la indagación.

Para el segundo objetivo se encontró DPP factor de riesgo asociado a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016. Evidenciado que el 54,9% corresponden a usuarias que tienen presión alta, lo que resulta un elemento de peligro asociado al DPP.

Así mismo se evidenció que el 67,6% corresponden que no hubo usuarias con antecedentes de presión alta, lo que no resulta un elemento de peligro asociado al desprendimiento prematuro de placenta.

De igual manera se evidenció que el 69% corresponde que no hubo usuarias con antecedentes de preeclampsia, lo que no resulta un elemento de peligro asociado al DPP.

De la idéntica manera se evidenció que el 52,1% de usuarias sufrió de caída o golpe durante su embarazo, con lo que coincide con Agapito ¹⁰ en su estudio de indagación sobre “Factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en el hospital regional de Ica, durante el periodo enero - diciembre del 2016”, en donde encontró usuarias con traumatismo durante el embarazo, lo que coincide con la investigación.

Igualmente se evidenció que el 76,1% de las usuarias no tomaron ácido fólico antes de las 12 semanas, lo que resulta un elemento de peligro coligado con el DPP.

De igual modo se evidencio que el 54,9% de las usuarias, el elemento de peligro coligado fue la RPM, con lo que coincide con Agapito ¹⁰ en su estudio de indagación sobre “Factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en el hospital regional de Ica, durante el periodo enero - diciembre del 2016”, en donde encontró RPM, lo que coincide con la investigación.

Respecto al tercer objetivo se encontró rotura uterina como factor de riesgo asociados a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016, mi resultado muestra que el 54,9% corresponde que no hubo cirugías uterinas previas. Al contrario Dioses, Oña, Cardoza, Meza y Matorel ¹² difiere en su estudio de indagación sobre “Factores asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un Hospital del Norte del Perú”, donde encontró cirugías uterinas previas OR=3,112.

Igualmente se evidenció que el 63,4% corresponden que no hubo usuarias con parto disfuncional, lo que no resulta un elemento de peligro coligado con la rotura uterina.

De igual modo se evidenció que el 76,1% corresponden que hubo usuarias con sangrado profuso, lo que resulta un factor de riesgo asociado con la rotura uterina.

Así mismo se evidenció que el 70,4% corresponden que no hubo usuarias con hijos macrosómico, lo que no resulta un elemento de peligro coligado con la rotura uterina.

Igualmente se evidenció que el 63,4% corresponden que no hubo usuarias con parto disfuncional, lo que no resulta un elemento de peligro coligado con la rotura uterina

De la misma forma se evidenció que el 52,1% corresponde que hubo usuarias con pelvis estrecha, lo que resulta un elemento de peligro coligado con la rotura uterina.

De misma manera se evidencio que el 57,7% corresponden que no practicaron maniobras de Kristeller en usuarias, lo que no resulta un factor de riesgo asociado con la rotura uterina.

CONCLUSIONES

Se alcanzaron a las siguientes terminaciones:

1. En las peculiaridades socio-demográficas de las usuarias, la edad materna >35 años el 36,6% demostró tener una asociación con respecto a los elementos de peligro de las hemofiliias en la segunda mitad del gestacion. Así mismo, la paridad con el 43,7% demostró tener una asociación con respecto a los elementos de riesgos de las hemofiliias en la segunda mitad del gestacion. De igual manera, los antecedentes de hemorragia vaginal con el 63,4% demostraron tener una asociación con respecto a los factores de riesgo de las hemorragias en la segunda mitad del embarazo. Del mismo modo el consumo de sustancias toxicas con el 52,1% demostró tener una asociación con respecto a los factores de riesgo de las hemorragias en la segunda mitad del gestacion.
2. En base a los factores de riesgo asociados a la placenta previa en usuarias, los antecedentes de legrado uterino con el 52,1% demostraron tener una asociación con respecto a los factores de riesgo en la segunda mitad del embarazo. Así mismo los antecedentes de aborto con el 52,1% demostraron tener una asociación con respecto a los elementos de riesgo en la segunda mitad del embarazo.
3. En base a los factores de riesgo asociados al DPP en usuarias, hubo usuarias con presión alta con el 54,9% demostrando tener una asociación con respecto a los factores de riesgo en la segunda mitad del embarazo. Así mismo el golpe o la caída de usuarias durante su embarazo fue el 52,1% demostrando tener una asociación con respecto a los factores de riesgo en la segunda mitad del embarazo. De igual modo la ausencia del consumo del ácido fólico antes de las 12 semanas fue el 76,1% demostrando tener asociación con respecto a los factores de riesgo en la segunda mitad de embarazo. De igual forma, la ruptura prematura de membranas en usuarias fue el 54,9 demostrando tener asociación con respecto a los factores de riesgo en la segunda mitad del embarazo.

4. En base a los factores de riesgo asociados a la rotura uterina en usuarias, hubo usuarias con parto disfuncional con el 63,4% demostrando tener asociación con respecto a los factores de riesgo en la segunda mitad de embarazo. De igual manera hubo usuarias con sangrado profuso con el 76,1% demostrando tener asociación con respecto a los factores de riesgo en la segunda mitad de embarazo. Así mismo hubo usuarias con pelvis estrecha con el 47,9% demostrando tener asociación con respecto a los factores de riesgo en la segunda mitad de embarazo.
5. En base a los tres objetivos específicos de los factores de riesgo asociados a la rotura uterina en usuarias se evidencia que, el 60,56 % fueron causados por desprendimiento prematuro de placenta, y el 39,44 % fueron causados por placenta previa.

RECOMENDACIONES

1. Se pide a los competitivos obstetras del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, asemejar tempestivamente los factores de riesgo y posibles causas de las hemorragias obstétricas mediante la anamnesis, examen clínico, el diagnóstico temprano su conducción.
2. Se pide a la directora de obstetras seguir empleando las habilidades establecidas en evidencias con el uso del servicio materno y servicio de gestantes en complicación para la vigilancia de la permanencia del trabajo de nacimiento encaminado y estratagemas salvadoras de vida, disminuyendo las maniobras de Kristeller.
3. Se pide a las tituladas de las especialidades y alumnas de la UDH originar la ejecución de indagaciones sobre las hemorragias de la segunda mitad del embarazo considerando dentro de la cuidado de mortalidad extrema peligroso en función a la mortalidad maternal en el estado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Del Carpio-A L. Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 – 2012. Rev. Perú. med. exp. Salud publica vol.30 no.3 Lima. jul. 2013
2. Acho-M SC. Salvador P, J. Díaz H, JA. Paredes S, JR. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un hospital nacional de Lima
3. Mendoza-J ME. “Morbilidad y mortalidad en hemorragia obstétrica en el hospital de ginecología y obstetricia, instituto materno infantil del estado de México, imiem, en el periodo comprendido del 01 de julio 2011 al 01 de agosto 2012”. México. 2013
4. Oscanoa-L AM. Hemorragias de la segunda mitad de la gestación, estudio prospectivo en el Instituto Especializado Materno Perinatal, periodo setiembre. Lima 2005.
5. Hernández-M MA, García de la-T JI. Factores de riesgo de hemorragia obstétrica. Ginecol Obstet Mex. dic; 84(12):757-764. 2016.
6. Ortiz-H E, Martínez-D R. “Hemorragias de la segunda mitad del embarazo”. In book: obstetricia de alto riesgo, Edition: Septima, Chapter: 34, Publisher: Distribuna Editorial, Editors: Rodrigo Cifuentes, pp.483 – 497. Bogotá. 2014
7. Naheed R, Taskin R, Anjum A. Risk Factors Associated with major placenta previa. J. Med. Sci. (Peshawar, Print) April 2014, Vol. 22, No. 2: 63-65.
8. Naveed P. Risk factors associated with placenta previa in patients presenting to a tertiary care teaching hospital in Peshawar. Journal of Medical Sciences (Peshawar). January 2012; 20(3):146-148.
9. Álvarez I. Factores asociados a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca durante junio a Setiembre 2015. [tesis pregrado]. Juliaca 2015. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez.
10. Agapito-S MR. Factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en el hospital regional de Ica, enero - diciembre del 2016.
11. Llerena-Z CA. Factores asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño

- San Bartolomé. Lima. 2014. Disponible en la web:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-758190?lang=es>
12. Dioses-G E, Oña-G J, Cardoza-J K, Meza- J, Matorel-R M. Factores asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un Hospital del Norte del Perú en Sullana.2014.
 13. Acho-M SC, Salvador-P J, Díaz-H JA, Paredes-S JR. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un hospital nacional de Lima. Rev. peru. ginecol. obstet. v.57 n.4 Lima 2011
 14. Ramírez JV. OBSTETRICIA- TEMA23/1. Disponible en la web:
<https://www.uv.es/jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-23.pdf>
 15. Placenta previa - Ginecología y obstetricia - Manual MSD Disponible en la web: <https://www.msdmanuals.com> › ... › Placenta previa
 16. López del-C E. Hemorragias del Tercer Trimestre. Albacete. 12 de Enero de 2011. Disponible en la web:
http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2010-2011/sesion20110112_1.pdf
 17. Placenta previa - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic. Disponible en la web: <https://www.mayoclinic.org> › es-es › diagnosis-treatment › drc-20352773
 18. Velásquez-D MJ. Incidencia de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera en el Hospital Gineco- Obstétrico Enrique C Sotomayor. Ecuador. Enero-diciembre 2014.
 19. William's Obstetrics Twenty-Second Ed. Cunningham, F. Gary, et al, Ch. 35
 20. Desprendimiento Prematuro de la Placenta – Infogen. Disponible en la web: <https://infogen.org.mx> › desprendimiento-de-la-placenta
 21. Arnedillo-S MS, Barroso-C A, Ruiz-F MC. Actuación en un desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta. Estudio de un caso. Matronas Prof. 2008; 9 (2): 24-26
 22. Desprendimiento de placenta - Síntomas y causas - Mayo Disponible en la web: Clinic.<https://www.mayoclinic.org> › es-es › symptoms-causes › syc-20376458

23. Antonette T, Dulay MD, Main-L HS. Última revisión completa octubre 2017. Disponible en la web: <https://www.msdmanuals.com/espe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/desprendimiento-de-placenta-abruptio-placentae>.
24. Pérez-A M, Álvarez-S E, García-L S, Vilouta-R M, Doval-C JL. Roturas uterinas completas. *Ginecol Obstet Mex* 2013;81:716-726
25. Julie-S, Moldenhauer MD. Última revisión completa. MDChildren's Hospital of Philadelphia. Junio 2018
26. Rotura uterina, riesgos, causas. Rotura uterina y cesárea. Disponible en la web: <https://www.bebesymas.com/embarazo/que-es-la-rotura-uterina-y-que-rie>.
27. Julie S. Moldenhauer, MD. Última revisión completa. MDChildren's Hospital of Philadelphia. Agosto 2016
28. Rotura uterina, riesgos, causas. Rotura uterina y cesárea. Disponible en la web: <https://www.bebesymas.com/embarazo/que-es-la-rotura-uterina-y-que-rie>.
29. Castro A, E. Infante S L P, AD. Rotura uterina. *Ginecol Obstet Mex* 2010;78(4):254-258
30. César Abraham Arizapana Zamata. Factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano - Juliaca durante el año 2018. Puno. 2019.
31. Torres R, E. Factores de riesgo asociado al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo de enero del 2003 a diciembre del 2003. Lima. 2007.
32. Rotura uterina, riesgos, causas. Rotura uterina y cesárea. Disponible en la web: <https://www.bebesymas.com/embarazo/que-es-la-rotura-uterina-y-que-rie>.
33. Pita Fernández S, Vila Alonso MT, Carpena Montero J. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. *Cad Aten Primaria* 1997; 4: 75-78.
34. Definición de Riesgo – CIIFEN. Disponible en la web: www.ciifen.org

35. OMS | Factores de riesgo - World Health Organization. Disponible en la web: [https://www.who.int › topics › risk_factors](https://www.who.int/topics/risk_factors)
36. Hemorragia: MedlinePlus en español. Disponible en la web: [https://medlineplus.gov › spanish › bleeding](https://medlineplus.gov/spanish/bleeding)
37. Acho M, SC. Salvador P, J. Díaz H, JA. Paredes S, JR. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un hospital nacional de Lima
38. Significado de gestante. Disponible en la web: <https://es.thefreedictionary.com/gestante>
39. Calendario del embarazo semana a semana (para Padres. Disponible en la web: [https://kidshealth.org › parents › pregnancy-calendar-intro-esp](https://kidshealth.org/parents/pregnancy-calendar-intro-esp)

ANEXOS

Código

fecha:..../..../.....

ANEXO 1

GUIA DE ENTREVISTA DE LAS CARACTERISTICAS GENERALES EN LAS GESTANTES EN ESTUDIO

TÍTULO DEL ESTUDIO: “Factores de riesgo Asociados en hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco – 2016”

EDUCACIONES. Apreciada embarazada en esta ocasión, le mostramos una guía de conversación concerniente a sus peculiaridades frecuentes, para el cual le solicitamos que reconozca con autenticidad a las interrogaciones que se va enunciar. Recuerda que esta conversación es desconocida. (Marque con una X el ítem que usted elija.

Elija una opción, la que a su cordura es la más recomendable)

Gracias por su colaboración.

A.- DATOS GENERALES DE LA GESTANTE.

I.- CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

1. ¿Qué edad tiene Usted?

- () < 15
- () De 16 a 25 años
- () De 26 a 34 años
- () >35 años

2. ¿Cuál es su procedencia?

- 1. Rural ()
- 2. Urbano ()
- 3. Urbano marginal ()

3. Raza:

- 1. Blanca ()
- 2. Mestiza ()
- 3. Negra ()

B.- DATOS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO

4. Paridad (Número de partos vaginales previos):.....

- () Nulípara
- () Primípara
- () Multípara

5. ¿Antecedente de hemorragia vaginal?

- 1. Si ()
- 2. No ()

6. Usted ingiere algunas sustancias como cocaína

- 1. Si ()
- 2. No ()

Código

fecha:..../..../.....

ANEXO 2

CUETIONARIO: FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIAS OBSTETRICAS

TÍTULO DEL ESTUDIO: “Factores de riesgo asociados a hemorragias en la segunda mitad del embarazo en las madres gestantes en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco – 2016”

INSTRUCCIONES. Apreciada EMBARAZADA en esta congruencia, le mostramos una INTERROGATORIO de conversación concerniente a **FACTORES DE RIESGO**. Recuerde que esta conversación es desconocida. (Marque con una X el ítem que usted elija. Elija una opción, la que a su cordura es la más recomendable)

Gracias por su colaboración.

I. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PLACENTA PREVIA :

1. ¿Tiene antecedentes de legrado uterino?

1. Si ()

2. No ()

2. ¿Usted tuvo cesárea anterior?

1. Si ()

2. No ()

3. ¿Cuántos años tiene su último hijo?

1. 1 año

2. 2 años

3. >3 años

4. ¿Usted tiene antecedentes de aborto?

1. Si ()

2. No ()

II. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA :

5. ¿Ustedes sufre de presión alta?

1. Si ()

2. No ()

6. ¿Usted tiene antecedentes de presión alta?

- 1. Si ()
- 2. No ()
- 7. ¿Usted tiene antecedentes de preeclampsia?**
 - 1. Si ()
 - 2. No ()
- 8. ¿Usted sufrió alguna caída o golpe durante su embarazo?**
 - 1. Si ()
 - 2. No ()
- 9. ¿Usted llevo a tomar ácido fólico antes de las 12 semanas de su embarazo?**
 - 1. Si ()
 - 2. No ()
- 10. ¿Usted tuvo ruptura prematura de membrana en su embarazo actual?**
 - 1. Si ()
 - 2. No ()

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A ROTURA UTERINA :

- 11. ¿Usted se ha realizado una cirugía uterina previa?**
 - 1. Miomas uterinas
 - 2. Quiste ovárico
 - 3. Ningunos
- 12. ¿Usted en el anterior embarazo presento trabajo de parto disfuncional?:**
 - 1. Si ()
 - 2. No ()
- 13. Durante su embarazo ¿Ha presentado cuadros de rotura uterina como sangrado vaginal profuso?**
 - 1. Si ()
 - 2. No ()
- 14. ¿Usted tiene antecedente de hijo macrosómico?**
 - 1. Si ()
 - 2. No ()
- 15. ¿Usted tiene pelvis estrecha?**
 - 1. Si ()
 - 2. No ()
- 16. ¿Tiene antecedentes de maniobras de Kristeller?**
 - 1. Si ()
 - 2. No ()

**ANEXO Nº 03
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES				
<p>Problema general :</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la placenta previa en gestantes que acuden al Hospital Hermilio Valdizan Medrano 2016?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestante que acuden al Hospital Hermilio Valdizan Medrano 2016?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la ruptura uterina en gestantes que acuden al Hospital Hermilio Valdizan Medrano 2016?</p>	<p>Objetivo general :</p> <p>Determinar los factores de riesgo asociados a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>1. Identificar los factores de riesgo asociados a la placenta previa en gestantes.</p> <p>2. Determinar los factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de la placenta en gestantes.</p> <p>3. Describir los factores de riesgo asociados a la ruptura uterina en gestantes.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>H1: Existen factores de riesgo asociados a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco – 2016</p> <p>H0: No existen factores de riesgo asociados a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco – 2016</p>					
			VARIABLE	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
			VARIABLE DEPENDIENTE				
			Factores de Riesgo asociados al embarazo en hemorragias	Factores de riesgo asociados a la placenta previa	Cualitativo	Si No	Nominal (dicotómica)
				Factores de riesgo asociados a desprendimiento prematuro de placenta	Cualitativo	Si No	Nominal (dicotómica)
				Factores de riesgo asociados a la ruptura uterina	Cualitativo	si no	Nominal (dicotómica)

TIPO DE INVESTIGACION	POBLACION Y MUESTRA	TÉCNICAS
<p>El presente estudio es de tipo cuantitativo, ya que se cuantifica los factores de riesgo asociados a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano.</p> <p>Diseño de estudio:</p> <p>De descriptivo simple probabilístico, observacional, prospectivo, transversal.</p> <div style="text-align: center;">  <p>TIEMPO</p> </div>	<p>Población:</p> <p>Estuvo conformada por 86 gestantes con diagnóstico de hemorragias en la segunda mitad del embarazo hospitalizadas durante el periodo agosto a noviembre del 2016 en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano.</p> <p>Tamaño de la muestra</p> <p>En concordancia con el tipo de investigación, los objetivos y el alcance de las contribuciones que se pretende hacer con el presente estudio, se utilizó el muestreo probabilístico aleatorio simple, para lo cual se determinó el tamaño de la muestra mediante la aplicación de la siguiente fórmula:</p>	<p>Para la recolección de datos:</p> <p>El método utilizado será la documentación, que constituye la técnica de recolección de datos básica y corresponden a los estudios retrospectivos donde es la única forma disponible de recopilar la información.</p> <p>Instrumentos.</p> <p>Ficha de recolección de datos: Socio demográfico a las usuarias del centro obstétrico del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- 2016. (Anexo 1) Este instrumento fue diseñado para conocer las características sociodemográficas, y obstétricas de la usuaria a investigar. Las usuarias que acudieron al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - 2016. (Anexo 2) este instrumento fue diseñado</p>

<p>Leyenda</p> <p>M: Historia clínica de gestantes</p> <p>O: Es la información de interés que recogemos de la muestra</p>	$n = \frac{Z^2 P Q N}{e^2(N - 1) + Z^2 P Q}$ <p>Por tanto, la muestra estuvo conformada por 71 usuarias que acuden al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco año 2016.</p>	<p>para evaluar los factores de riesgo de hemorragias obstétricas los cuales causaron complicaciones e incluso muertes.</p> <p>Análisis de datos</p> <p>Análisis descriptivo: La información obtenida con el instrumento de recolección de datos se analizó haciendo uso del Programa Estadístico SPSS Versión 25.0, y Excel 2013 para lo cual una vez confeccionada la base de datos, se procedió a realizar el análisis descriptivo de las variables en cuadros bidimensionales y gráficos de frecuencia.</p>
--	--	---