



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO CON HEMORRAGIAS
DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS
MONGE MEDRANO. 2023**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. LILIAN MHELANY LLANOS TUESTA

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA**

JULIACA - PERÚ

2024



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO CON HEMORRAGIAS
DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS
MONGE MEDRANO. 2023**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. LILIAN MHELANY LLANOS TUESTA

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA**

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

:


Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA


PRIMER MIEMBRO

:


M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ

SEGUNDO MIEMBRO

:


Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

ASESOR DE TEIS

:


Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – P06



**UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**

RESOLUCIÓN DECANAL N°1440-2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 05 de noviembre del 2024

Vistos: El Expediente N° 2024-CU 14289 el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO CON HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2023**

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad

SE RESUELVE

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de **OBSTETRA** del (la) bachiller) **LLANOS TUESTA LILIAN MHELANY** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes:

- * **Presidente** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA
- * **1er. Miembro** : M.Sc. MARÍA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ
- * **2do. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

- * **Asesor (a)** : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA : LUNES 11 DE NOVIEMBRE DEL 2024
HORA : 12:00 HORAS
LOCAL : Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud

TERCERO: Realizada la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por la Bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Obstetricia, la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.

DISTRIBUCIÓN:
 - Jurados (3)
 - Interesado (1)
 - Asesor de Tesis (1)
 - Archivo FCS 2024(1)

Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

 Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
 COP 2034
 DECANAL

**RESOLUCIÓN DECANAL N°1126 -2024-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 04 de setiembre del 2024

VISTOS:

El Informe N° 037-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de fecha 28 de agosto del egresado (a) **LLANOS TUESTA LILIAN MHELANY**; quien solicita la aprobación del Informe Final Titulado: **RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO CON HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO. 2023** conducente para optar el título Profesional de: **OBSTETRA**

CONSIDERANDO

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- * **Presidente** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACTORA
- * **1er. Miembro** : M.Sc. MARÍA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ
- * **2do. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

- * **Asesor (a)** : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

Estando la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento interno de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el **INFORME FINAL** de INVESTIGACIÓN, presentado por el (la) egresado (a) **LLANOS TUESTA LILIAN MHELANY**; para optar el Título Profesional de: **OBSTETRA** Con la Tesis Titulado: **RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO CON HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO. 2023**

ARTICULO SEGUNDO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la facultad de ciencias de la salud, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"
Facultad de Ciencias de la Salud
DECANA
JULIACA - PUNO
Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
COP 2034
DECANA

Distribución: Decanato, EP: Obstetricia, Secretaria Académica, Archivo.



RESOLUCIÓN DECANAL N°1019-2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 15 de agosto del 2024

VISTOS: Exp. 2024-CU-10367 presentada por el(la) egresado(a) **LLANOS TUESTA LILIAN MHELANY**, quien ha solicitado cambio del primer miembro y segundo miembro de la Propuesta de Investigación conducente para optar el título profesional de **OBSTETRA**

CONSIDERANDO: Que, según Resolución Decanal N° 580 -2024-D-FCS-UANCV, se aprueba la Propuesta de Tesis titulado: **RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO CON HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO. 2023** teniendo como jurados y asesor designados por la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, a los siguientes Docentes:

- * **Presidente** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATA CORA
- * **1er. Miembro** : M,Sc, MARÍA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ
- * **2do. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

- * **Asesor(a)** : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento de la Unidad de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Investigación ha emitido el **Oficio N°356-2024-UI-FCS-UANCV-J** solicitando la emisión de la resolución de cambio del primer miembro y segundo miembro por motivos que no cuentan con vínculo laboral con la UANCV; y,

Estando el informe favorable de la Dirección de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92 N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR EL CAMBIO DEL PRIMER MIEMBRO Y SEGUNDO MIEMBRO designados a él (la) egresado (a) **LLANOS TUESTA LILIAN MHELANY**, para la revisión de la propuesta de investigación titulado **RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO CON HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO. 2023** para optar al Título Profesional de **OBSTETRA** debiendo quedar a partir de fecha, de la siguiente manera:

- * **Presidente** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATA CORA
- * **1er. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- * **2do. Miembro** : M,Sc, MARÍA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ

- * **Asesor(a)** : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

* **SEGUNDO:** Disponer que los miembros del Jurado designados den continuidad al trámite de evaluación y calificación de la propuesta de tesis, borrador de tesis o sustentación de tesis, según sea el caso que se presente en cada expediente. Quedando válido en sus demás disposiciones la Resolución Decanal de aprobación de la propuesta de tesis, que se menciona en el considerando.

TERCERO: La Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Grados y Títulos, la Dirección de la Escuela Profesional de y la Secretaría Académica de la Facultad, quedan encargados de cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
COP 2034
DECANA

DISTRIBUCIÓN
Jurados,
EP. Obstetricia
UI, Interesados, Arch.
EVOI



RESOLUCIÓN DECANAL N°580-2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 26 de mayo del 2024

VISTOS: Exp. 2024-CU-5408 presentada por el(la) egresado(a) **LLANOS TIESTA LILIAN MHELANY** quien ha solicitado cambio del asesor jurado de la Propuesta de Investigación conducente a optar el título profesional de **OBSTETRA;**

CONSIDERANDO: Que, en la Resolución Decanal N°-203-D-FCS-UANCV, figura el título de la propuesta de la investigación. **RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO CON HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO. 2023** teniendo como Jurados designados por la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, a los siguientes Docentes:

- * **Presidente** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA
- * **1er. Miembro** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
- * **2do. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- * **Asesor** : Dra. GIULIANA BRIGITTE ZUÑIGA ZUÑIGA

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento de la Unidad de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Investigación ha emitido el **Oficio N° 198 2024-UI-FCS-UANCV-J** solicitando la emisión de la resolución de cambio del presidente, por motivos de Licencia.

Estando el informe favorable de la Dirección de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR EL CAMBIO DE ASESOR designados a él (la) egresado(a) **LLANOS TIESTA LILIAN MHELANY** para la revisión de la propuesta de investigación titulado: **RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO CON HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO. 2023** para optar al Título Profesional de **OBSTETRA** debiendo quedar a partir de fecha, de la siguiente manera:

- * **Presidente** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA
- * **1er. Miembro** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
- * **2do. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- * **Asesor** : Dra. ELIZABETH VARGAS ONFRE

* **SEGUNDO:** Disponer que los miembros del Jurado designados den continuidad al trámite de evaluación y calificación de la propuesta de investigación, borrador de tesis o sustentación de tesis, según sea el caso que se presente en cada expediente. Quedando válido en sus demás disposiciones la Resolución Decanal de aprobación de la propuesta de tesis, que se menciona en el considerando.

TERCERO: La Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Grados y Títulos, la Dirección de la Escuela Profesional de Obstetricia y la Secretaría Académica de la Facultad, quedan encargados de cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Elizabeth Vargas Onofre
Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
COP 2034
DECANA

DISTRIBUCIÓN
Jurados,
EP. Obstetricia
UI, Interesados, Arch.
EVO/

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 076-2024-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 12 de enero del 2024

VISTOS:

El Informe N° 003-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de la Propuesta de Investigación de fecha 02 de enero de la E.P. Obstetricia, folio 000007;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado(a): **LLANOS TUESTA LILIAN MHELANY** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO CON HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO. 2023** correspondiente a la línea de investigación: **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA;**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- * **Presidente** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA**
- * **1er. Miembro** : **M,Sc, MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ**
- * **2do. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 017-2024-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-NAR. D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR, la PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN, presentado por el (la) egresado(a) **LLANOS TUESTA LILIAN MHELANY**, para optar el Título Profesional de **OBSTETRA** titulado: **RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO CON HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO. 2023**

La Propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud, **Dra. GIULIANA BRIGITTE ZUÑIGA ZUÑIGA.**

ARTICULO TERCERO.- **DISPONER** que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

Universidad Andahuaylas Néstor Cáceres Velásquez
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
COP 2034
DECANA

Distribución: Decanato, EP: ENFERMERÍA, Secretaría Académica, Archivo.



RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO CON HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO. 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%

INDICE DE SIMILITUD

19%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

16%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

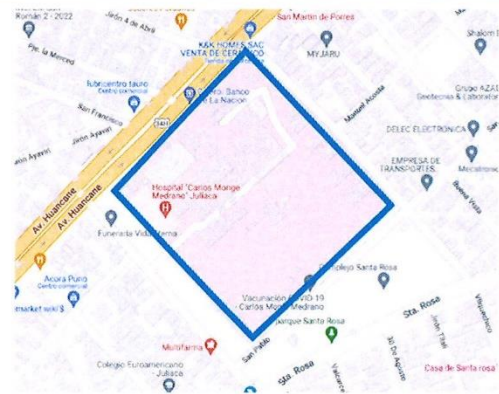
1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	13%
2	repositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.unica.edu.pe Fuente de Internet	<1%



Metadatos Complementarios

Título de la tesis	
RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO CON HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO. 2023	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	LILIAN MHELANY LLANOS TUESTA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	72179994
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0002-9017-8242
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	ELIZABETH VARGAS ONOFRE
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29216323
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-6401-9470
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02405808
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	MARÍA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02064784
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921



Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – P06
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Edificio: Hospital Carlos Monge Medrano País: Perú Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca Calle: Avenida Huancané Coordenadas Latitud: 15° 28' 54.757" S Longitud: 70° 7' 14.012" W URL Maps https://www.google.com/maps/d/edit?mid=1V7--ld6QMytCSgHxohP22igqDr8W47g&usp=sharing</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	mayo 2023 – setiembre 2023
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	<p>Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</p> <p>Salud Pública https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05</p>

UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CERRES VELASQUEZ
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[Firma]
 Dra. Maria Amparo del Pilar Chambi Catalora
 DIRECTORA
 UNIDADES DE INVESTIGACIÓN FCS



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo Lilian Mhelany Uanos Tuesta, identificado con DNI Nro. 72179994, en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
- Programa de Segunda Especialidad,
- Programa de Maestría o Doctorado

OBSTETRICIA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada:

RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO CON HEMORRAGIAS
DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBRAZO EN PACIENTES
ATENIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS RONGG
NEBRANO - 2023

Asesorado por: Dra Elizabeth Vargas Onofre

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 31 de Diciembre del 2024

Firma del Asesor (obligatoria)

Firma del Estudiante (obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

Consagro esta labor a la Divinidad, por otorgarme la facultad de arribar a este instante tan singular en mi existencia. Por los logros alcanzados y, primordialmente, por brindarme fortaleza en las coyunturas adversas que, gracias a ello, me han enseñado a estimar cada jornada con mayor profundidad. A mi progenitora, por ser el ser humano que me ha escoltado a lo largo de mi travesía académica y vital, infundiéndome estímulo y ternura abundante. A mi progenitor, quien con su sabiduría ha sabido orientarme para consumir mi itinerario profesional. A mi tía Rosario, quien en todo momento estuvo motivándome a convertirme en una destacada especialista y a confiar invariablemente en mis capacidades. A mi hermana que durante todos estos años a sido mi compañera de vida incondicional, pasando buenos y malos momentos.



AGRADECIMIENTO

A mi casa de estudios superior por brindarme la oportunidad de crecer académicamente y tener una educación de calidad.

Este, no habría sido factible sin el auxilio de diversas personas e instituciones a las cuales deseo expresar mi gratitud: a la comadrona Emperatriz Ocampo Portugal, por su asistencia en la recopilación de la información; a mi mentora, por su incesante orientación; y al Nosocomio Carlos Monge Medrano, por las concesiones otorgadas que me permitieron llevar a cabo esta indagación.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA..... iii

AGRADECIMIENTO..... iv

ÍNDICE GENERAL v

ÍNDICE DE TABLAS viii

ÍNDICE DE FIGURAS ix

RESUMEN x

ABSTRACT xi

INTRODUCCIÓN xii

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 1

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO 3

- Justificación teórica..... 3
- Justificación práctica..... 3
- Justificación metodológica 3

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 4

- Objetivo general..... 4
- Objetivos específicos..... 4

1.4. HIPÓTESIS..... 4

- Hipótesis general..... 4
- Hipótesis específicas..... 5



1.5. VARIABLES 5

1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 6

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación..... 7

2.2. Marco teórico 24

2.3. Marco Conceptual..... 40

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN..... 41

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN..... 41

3.3 MÉTODO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN 41

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA 42

3.5 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INVESTIGACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS 42

3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS 43

3.7 CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS 43

3.8 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO 43

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... 45

CONCLUSIONES..... 75



RECOMENDACIONES	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS	82
ANEXO 1. MATRIZ DE SISTEMATIZACION DE DATOS	83
ANEXO 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	88
ANEXO 3. INSTRUMENTO.....	89
ANEXO 4. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS.....	90
ANEXO 5. TABLAS DE CHI CUADRADO	94



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Enfermedades hipertensivas del embarazo y tipo de hemorragia de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el HCMM 2023	45
Tabla 2.	Infección urinaria y tipo de hemorragia de la segunda mitas del embarazo en pacientes atendidas en el HCMM 2023.....	48
Tabla 3.	Anemia y tipo de hemorragia de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el HCMM 2023.....	51
Tabla 4.	Edad gestacional y tipo de hemorragia de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el HCMM 2023.....	54
Tabla 5.	Patología de los anexos y tipo de hemorragia de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el HCMM 2023 ..	57
Tabla 6.	Edad y tipo de hemorragia de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el HCMM 2023.....	60
Tabla 7.	Paridad y tipo de hemorragia de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el HCMM 2023.....	63
Tabla 8.	Número de atenciones prenatales y tipo de hemorragia de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el HCMM 2023	66
Tabla 9.	Antecedentes obstétricos desfavorables y tipo de hemorragia de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el HCMM 2023	69
Tabla 10.	Tipo de hemorragia de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el HCMM 2023.....	72



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Enfermedades hipertensivas del embarazo y tipo de hemorragia de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el HCMM 2023 46

Figura 2. Infección urinaria y tipo de hemorragia de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el HCMM 2023..... 49

Figura 3. Anemia y tipo de hemorragia de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el HCMM 2023..... 52

Figura 4. Edad gestacional y tipo de hemorragia de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el HCMM 2023..... 55

Figura 5. Patología de los anexos y tipo de hemorragia de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el HCMM 2023 .. 58

Figura 6. Edad y tipo de hemorragia de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el HCMM 2023..... 61

Figura 7. Paridad y tipo de hemorragia de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el HCMM 2023..... 64

Figura 8. Número de atenciones prenatales y tipo de hemorragia de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el HCMM 2023 67

Figura 9. Antecedentes obstétricos desfavorables y tipo de hemorragia de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el HCMM 2023 70

Figura 10. Tipo de hemorragia de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el HCMM 2023..... 73



RESUMEN

Objetivo. Establecer la vinculación entre el riesgo obstétrico y las hemorragias de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrado (HCMM). 2023. **Material y métodos.** Indagación retrospectiva, transversal, no experimental y correlacional. Se examinaron 116 expedientes clínicos relativos a hemorragias ocurridas durante la segunda mitad de la gestación. La pesquisa se efectuó mediante un escrutinio documental. Los datos fueron compilados en un formulario de acopio de información y se procesarán utilizando el software SPSS versión 24. **Resultados.** Los elementos de alta amenaza obstétrica como: la preeclampsia en el 33.6% ($p=0.001$), la bacteriuria asintomática en el 26.7% ($p=0.05$), la anemia moderada en el 20.7% ($p=0.02$), la prematuridad en el 33.6% ($p=0.05$), y la patología de los anexos como la ruptura prematura de membranas 3.5% ($p=0.01$), si presentan conexidad con exsanguinaciones durante el segundo segmento de la gestación. Los determinantes de ínfima peligrosidad obstétrica tales como: senectud gestacional en el 29.3% ($p=0.05$), cuidados prenatales inferiores a 6 en el 62.1% ($p=0.05$), y antecedentes adversos de intervención quirúrgica pelviana uterina en el 16.4% ($p=0.05$), indudablemente se encuentran enlazados con las exsanguinaciones de la segunda fracción del embarazo. No se constató correlación con múltipara en el 81.9% de los eventos ($p > 0.05$). La hemorragia obstétrica del segundo lapso de la preñez más comúnmente atendida, en el 87.9% de los episodios, fue la placenta previa; en el 11.2%, el desenganche anticipado de la placenta normoinserta; y en el 0.9%, la disrupción uterina. **Conclusión.** La hemorragia más frecuentemente atendida en el HCMM es la placenta previa, la cual se encuentra asociada con factores de riesgo obstétrico tanto altos como bajos. La hipótesis formulada fue demostrada de manera parcial. **Palabras claves.** Riesgo obstétrico hemorragias segunda mitad embarazo.



ABSTRACT

Objective. To establish the link between obstetric risk and hemorrhages in the second half of pregnancy in patients treated at the Carlos Monge Medrado Hospital (HCMM). 2023. **Material and methods.** Retrospective, cross-sectional, non-experimental and correlational investigation. 116 clinical records relating to hemorrhages occurring during the second half of pregnancy were examined. The research was carried out by means of a documentary review. The data were compiled in an information collection form and will be processed using SPSS software version 24. **Results.** High obstetric risk factors such as: preeclampsia in 33.6% ($p=0.001$), asymptomatic bacteriuria in 26.7% ($p=0.05$), moderate anemia in 20.7% ($p=0.02$), prematurity in 33.6% ($p=0.05$), and pathology of the adnexes such as premature rupture of membranes 3.5% ($p=0.01$), are related to hemorrhages in the second half of pregnancy. Low obstetric risk factors such as: advanced maternal age in 29.3% ($p = 0.05$), prenatal care under 6 in 62.1% ($p = 0.05$), and unfavorable history of pelvic uterine surgery in 16.4% ($p = 0.05$), are indeed linked to hemorrhages in the second half of pregnancy. No association was found with multiparity in 81.9% of cases ($p > 0.05$). The most prevalent obstetric hemorrhage in the second half of pregnancy attended to, in 87.9% of cases, was placenta previa; in 11.2%, premature abruption of a normally inserted placenta; and in 0.9%, uterine rupture. **Conclusion.** The most frequently treated hemorrhage in the second half of pregnancy at HCMM is placenta previa, which is associated with both high and low obstetric risk factors. The hypothesis formulated was partially demonstrated.

Keywords. Obstetric risk hemorrhages second half of pregnancy.



INTRODUCCIÓN

El fin de esta indagación es Establecer la vinculación entre el riesgo obstétrico y las hemorragias de la segunda mitad del embarazo en individuos tratados en el HCMM. 2023.

La hemorragia de la segunda mitad del embarazo es un tema poco estudiado en nuestro medio y de frecuente presentación en el HCMM.

En una indagación dada en Ecuador por Pillajo J., se observó que el 70% de los seres pasaron por hemorragias, mientras que el 30% ocurrieron en el segundo trimestre. Las causas predominantes fueron el aborto incompleto, con un 38%, y la placenta previa, con un 19%, respectivamente. (1)

En Cusco, Baca S. descubrió que, entre las dolientes con exudaciones sanguíneas en la fracción postrera de la gravidez, el 64.89% obtuvieron vigilancia prenatal monitoreada. El 53.19% de las afectadas había experimentado dos preñeces. Las etiologías de las efusiones hemáticas fueron, en un 61.71%, placenta velada, y en un 25.53%, escisión anticipada del lecho placentario. Las complicaciones incluyeron anemia en el 25.53% de los casos y cesárea de urgencia en el 85.10%. (2)

Indagación retrospectiva, transversal, no experimental y conexional. Se escrutaron 116 archivos clínicos de hemorragias durante el segundo periodo gestacional; la pesquisa efectuada se llevó a cabo mediante una exégesis documental. Los datos fueron obtenidos utilizando una cédula de acopio de información y posteriormente se procesarán empleando el software SPSS versión 24.



La tesis está segmentada en un marco conformado por 4 capítulos. Capítulo I se abordaron las características generales del problema de investigación, como el planteamiento del problema, la justificación del estudio, el título y objetivo de la investigación, la hipótesis y las variables. Capítulo II se explicó el marco teórico, los antecedentes de la investigación, el marco teórico y el marco conceptual. Capítulo III se presentó lo referente al procedimiento metodológico de la investigación, específicamente el: diseño, tipo, método, población, muestra, técnicas y plan de recolección, para realizar la prueba de hipótesis, validez y confiabilidad del instrumento; Capítulo IV se mostraron los resultados y la discusión de las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y finalmente anexos.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Descripción del problema

A nivel internacional:

En un estudio internacional realizado en Colombia. Los elementos predisponentes más prevalentes resultaron ser la ocurrencia de ≥ 4 gestaciones (64,70%), edad materna superior a 35 años (29,41%), y preámbulos de malparto fortuito (29,41%). La afección materna predominó sobre la fetal: tres dolientes requirieron transfusión de hemocomponentes, y en un caso fue ineludible realizar una histerectomía parcial, mientras que no se consignaron adversidades perinatales, salvo por la ocurrencia de un óbito fetal. (1)

A nivel nacional:

En un estudio Nacional en Cusco Baca S. Encontró En individuos gestantes con efusiones sanguíneas en la segunda fase de la preñez cuya asistencia prenatal se mantuvo bajo escrutinio en un 64.89%, el 53.19% experimentó dos embarazos: las etiologías del sangrado comprendieron placenta oclusiva en



un 61.71%, desinserción placentaria prematura en un 25.53%; las secuelas incluyeron hipocromía en un 25.53% y laparotomía urgente en un 85.10%. (2)

A nivel regional:

A nivel Regional en puno. Mamani V. C.,Ticahuanca S. Los hallazgos evidencian que en el rango etario de 21 a 39 años, se documentaron casos de DPP en 66 ocasiones (41.8%); los vicios perniciosos, como la ingesta etílica, se asociaron con DPP en 88 instancias (55.7%); la hipertensión se confirmó como un elemento de amenaza en 88 casos (55.7%), y los traumas fueron identificados en 91 eventos (57.6%), respectivamente. (3)

1.1.2 Formulación del problema

- Problema general.

PG. ¿Cuál es la relación entre el riesgo obstétrico y las hemorragias de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano. 2023?

Problemas específicos.

PE1. ¿Cuáles son los factores de alto riesgo obstétrico relacionados con hemorragias de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano?

PE2. ¿Cuáles son los factores de bajo riesgo obstétrico relacionados con hemorragias de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano?



PE3. ¿Cuáles son las hemorragias de la segunda mitad del embarazo atendidas con mayor frecuencia en pacientes que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano?

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

- **Justificación teórica.**

El propósito de esta indagación fue Establecer la vinculación entre el riesgo obstétrico y las hemorragias de la segunda mitad del embarazo en individuos tratados en el Hospital Carlos Monge Medrano 2023.

Este tipo de mal es un tema poco estudiado en nuestro medio y de frecuente presentación en el Hospital Carlos Monge Medrano.

- **Justificación práctica.**

Los hallazgos de esta indagación constituyen una contribución significativa para un entendimiento más profundo de las efusiones sanguíneas y de los grados de riesgo obstétrico en las mujeres que las experimentan. Resultan útiles para el personal sanitario a fin de delinear estrategias profilácticas para prevenir hemorragias en mujeres con factores de alto riesgo y gestionar cada situación conforme a la severidad específica de cada caso.

- **Justificación metodológica**

Se examinaron 116 expedientes clínicos de casos de efusiones sanguíneas en la segunda fase del embarazo, gestionados en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el período de 2022 a 2023. La indagación se ejecutó por



escrutinio documental de nivel relacional. Los datos se compilaron utilizando una cédula de acopio de información y se procesaron con el SPSS V. 24.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- **Objetivo general.**

OG. Determinar la relación entre el riesgo obstétrico y las hemorragias de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano. 2023.

- **Objetivos específicos.**

OE1. Señalar los factores de alto riesgo obstétrico relacionados con hemorragias de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano.

OE2. Identificar los factores de bajo riesgo obstétrico relacionados con hemorragias de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano.

OE3. Analizar las hemorragias de la segunda mitad del embarazo atendidas con mayor frecuencia en pacientes que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano.

1.4. HIPÓTESIS

- **Hipótesis general.**

HG. La hemorragia de la segunda mitad del embarazo que se atiende con mayor frecuencia en el Hospital Carlos Monge Medrano es la placenta previa y está relacionado con alto riesgo obstétrico.



- Hipótesis específicas.

HE1. Los factores de alto riesgo obstétrico como: la preeclampsia, la pielonefritis, la anemia moderada y la prematuridad si están relacionados con hemorragias de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano.

HE2. Los factores de bajo riesgo obstétrico como: edad materna avanzada, multiparidad, atenciones prenatales menor de 6 y antecedente desfavorable de hemorragias si están relacionados con hemorragias de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano.

HE3. La hemorragia obstétrica de la segunda mitad del embarazo atendida con mayor frecuencia es la placenta previa.

1.5. VARIABLES

Variable 1. Riesgo obstétrico

Variable 2. Hemorragias de la segunda mitad del embarazo.



1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORES
Variable 1 1. Riesgo obstétrico	1.1 Alto	1.1.1 Enfermedades hipertensivas del embarazo	a) Preeclampsia b) Eclampsia c) Síndrome de HELLP d) Ninguna
		1.1.2 Infección urinaria	a) Bacteriuria asintomática b) Pielonefritis c) No presentó
		1.1.3 Anemia	a) Mínima (10.0-10.9 g/dl) b) Media (7.0-9.9 g/gl) c) Grave (<7.0 g/dl) d) Normal (11 g/dl a más)
		1.1.4 Edad gestacional	a) < 37 semanas (pretérmino) b) 37 a 41 (a término) c) 42 a más (postérmino)
		1.1.5 Patología anexos	a) Oligohidramnios/RPM b) Circulares de cordón c) Ninguna
	1.2 Bajo	1.2.1 Edad	a) < 20 años (adolescentes) b) 20 a 35 años (adecuada) c) 36 a más (añosas)
		1.2.2 Paridad	a) Primípara (1 parto) b) Multípara (2 a 4 partos) c) Gran multípara (5 a más partos)
		1.2.3 Número de atenciones prenatales	a) Ninguno b) 1 a 5 c) 6 a 13
		1.2.4 Antecedentes obstétricos desfavorables	a) Hemorragias b) Cirugía uterina c) prematuros d) Ninguno
Variable 2 2. Hemorragias de la segunda mitad del embarazo		2.1 Tipo de hemorragia	a) Placenta previa b) DPPNI c) Rotura uterina



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

A nivel internacional.

Torres, et al. (1) La Placenta previa: factores de riesgo e impacto en la morbilidad materno-perinatal en Bogotá, Colombia. , 21-30. 2022.

Finalidad. Elucidar los elementos predisponentes de la envoltura corial anticipada en un conglomerado de preñadas asistidas en la demarcación de Bogotá D.C., Colombia, así como su incidencia en la morbilidad y letalidad materno-perinatal.

Instrumentos y procedimientos. Investigación de naturaleza descriptiva y retrospectiva. Se contemplaron 17 mujeres en estado de gravidez diagnosticadas con placenta previa que ingresaron entre los años 2013 y 2017 a la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico de un nosocomio de jerarquía terciaria. Se fisgonearon los archivos terapéuticos para recabar datos concernientes a factores predisponentes y particularidades clínico-sociodemográficas. En el escrutinio descriptivo, para las magnitudes de naturaleza cuantitativa, se calcularon medias y fluctuaciones estándar, mientras que, para las cualitativas, se determinaron frecuencias absolutas y proporcionales.



Hallazgos. Los elementos predisponentes más prevalentes fueron haber cursado con ≥ 4 gestaciones (64.70%), edad materna superior a 35 años (29.41%) y antecedente de interrupción gestacional previa (29.41%). La morbilidad en la progenitora superó a la del feto: 3 mujeres requirieron transfusión de derivados hemáticos y otra precisó de histerectomía subtotal, sin que se documentaran contratiempos perinatales, con la excepción de un óbito fetal intrauterino.

Deducciones. Haber experimentado ≥ 4 gestaciones, poseer una edad materna que exceda los 35 años, y contar con antecedentes de sucesos gestacionales fueron los agentes predisponentes más corrientes; asimismo, la magnitud de infortunios materno-perinatales se mostró ajena al tipo de placenta velada. Distinguir a las preñadas con inclinación exacerbada a desarrollar esta afección, a través de la detección prematura de dichos factores, posibilita brindarles un manejo galénico más idóneo, que ayuda a reducir las enfermedades y muertes en las madres y sus bebés.

Cuzco, et al. (4) Hemorragia de la Segunda Mitad del Embarazo en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, Chimborazo, Ecuador 2017-2018.

Propósito: constatar la incidencia y discernir los elementos predisponentes, síntomas clínicos y comorbilidades más prevalentes de la hemorragia acaecida durante la segunda mitad del período gestacional.

Métodos: indagación de tipo descriptivo y seccional, en la cual se escrutaron los expedientes médicos de las parturientas con exudación sanguinolenta



propia de la fracción ulterior de la preñez, asistidas en el HPGDR durante el lapso comprendido entre junio de 2017 y junio de 2018.

Hallazgos: De un cúmulo global de 3,460 gestantes asistidas, el 0.49% (n = 17) satisfizo los criterios para exudación hemática durante la fracción final del periplo gravídico, con una edad media de 29 primaveras (desviación estándar = 7), una media de 36 semanas de gestación (desviación estándar = 5) y, en su mayoría, fueron féminas pluríparas. El despegue de placenta normoinsera despuntó como la dolencia dominante causante del derrame sanguíneo, mientras que el malestar abdominal se erigió como el síntoma principal; en la mayor parte de los episodios, no se detectaron otras comorbilidades obstétricas asociadas.

Epílogo: En el Hospital Provincial Docente General de Riobamba se atendieron pocos casos de pérdida de líquido en la última etapa del embarazo entre junio de 2017 y junio de 2018. La mayoría de las veces, esto se debía a que la placenta, que debería estar adherida en un lugar determinado, se desgarraba.

Mendoza, (5). Incidencia y factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes hospitalizadas en El Hospital Obrero N° 2 En El Período 2020–2022.

Finalidad general: Establecer la frecuencia y los elementos de susceptibilidad vinculados respecto a la placenta velada en féminas encintas que fueron ingresadas en la subdivisión de Ginecología y Obstetricia del Nosocomio Obrero N°2, durante el intervalo delimitado entre los calendarios de 2020 y 2022.



Método: En la presente indagación, que comprende la totalidad de los episodios de placenta velada consignados en el departamento de Ginecología y Obstetricia, se empleará un abordaje de corte observacional, con carácter descriptivo, retrospectivo y transversal.

Resultado: Se dispone de un cúmulo de 138 grávidas que accedieron, fueron internadas y que, en su totalidad, finalizaron su periodo gestacional mediante vía alta: Cesárea, en la sección de tocología del agregado íntegro de la muestra recabada se derivan los siguientes índices de incidencia: Esta anomalía se manifiesta en el 2,35 % de los eventos. De cada centenar de cesáreas, aproximadamente 2 (2,35) fueron debidas a placenta previa.

Conclusión: En términos generales, se corrobora que existen elementos predisponentes vinculados a placenta previa y que tal frecuencia coincide con lo consignado en la bibliografía. Los elementos de riesgo conexos, con significación estadística para placenta previa, incluyeron a las pacientes multíparas, más el antecedente de una cesárea previa o el antecedente de un aborto resuelto mediante Legrado Uterino Instrumental (LUI), además de la edad materna, entre los aspectos más destacables que se evidencian en la presente indagación.

Acuña, et al. (6) Trastornos hipertensivos en el embarazo con infección urinaria 2019.

Finalidad: discernir la prevalencia de las afecciones hipertensivas gestacionales en pacientes aquejadas por una ITU en los nosocomios en Colombia



Instrumentos y procedimientos: cohorte de mujeres embarazadas que acudieron a urgencias con ITU, quienes precisaron terapia internada y posterior observación para determinar la manifestación de afecciones hipertensivas. La frecuencia de dichas afecciones se expone con base en tasas de incidencia acumulada, así como en función de la incidencia correspondiente a cada estrato específico de severidad de la ITU. Hallazgos: Un total de 138 gestantes cumplieron con los parámetros establecidos, con una edad promedio de 25 años (rango intercuartílico: 21-29), de las cuales el 42% transitaba su primera gestación. El patógeno más frecuentemente identificado fue *Escherichia coli*. La tasa de aparición de desórdenes hipertensivos ascendió al 21,7%. La afección predominante fue la preeclampsia, mientras que el subtipo de ITU más comúnmente detectado se manifestó la presencia de microbios en la orina sin señales evidentes (35,5%). Coda: La incidencia de afecciones tensionales exacerbadas en féminas embarazadas con contaminación del aparato excretor alcanzó el 21,7%. Es apremiante escudriñar las afecciones del entramado urinario durante la preñez como probables factores desencadenantes de toxemia gravídica.

Reyes, (7) Perfil epidemiológico y factores de riesgo de parto prematuro, en pacientes del servicio de ginecoobstetricia del hospital general Ambato del less (Bachelor's thesis).2023.

El alumbramiento anticipado se describe como la ocurrencia de contracciones uterinas persistentes que se presentan, al menos, una vez cada decena de minutos, provocando la dilatación o adelgazamiento del cérvix antes de finalizar las 37 semanas. (7)



En el presente estudio se constató que, en relación al intervalo etario, la mayor prevalencia corresponde a mujeres de entre 21 y 34 años (67%). Se procede a integrar la formulación de la cuestión central, que es la siguiente: ¿Cuáles son las características nosológicas y los elementos predisponentes de los alumbramientos anticipados en las pacientes del sector ginecoobstétrico del Hospital General de Ambato del IESS? La vertiente investigativa orbita en torno a la sanidad pública, con un interés enfocado en la nosoestadística. El método implementado conjuga abordajes cualitativos y cuantitativos. La proyección del estudio es de índole expositivo y funcional, bajo una modalidad de pesquisa in situ.

Se llevó a cabo una indagación con el personal sanitario del hospital, la cual reflejó una administración competente en cuanto a la detección y manejo de los alumbramientos prematuros. Para el tratamiento de los datos, se empleó el sistema AS400, seguido de su sistematización en Microsoft Excel. En el año 2022, de las 470 gestantes analizadas, 350 transitaron embarazos sin sobresaltos, mientras que 150 experimentaron alumbramientos adelantados. A modo de colofón, se reveló una considerable prevalencia de elementos de riesgo; entre los más habituales destacan: infecciones (37%), preeclampsia emergente (25%) y sangrados (19%). En cuanto a la severidad de los nacimientos prematuros, se advirtió que la mayoría de los episodios (49%) correspondieron a partos anticipados.

A nivel nacional.

Baca, (2) Complicaciones maternas en pacientes con diagnóstico de hemorragia en la segunda mitad del embarazo atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2021.



Este estudio analiza a mujeres que, en la última parte del embarazo, tuvieron problemas de sangrado. El objetivo es comprender mejor los problemas que podrían enfrentar estas madres. La investigación utiliza números para recopilar datos, analiza información anterior y tiene como objetivo describir lo que está sucediendo.

Hallazgos: La franja etaria comprendida entre los 19 y 34 años abarcó el 59,58% de los casos; el nivel de instrucción secundaria se presentó en el 56,38%; el estado civil de conviviente fue observado en el 58,51%; amas de casa constituyeron el 55,32%; la vigilancia prenatal se llevó a cabo en un 64,89% de las gestantes; el 53,19% había experimentado dos embarazos previos. La mayoría de las veces, el sangrado se debía a la placenta previa o a que la placenta se desprendía demasiado pronto. También había muchos otros problemas, como problemas de coágulos sanguíneos, shock por la pérdida de mucha sangre, problemas respiratorios, insuficiencia renal, insuficiencia hepática y el útero no se contraía como debía. Muchas mujeres tenían niveles bajos de hierro en sangre y la mayoría necesitaba una cesárea. En algunos casos, los médicos tuvieron que extirpar el útero y, lamentablemente, algunas pacientes fallecieron. La actuación obstétrica incluyó el registro exhaustivo de signos vitales en el 64,89% de los casos; la colocación de doble catéter venoso se documentó en un 8,51%; la evaluación clínica se consignó en el 100% de las pacientes. Se llevó a cabo una vigilancia materno-fetal rigurosa en el 64,89%, el control de hemorragia vaginal fue registrado en un 54,26%, y el balance de líquidos se anotó en el 85,11%. En un 96,81% se solicitaron análisis de laboratorio, mientras que la petición de



un depósito de sangre ocurrió en el 4,13%. Además, la preparación para la sala de operaciones se consignó en el 85,10% de los casos.

Fernández, (8) Características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos 2020.

Meta. Establecer las particularidades sociales y biomédicas de las grávidas con diagnóstico de exudación del tercer tercio gestacional atendidas en el nosocomio II Huamanga Carlos Tupppia García Godos durante el ciclo anual de 2018.

Procedimiento. Para el estudio, nos fijamos muy de cerca en todo. Fue un estudio en el que se observó cómo sucedieron las cosas, se analizaron los eventos pasados y se compararon diferentes grupos al mismo tiempo. Empezamos con una idea sencilla y prestamos mucha atención a los detalles. Nos centramos en las mujeres embarazadas en sus últimos tres meses que tuvieron problemas de sangrado y que fueron atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos en 2018. Los registros del hospital mostraron que había 24 mujeres embarazadas en este grupo. Las incluimos a todas en nuestro estudio. La táctica empleada consistió en el escrutinio documental, mientras que el artefacto utilizado para la recopilación de información fue la ficha de acopio de datos. Hallazgos. La cronología gestacional media en la primera consulta prenatal fue de 11,17 semanas, y el 75% de las gestantes presentó una cronología gestacional igual o inferior a 13,75 semanas durante su primera consulta prenatal. La cuantía de consultas prenatales al momento de manifestarse la exanguinación registró un promedio de 5.46 visitas, con un 50% de las pacientes habiendo recibido más de 6



consultas antes de la aparición de la hemorragia del tercer tercio de la gestación. La edad media de las gestantes que experimentaron sangrado en el tercer trimestre fue de 30.83 años, con un 50% superando los 31.5 años, y el 75% sobrepasando los 26 años al momento del episodio hemorrágico. La mitad de las pacientes (12) presentaron antecedentes de pérdida gestacional. De cada 100 bebés nacidos, 42 eran madres primerizas, 21 habían tenido un hijo antes y 38 habían tenido dos o más hijos. Entre las madres que sangraron en la última parte de su embarazo, su nivel promedio de hierro en sangre fue de aproximadamente 10,9, y la mitad tenía niveles superiores a 11,2. Las madres que sangraron en los últimos tres meses de embarazo generalmente medían alrededor de 1,55 metros y pesaban alrededor de 59 kilogramos antes de quedarse embarazadas. Además, 71 de cada 100 madres que sangraron más tarde en su embarazo tenían un índice de masa corporal normal antes de quedarse embarazadas; el 21% (5) presentaron exceso ponderal conforme al índice de corpulencia pregestacional, y el 8% (2) manifestaron adiposidad, según el mismo indicador de masa corporal. Inferencias. Las particularidades sociológicas que prevalecieron incluyeron: origen ciudadano, ocupaciones profesionales, cohabitación sin vínculo matrimonial formal, culminación de formación académica superior, primera consulta prenatal antes de las 14 semanas de gestación, y más de 6 revisiones prenatales. Las propiedades biomédicas dominantes fueron: mayoría con edad superior a 26 años, historial de interrupciones gestacionales previas, condición de nuliparidad o multiparidad, y un índice de corpulencia pregravídico dentro de los parámetros estándar.



Mayorca, (9) Hemorragias obstétricas en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2021.

El propósito de la investigación fue establecer hemorragias obstétricas en las mujeres embarazadas tratadas en el centro médico Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2020. Utiliza sinónimos poco comunes y extravagantes con frecuencia.

El enfoque metodológico: Estudio de carácter descriptivo, de observación, retrospectivo y transversal; nivel y estructura descriptiva. El grupo de estudio estuvo compuesto por 222 mujeres embarazadas con diagnóstico de sangrado durante el parto, selección al azar sencilla. Los desenlaces: Las mujeres que han tenido problemas de sangrado durante el embarazo son en su mayoría jóvenes, un 17,6% son adolescentes y un 61,7% son adultas jóvenes. Solo un 15,3% son mayores. En cuanto a la educación, un 22,5% terminó solo la escuela básica, un 68% fue a la escuela secundaria y un 9,5% a la universidad. La mayoría de estas mujeres, un 64,9%, viven en pareja, un 19,8% están casadas y un 15,3% son solteras. Muchas viven en la ciudad, alrededor del 56,3%, mientras que un 43,7% vive en el campo. Una gran mayoría, un 88,7%, se ocupa de su hogar, un 6,8% aún está estudiando y un 4,5% tiene trabajo. Las particularidades del parto son las siguientes: presenta PIG corto 68,0%, PIG adecuado 9,0% y PIG largo 23,0%; APN apropiada 32,9% e inapropiada 67,1%; madres primerizas 25,2%, madres con varios hijos 62,2% y madres con muchos hijos 12,6%. Durante la gestación, se presentaron sangrados obstétricos como: riesgo de interrupción del embarazo en un 41,9%, placenta previa en un 29,4% y desprendimiento prematuro de placenta en un 28,7%. Durante el proceso de dar a luz, se presentaron



sangrados obstétricos como desgarro en el cuello uterino en un 25,0%, desgarro en la vagina en un 25,0% y desgarro en el área perineal en un 25,0%. Las pérdidas de sangre en el posparto se presentaron de la siguiente manera: Debilidad uterina 67,2%, Conservación de fragmentos placentarios 29,4%, placenta pegajosa 1,7% y placenta invasiva 1,7%. La cantidad de sangrados durante el embarazo alcanzó el 72,1%, durante el parto fue del 1,8% y en el posparto fue del 26,1%. La frecuencia de los sangrados durante el parto fue del 11,8%. El desenlace: Las principales pérdidas de sangre en las mujeres embarazadas fueron; Riesgo de aborto, Placenta adelantada, DPP, falta de contracción uterina, retención de fragmentos placentarios y desgarros durante el parto.

Martínez, Rojas. (10). Características de las gestantes con placenta previa, atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica, 2023.

Establecer si la presencia de placenta previa y la cantidad de cesáreas previas constituyen elementos predisponentes para la aparición de placenta ácreta.

Materiales y procedimientos: Se llevó a cabo un análisis retrospectivo observacional y analítico mediante la revisión de 142 expedientes médicos, dividiendo a las gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo en 71 casos y 71 controles. Se elaboraron tablas cruzadas con los datos recopilados para llevar a cabo un análisis bivariado y calcular el Odds ratio con un intervalo de confianza del 95%. Además, se examinó la influencia de las variables independientes y su relación a través de un análisis multivariado de regresión logística. Hallazgos: Instrucciones del usuario: emplea sinónimos poco comunes y peculiares en exceso La información recopilada fue analizada en esta investigación. La edad avanzada de la madre



con una frecuencia del 58%, el embarazo con dos gestaciones 20%, y más de tres gestaciones 77% ($p < 0,001$) fueron factores que influyeron asociados a placenta ácreta examinados en este estudio que predominaron en el grupo de casos, al igual que la presencia de al menos un aborto con 37%, dos abortos 13% ($p = 0,049$) y procedimientos de legrado uterino con 24% en el grupo de casos versus 11% en el grupo de control ($p = 0,047$). La placenta previa fue encontrada en el 78% de los casos analizados ($p = 0,001$ OR IC 95%=3,43), mientras que el historial de dos cesáreas ($p = 0,001$ OR 12.128 IC 95%=4.178-35.205) y tres cesáreas ($p = 0,001$ OR 14.035 IC 95%=3.424-57.534) se identificaron como factores de riesgo independientes para el acretismo placentario en este estudio. El estudio analizó cómo las cesáreas, cuando una mujer ha tenido más de dos, y una afección llamada placenta previa, pueden aumentar la probabilidad de que se produzca un problema grave llamado placenta invasiva. Descubrieron que si la placenta se adhiere demasiado a la pared del útero, hay un 73 % de probabilidades de que haya problemas, pero esto solo le ocurrió al 10 % de las personas que no tenían este problema de adherencia. Básicamente, tener placenta previa o más de dos cesáreas aumenta la probabilidad de que este problema de adherencia se produzca por sí solo. Y si una persona tiene ambas cosas, su riesgo aumenta aún más en comparación con las personas que solo tienen uno de los problemas o que solo tuvieron una cesárea.

Lázaro,(11) Factores relacionados al desprendimiento prematuro de placenta, hospital Victor Ramos Guardia, Huaraz, 2023.



El propósito principal consistió en determinar los elementos vinculados al desprendimiento anticipado de la placenta. Utiliza sinónimos poco comunes y extravagantes con frecuencia.

Se planteó la suposición de que los elementos sociodemográficos, biológicos y obstétricos guardan una conexión importante con la separación temprana de la placenta. Investigación con un enfoque numérico, descriptivo, de relación, transversal y no de experimentación. Se empleó el formulario para recopilar información, utilizando el software estadístico SPSS versión 26.00. Se llevó a cabo una confrontación de supuestos mediante el examen Qui-Cuadrado. Hallazgos: Instrucciones del usuario: emplea sinónimos poco comunes y peculiares con frecuencia. La exhibición consistió en 92 situaciones con diagnóstico de DPP. Variables sociodemográficas: Un 32,6% ($p=0,029$) del conjunto mostró edades entre 20 y 24 años, el 54,3% ($p=0,001$) provienen de zonas rurales y el 63% ($p=0,00$) tienen educación secundaria. Elementos biológicos: Un 67,4% ($p=0,002$) muestran costumbres dañinas, un 51,1% ($p=0,034$) tienen escasa masa corporal, un 52,2% ($p=0,003$) tienen historial de presión arterial elevada y un 60,9% ($p=0,028$) experimentaron tensión. Variables obstétricas: Un 72,8% ($p=0,027$) de las mujeres embarazadas han tenido más de un parto; un 66,3% ($p=0,003$) tenían historial de DPP, un 63% ($p=0,00$) no presentaban miomas, un 51,1% ($p=0,032$) no sufrieron lesiones, y un 75% ($p=0,18$) experimentaron hipertensión arterial durante el embarazo. Terminando por afirmar que los elementos sociodemográficos, biológicos y obstétricos guardan una conexión estadísticamente relevante con el DPP, Centro Médico Víctor Ramos Guardia, Huaraz.



A nivel regional.

Mamani y Tichahuanca. (3). Factores asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca del año 2022.

Meta: Delucidar los elementos concomitantes al desasimiento anticipado de la placenta en mujeres grávidas del nosocomio.

La muestra estuvo compuesta por 158 mujeres gestantes, utilizando la técnica de acopio de información mediante 14 interrogantes. Los hallazgos revelan que, en el rango etario de 21 a 39 años, se presentó el desprendimiento prematuro de placenta (DPP) en 66 casos (41,8%); los hábitos perniciosos, como la ingesta de etanol, se manifestaron en 88 casos con DPP (55,7%); la hipertensión arterial fue identificada como un elemento de riesgo en 88 casos (55,7%); y el trauma se observó en 91 casos (57,6%). En resumen, se encontró que las características vinculadas a la separación temprana, como ser más joven, tomar riesgos, tener presión arterial alta y pasar por traumas, son más comunes en personas con depresión posparto (DPP).

Pacori. (12). Factores obstétricos asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Manuel Núñez Butrón 2020.

Propósito: En el Hospital Manuel Núñez Butrón, el objetivo era averiguar si ciertos factores del embarazo pueden provocar una afección llamada placenta previa en las mujeres embarazadas que acuden allí.

El estudio fue un estudio retrospectivo, en el que no cambiaron nada, solo observaron. Observaron a 35 mujeres que tenían placenta previa. Por cada mujer con esta afección, también analizaron el caso de otra mujer, teniendo en cuenta el sexo del bebé. Usaron algunos cálculos (chi-cuadrado y razón



de probabilidades, OR) para comprender más. La mayoría de las mujeres del estudio, alrededor del 67%, terminaron la escuela secundaria, alrededor del 21% tenía más que la educación secundaria y aproximadamente el 11% solo había terminado la escuela primaria. La edad promedio de estas mujeres era de casi 30 años. Un 68,6% de las participantes eran convivientes, un 17,1% casadas, y un 14,3% solteras. Respecto al peso antes de la gestación, un 42,9% presentaba sobrepeso, un 32,9% tenía peso normal, un 17,1% obesidad y un 7,1% bajo peso. El 35,7% padecía anemia materna, el 61,4% eran multíparas, el 24,3% había tenido cesárea previa, el 37,1% había experimentado un aborto anterior, el 30,0% tuvo un intervalo intergenésico breve, y el 24,3% contaba con antecedentes de placenta previa. Las variables: multiparidad (OR 4.008; IC95% 1.42-11.24; $p=0.007$), cesárea anterior (OR 4.58; IC95% 1.31-153.93; $p=0.012$), y el antecedente de placenta previa (OR 2.94; IC95% 2.02-4.28; $p=0.0001$) se identifican como factores obstétricos vinculados a la placenta previa. Conclusiones: La multiparidad, el antecedente de cesárea y la historia de placenta previa se establecen como factores asociados a la aparición de placenta previa.

Quispe, (13) Anemia en el tercer trimestre asociada a complicaciones maternas y perinatales de la gestación en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca del año 2023.

Propósito: Establecer la relación entre la falta de hierro en la etapa final del embarazo y los problemas de salud de la madre y el bebé en mujeres embarazadas tratadas en el Hospital Central de Maternidad y Neonatología.

Utiliza sinónimos poco comunes y peculiares con frecuencia.



Procedimientos y Componentes: Instrucciones del usuario: utiliza sinónimos poco comunes y peculiares en exceso la amplitud de esta investigación se centra en un enfoque explicativo de diseño de observación, retrospectivo y analítico de tipo casos y controles, con una muestra de 91 casos y 91 controles. En el estudio bivariado, se aplicó el test de chi cuadrado y también el OR, se empleó el análisis de regresión logística para evaluar la capacidad predictiva del modelo y también el OR ajustado. Hallaron relación entre las dificultades de la madre y la falta de hierro en la etapa final del embarazo con un OR de 2.071 (IC 95% 1.09-3.93), así como la ruptura anticipada de las membranas (IC 95% 1.09-5.87). En los datos previos de la población, la edad de la futura madre se relacionó con la ruptura temprana de las membranas (OR 2.521 [1.023-6.654]) y el problema en el momento del parto (OR 0.513 [0.269- 0.978]). En los historiales médicos previos, la atención médica durante el embarazo se relacionó con problemas de salud de la madre (OR 2.502, [1.319-4.747]), complicaciones en el momento del nacimiento, parto prematuro (OR 5.2 [2.143-12.619]), bebés con bajo peso al nacer (OR 3.391 [1.406-8.180]) y puntuaciones bajas en el test de Apgar a los 5 minutos (OR 3.272 [1.400-7.645]). En resumen: Se descubrió una relación entre la falta de hierro en la sangre y los problemas de salud de la madre durante el embarazo, la ruptura temprana de las membranas. En cuanto a la información sobre el perfil social y económico de la futura madre, se observó que la edad de la mujer embarazada estaba vinculada a la rotura prematura de las membranas. Respecto a los datos relacionados con embarazos anteriores, la atención médica durante el embarazo se relacionó con la ruptura temprana de las membranas, el parto prematuro, las complicaciones en el momento del



nacimiento, el bajo peso al nacer y la puntuación baja en el test de Apgar a los 5 minutos.

Mamani y Machaca. (14). Hemorragias obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2022.

La presente indagación plantea como cuestión fundamental: ¿Cuáles son las hemorragias obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, 2021?

El propósito primordial: Este estudio analizó los principales problemas de sangrado en mujeres embarazadas que recibieron ayuda en HCMM en 2021. Pensamos en 120 casos, pero nos centramos en 91 de ellos. Utilizamos métodos científicos que describían y observaban lo que había sucedido antes. Usamos gráficos para mostrar nuestra información. Para recopilar la información verificada, completamos un formulario. Descubrimos que la mitad de las mujeres embarazadas ayudadas habían tenido seis o más controles prenatales, lo que las diferenciaba.

Chambilla. (15). Determinantes de riesgo relacionados con el nivel de hemoglobina en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno, 2019.

Finalidad: Caracterizar los factores predisponentes asociados al nivel de hemoglobina en mujeres grávidas del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, 2018.

Materiales y métodos: Se trata de una indagación no experimental de tipo descriptiva, analítica y de corte transversal, realizada en 84 mujeres grávidas del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón. Resultados: Los factores de riesgo asociados con el nivel de hemoglobina en las gestantes del Hospital



Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en 2018 incluyen: edad, con un 71,43% de mujeres entre 25 y 35 años; nivel educativo, donde el 52,38% tiene instrucción secundaria; 89,29% proceden de zonas urbanas; 57,14% son multigestas; 19,05% reportaron un aborto previo; 28,57% tienen un hijo vivo; 7,14% tienen un hijo fallecido; ocupación, con 61,90% dedicadas al hogar; el 48,81% tiene ingresos económicos entre 851 y 1,500 soles. Respecto al consumo nutricional, el 47,63% consume proteínas una vez al día, el 45,24% ingiere menudencias semanalmente, el 89,29% consume carbohidratos tres veces al día, y el 51,19% come frutas una vez al día. En cuanto a la ingesta de vitaminas adicionales, aproximadamente 17 de cada 100 mujeres comienzan a tomar ácido fólico y hierro todos los días cuando están en la mitad de su embarazo. Más de la mitad, alrededor de 52 de cada 100, comienzan en la última parte del embarazo. Además, aproximadamente 55 de cada 100 mujeres han tenido un aborto antes. Casi 45 de cada 100 tienen bebés con menos de dos años de diferencia. Aproximadamente 46 de cada 100 han tenido náuseas matutinas severas. Conclusión: El nivel de hemoglobina en las gestantes muestra que el 66,67% presenta anemia leve, el 27,38% niveles normales de hemoglobina, y el 5,95% anemia media.

2.2. Marco teórico

1. Riesgo obstétrico

El riesgo obstétrico Constituye la contingencia de deceso o afección patológica que enfrenta una fémina o su prole durante la gestación, el alumbramiento y el puerperio



La amenaza obstétrica podría estar vinculada con elementos como contagios venéreos, complicaciones operatorias, y dismorfias del conducto reproductor, historia obstétrica desfavorable, obesidad mórbida, patología endocrina o hipertensiva, entre otros. (16)

El riesgo obstétrico se puede evaluar antes, durante y después de la concepción.

1.1. Clasificación.

a) Bajo riesgo

Circunstancias socioeconómicas adversas. (Indigencia absoluta, desocupación, iletrismo)

- Vigilancia gestacional deficitaria: menos de tres consultas prenatales.
- Edad extremada ≤ 19 años o ≥ 35 años en la primera gestación.
- Imberbes de menos de 15 años, sin importar la cantidad de concepciones previas.
- Toxicomanía, etilismo y nicotinismo.
- Multiparidad excesiva (más de tres gravideces).
- Incompatibilidad del factor Rh.
- Contaminación del aparato urinario y leucorrea recurrente en más de dos ocasiones a lo largo de tres evaluaciones consecutivas.
- Intervalo intergenésico tras cesárea anterior menor de doce lunas.

b) Alto riesgo

- Disminución hemática ($Hb < 10g/dl$ o $HTO < 25\%$).
- Gestación gemelar o múltiple.



- Afecciones crónicas no contagiosas (endocrinopatías, nefropatías, disfunciones inmunológicas, hipertensión).
- Exceso o escasez de líquido amniótico (polihidramnios u oligoamnios).
- Convulsiones epilépticas.
- Antecedentes obstétricos desfavorables: pérdidas gestacionales espontáneas, alumbramientos prematuros y laboriosos, historial de retraso en el desarrollo intrauterino.
- Trastornos neuropsiquiátricos.
- Contagio materno: VIH, hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubéola, sífilis, estreptococo del grupo B, citomegalovirus, herpes tipo 2, virus del papiloma humano.
- Presentación fetal irregular: identificada tras la trigésima sexta semana de gestación.
- Carencias nutricionales y adiposidad extrema.
- Broncoespasmo asmático.

1.1.1. Enfermedades hipertensivas del embarazo

La hipertensión gravídica constituye la afección médica más prevalente, que ocasiona complicaciones en una de cada diez gestantes, erigiéndose como una urgencia preeminente en el ámbito sanitario. (18)

Las modificaciones tensionales exacerbadas han conllevado a adversidades críticas en las parturientas y en el feto, debido a una multiplicidad de elementos entre los cuales se enfatizan gestantes con preeclampsia, condiciones diabéticas o hipertensivas, así como también



aquellas que padecen anemias o complicaciones neumológicas que ocasionan insuficiencia en la oxigenación hemática.

-Preeclampsia de índole acentuada: preeclampsia con presión hemodinámica sistólica y/o diastólica invariable (2 manifestaciones en un lapso de 4 horas) ≥ 160 y ≥ 110 mmHg y/o otros indicios de deterioro de vísceras finales.

-Síndrome HELLP: una variante severa de preeclampsia caracterizada por hemocitólisis, incremento de enzimas hepato celulares y disminución en el conteo de trombocitos.

-Hipertensión crónica con preeclampsia superpuesta: aparición o agravamiento de proteinuria u otros indicios de lesión en órganos terminales después de las 20 semanas de gestación en una mujer con hipertensión preexistente.

-Eclampsia: convulsiones tonicoclónicas, localizadas o múltiples, de comienzo reciente no atribuibles a otras etiologías.

1.1.2. Infección urinaria

Una septicemia de los conductos uropoyéticos constituye una contaminación que puede manifestarse en cualquier segmento del aparato excretor. Dicho sistema incluye los nefros, los conductos ureterales, el reservorio vesical y la uretra. La mayor parte de estos procesos infecciosos impacta las vías uropoyéticas inferiores (el reservorio vesical y el conducto uretral). Habitualmente, la infección se instaura cuando microorganismos patógenos ingresan en los conductos uropoyéticos a través de la uretra y se empiezan a diseminar en el reservorio vesical. (20)



El aparato uropoyético está diseñado para obstruir la infiltración de microbios. No obstante, en ocasiones, las barreras defensivas no logran evitar esta intrusión. Cuando esto acontece, los microorganismos pueden multiplicarse desmesuradamente hasta convertirse en una infección plenamente manifestada en los conductos uropoyéticos.

Las septicemias del conducto uropoyético —bacteriuria subclínica (BS), cistitis aguda (CA) y pielonefritis aguda (PA)— son propiciadas por las alteraciones morfológicas y operativas del estado gestacional.

La BS incrementa el peligro de alumbramiento antes del término, de insuficiencia ponderal neonatal y de PA. Es imperativo identificarla a través de un urocultivo (pues otros procedimientos carecen de eficacia suficiente) y abordarla con prontitud terapéutica.

Escherichia coli es el agente etiológico en aproximadamente el 80% de los episodios. Es fundamental evaluar los peligros y la efectividad de las diversas directrices quimioterapéuticas: la fosfomicina-trometamol en dosis única o régimen abreviado se muestra tanto eficaz como inocua para la intervención de la bacteriuria subclínica (BS) y la cistitis aguda (CA).

La pielonefritis aguda (PA) representa el motivo más habitual de internación hospitalaria por etiología médica en mujeres en estado de gravidez y puede verse complicada en un 10% de las situaciones, comprometiendo tanto la viabilidad fetal como la materna. Actualmente, se plantea el manejo ambulatorio de la PA en casos específicos. Es indispensable un seguimiento riguroso de las preñadas con infección del tracto uropoyético (ITU) debido a las frecuentes recidivas.



1.1.3. Anemia

Es común que se presente una deficiencia de glóbulos rojos durante la gestación, lo cual suele ser causado por una escasez de hierro. Esta condición anémica se desarrolla a raíz del incremento en la demanda de este elemento durante el embarazo.

Generalmente no supone una dificultad grave, sin embargo, es fundamental identificarlo y tratarlo de manera habitual en una adecuada atención durante el embarazo. Las configuraciones suaves son tan habituales que han sido contempladas por un extenso periodo como fisiológicas y, por ende, no requerían intervención.

No obstante, si los niveles de hemoglobina disminuyen y la madre experimenta gran fatiga, el especialista en ginecología evaluará si es preciso ingerir complementos de hierro durante la gestación para restablecer los niveles de hierro en el cuerpo.

Por lo general, durante el periodo de gestación, el 90% de las deficiencias sanguíneas son de tipo ferropénico, es decir, se origina una anemia a causa de la escasez de hierro.

Con menor frecuencia se presentan las denominadas anemias megaloblásticas, en las cuales se produce una escasez de la vitamina B12. Por último, hay otros diminutos conjuntos de anemias sumamente diversas y cuya evaluación no abordaremos



1.1.4. Edad gestacional

La gravidez es el intervalo temporal comprendido entre la fecundación y el alumbramiento. A lo largo de esta etapa, el infante se incrementa en tamaño y se transforma progresivamente en el claustro materno.

Si las constataciones de la cronología gestacional del neonato se alinean con la edad cronológica, se considera que el infante es congruente para la edad gestacional. (AEG). (22)

Los neonatos considerados adecuados para la edad gestacional (AEG) exhiben índices inferiores de complicaciones y mortalidad en comparación con aquellos que son más diminutos o de mayor tamaño en relación con su cronología intrauterina.

El período transcurrido desde el inicio de la gravidez debe ser calculado desde el momento exacto de la concepción, aunque tal precisión suele ser difícil de establecer. La fecha estimada del parto se puede deducir partiendo del primer día del último ciclo menstrual, añadiendo 7 a 10 días a dicha fecha.

A la cifra resultante, se sustraen tres meses (última regla + 7 días - 3 meses). La duración de una gestación normal comprende 280 días (40 semanas o 10 ciclos lunares).

Se clasifica como gravidez inmadura aquella que se extiende desde la semana 20 hasta la 27; prematura, entre las semanas 27 y 37; a término, entre las semanas 37 y 42; y pos-término, más allá de la semana 42.

1.1.5. Patología anexos

a) Oligohidramnios

El concepto de oligohidramnios se refiere a la escasez de líquido amniótico durante la gestación.

Este trastorno impacta a una minoría de las futuras madres, sin embargo, solo se detecta aproximadamente en un 5% de los casos. Utiliza sinónimos poco comunes y peculiares con frecuencia.

El oligohidramnios es común en la etapa final del embarazo, especialmente si la futura mamá rebasa la fecha prevista para el parto, aunque también puede manifestarse en cualquier otra etapa de la gestación.

Normalmente, las repercusiones del oligohidramnios son más serias si se manifiesta en los dos primeros trimestres del embarazo que en el último. A pesar de eso, la gran parte de gestaciones con oligohidramnios logran progresar adecuadamente y resultar en el nacimiento de bebés saludables. Utiliza sinónimos poco comunes y peculiares con frecuencia.

b) Circulares de cordón

El rodeo del funículo umbilical, igualmente denominado lazo cervical, constituye una eventualidad gestacional relativamente ordinaria, con una prevalencia calculada entre el 15-30% de los alumbramientos. (24) Fundamentalmente, implica una contingencia durante el periodo de preñez en la que el funículo umbilical se circunscribe en torno al cuello del embrión, envolviéndolo en una o múltiples espirales.

1.1.6. Edad

La edad de riesgo para el embarazo ha aumentado de 35 a 40 años en la última década.



A partir de los 40 años, aumenta el riesgo de desarrollar hipertensión, diabetes gestacional, problemas cardíacos y circulatorios, así como de sufrir un aborto. Engendrar una primera gestación antes de los 14 años o posterior a los 35 años puede entrañar un peligro gravoso tanto para la integridad de la progenitora como para el infante. Las probabilidades de complicaciones gestacionales se incrementan en mujeres con más de 35 años. La presión arterial elevada, la adiposidad, la diabetes mellitus, la epilepsia, las afecciones tiroideas, las anomalías cardíacas o hemáticas, el asma con manejo inadecuado y las infecciones pueden exacerbar los riesgos gestacionales. En las preñeces de categoría elevada, se incrementa la posibilidad de que surjan afecciones sanitarias antes, durante o posteriormente al alumbramiento.

1.2. Paridad

Ser una fémina múltipara denota haber experimentado múltiples partos, es decir, haber traído descendencia al mundo en más de una ocasión.

- a) Primípara (único parto)
- b) Múltipara (entre dos y cuatro alumbramientos)
- c) Gran múltipara (cinco o más partos)

1.2.1. Número de atenciones prenatales

Gozar de una gestación en óptimas condiciones es una de las formas más eficaces de fomentar un alumbramiento en buen estado. (25)

Obtener asistencia prenatal de manera periódica desde los primeros estadios de la gestación incrementa las posibilidades de mantener una gravidez en condiciones favorables.

Dicha asistencia puede iniciarse incluso antes de la concepción, mediante una consulta con un proveedor de servicios médicos para recibir cuidados preconceptionales.

El MINSA sugiere a las embarazadas realizarse entre seis y ocho consultas prenatales, con el fin de asegurar una gestación salubre.

1.2.2. Antecedentes obstétricos desfavorables

Entre otros, interrupciones gestacionales anteriores, alumbramientos pretérminos, embriones con retraso del desarrollo intraútero, deformidades congénitas o afecciones hereditarias, dolencias vinculadas a la gravidez como la eclampsia precoz o la diabetes propia de la gestación, así como episodios de fallecimiento fetal o neonatal.

2. Hemorragias de la segunda mitad del embarazo

En la última parte del embarazo, a veces puede salir sangre. Esto no suele ocurrir hasta después de las 22 semanas. Este sangrado puede ocurrir por diferentes razones. Las razones más comunes son cuando la placenta tapa la abertura del útero de la madre o comienza a desprenderse demasiado pronto. Ambas situaciones pueden ser muy peligrosas para la mamá y el bebé.

La intervención médica varía según la magnitud del sangrado y la condición del embrión. En casos de hemorragia intensa, podría ser necesaria una transfusión hemática y la terminación de la gestación (26)

a) Placenta previa

La placenta previa es cuando la placenta se adhiere en la parte baja del útero y puede bloquear la abertura del canal de parto.

Es la principal etiología de exudado hemático en el tercer trimestre de la gestación, y constituye la segunda razón para la realización de una histerectomía obstétrica.

Asimismo, representa la tercera causa de transfusión hemática durante la preñez, el alumbramiento y el puerperio. Según la disposición de la placenta respecto al ostium cervical interno, se categoriza en los tipos siguientes:(27)

Obturante completa: El ostium cervical interno se halla enteramente recubierto por el lecho placentario.

Obturante incompleta: El ostium cervical interno se encuentra parcialmente velado por la placenta.

Limítrofe: La placenta alcanza el contorno del ostium cervical interno, sin superarlo.

Paracentral o de implantación descendente: La placenta se extiende hasta las proximidades del ostium cervical interno.

La etiología concreta de la placenta previa permanece indeterminada. Sin embargo, los factores propiciadores incluyen los siguientes:

- **Gestación múltiple:** El lecho placentario adquiere mayor magnitud, incrementando la probabilidad de convertirse en previa.
- **Cicatriz uterina preexistente:** La frecuencia aumenta con el número de cesáreas precedentes, ya que la placenta, al no poder implantarse sobre



la cicatriz, se establece en otras áreas, llegando a posiciones más bajas dentro de la cavidad uterina.

- Multiparidad: Tanto la cantidad de partos previos como la edad avanzada de la gestante elevan la posibilidad de placenta previa, siguiendo un mecanismo análogo al descrito previamente.
- Mujeres tabaquistas: El riesgo se duplica, presumiblemente debido a que la hipoxemia induce una hipertrofia placentaria compensatoria.
- Edad avanzada: La prevalencia es cinco veces mayor en féminas que superan los 35 años.

b) Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta

El despegamiento intempestivo de la placenta de inserción normal, también denominado abruptio placentae, se caracteriza por la separación parcial o completa del lecho placentario, que se halla correctamente adherido a la pared uterina, y que se presenta después de las 20 semanas de gestación y antes de iniciarse el alumbramiento.(28)

Los signos y síntomas pueden incluir dolor e hipersensibilidad a la palpación uterina que viene acompañado con sangrado vaginal y que puede llegar a complicarse, por lo cual se considera una emergencia médica.

El diagnóstico además de ser clínico, también podemos acompañar con un examen ecográfico. El DPPNI también es causal de morbimortalidad que afectan tanto el bienestar materno como fetal. El tratamiento consistirá en un parto de emergencia en caso de que exista inestabilidad materna o fetal.



Separación temprana de una placenta bien colocada en la pared del útero que ocurre previo al nacimiento del bebé. Puede presentarse en presencia de hemorragia vaginal o de manera oculta cuando el área desprendida se ubica detrás de la placenta. Utiliza sinónimos poco comunes y extravagantes con frecuencia.

La separación puede ser incompleta y impactar solamente una porción de la placenta, o puede ser completa y afectar la totalidad de la placenta.

Supone una dificultad, que se registra a nivel global, entre el 0.3-1% de los nacimientos.

Informes hechos en individuos con análisis histopatológico de costumbre indican una mayor frecuencia de desprendimiento temprano.

El crecimiento de la incidencia a lo largo del tiempo ha crecido, lo cual puede mostrar el fruto de una investigación más avanzada, diagnóstico mejorado y sus factores determinantes.

Distribución de los incidentes por gravedad, al menos uno de los próximos:

Maternos: coagulación en todo el cuerpo, shock por falta de líquidos, requerimiento de transfusión, extirpación del útero, disfunción renal, fallecimiento en el hospital.

Fetal: desequilibrio del bienestar del feto, limitación del desarrollo dentro del útero, fallecimiento.

Recién nacido: alumbramiento prematuro, menudo al momento de nacer, fallecimiento.



En este preciso instante, no se cuenta con una causa precisa, pero se reconocen factores desencadenantes de un suceso repentino.

1. Lesiones directas en el área del vientre.
2. Lesiones secundarias mediante un proceso de deslizamiento.

Consumo de cocaína provocando estrechamiento anormal de los vasos sanguíneos.

Elementos de peligro

Separación anticipada. La separación inicial es el elemento de peligro más relevante, con una probabilidad de repetición 10 a 15 veces superior.

Las mujeres que sufren de separación de la placenta durante su primer periodo de gestación enfrentan una probabilidad significativamente más alta de sufrir desprendimiento placentario en embarazos posteriores, llegando a ser hasta 93 veces mayor (IC de 95%: 62-139).

Presión arterial elevada. Las mujeres con presión arterial alta enfrentan una posibilidad cinco veces mayor de experimentar una interrupción severa en contraste con las mujeres con presión arterial normal. Dar medicamentos para la presión arterial alta a personas que siempre la padecen parece reducir la probabilidad de que sufran una explosión interna. Esto puede suceder porque el medicamento reduce la presión de los líquidos del cuerpo y evita que el interior de los vasos sanguíneos empeore debido a una presión arterial muy alta.

Irregularidades en la estructura del útero. Las rarezas en la estructura del útero abarcan rarezas de nacimiento, adherencias y fibromas. Son sitios que presentan una inestabilidad mecánica y biológica para que la placenta



se implante; el desprendimiento en estas zonas puede ser causado por una decidualización y/o cizallamientos inapropiados.

Uso de cocaína. En relación con la constricción vascular provocada que lleva a la falta de oxígeno en los tejidos, la dilatación de los vasos sanguíneos por reflejo y el cambio en la salud de los vasos. Un 10% de las futuras madres que consumen cocaína en la etapa final del embarazo experimentan un desenlace repentino.

Fumando. El fumado es uno de los escasos elementos de peligro cambiables vinculado a un riesgo cuatro veces más alto de experimentar una interrupción. Los impactos estrechadores de los vasos sanguíneos del hábito de fumar provocan una disminución en el flujo sanguíneo hacia la placenta, lo cual podría resultar en falta de oxígeno en el revestimiento del útero, muerte de tejido y sangrado, lo que conduce a un desprendimiento temprano de la placenta.

c) Rotura uterina

La frase "ruptura del útero grávido" significa que la pared fuerte del útero, que generalmente se encuentra en la parte inferior, se desgarró o rompió gravemente. La laceración de un útero íntegro es sumamente infrecuente, con una prevalencia estimada de entre 1 en 5,700 y 1 en 20,000 gestaciones.

Su prevalencia ha experimentado un ascenso debido al aumento de los intentos de parto vaginal tras una cesárea previa. En la actualidad, fluctúa entre el 0.3% y el 1%, siendo más elevada en mujeres que intentan un



parto vaginal postcesárea (0.78%) en comparación con aquellas que se someten a una cesárea programada. (0,22%). (30)

Es una de las eventualidades más severas que puede manifestarse a lo largo de la gestación donde se asocia mortalidad materna y fetal, se presenta con mayor frecuencia en pacientes con cesarea previa durante el parto, y también puede ocurrir en útero sin cicatriz previa, aunque es rara asocia mayor morbilidad materna y neonatal.

En países con recursos limitantes se va asociar al parto, multiparidad, uso inadecuado de la oxitocina y a la falta de atención medica rápida y oportuna. Los factores de riesgo son la rotura uterina previa, cesárea previa, inducción de parto con cesárea anterior, edad gestacional mayor 40 semanas, periodo intergenésico corto.

En caso de una rotura uterina sin cicatriz previa se puede dar uso de fármacos uterotónicos, anomalías uterinas, edad materna avanzada.

El diagnóstico es clínicamente, se presentará alteración del registro fetal, dolor abdominal, sangrado vaginal, ascensión, cambios en la forma uterina.

En cuanto al manejo se debe estabilizar a la paciente con líquidos intravenosos, trasfusión de sangre, posteriormente se debe preparar para una cirugía. Tratamiento quirúrgico, histerectomía se debe tener en cuenta la paridad de la paciente, el deseo de la paciente de tener nuevos embarazos, si defecto uterino se puede reparar. (31)



2.3. Marco Conceptual.

Gestación de peligrosidad elevada: es una preñez que compromete la salubridad o existencia de la progenitora o del embrión. Frecuentemente, exige vigilancia especializada de galenos especialmente instruidos. (32)

Exudaciones sanguíneas del semestre final de la gravidez: El flujo hemático en la mitad ulterior del período gestacional (≥ 20 semanas de concepción, pero previo al alumbramiento) acontece en el 3 a 4% de las gestaciones. (33)

Exudación hemática gestacional: Es el derrame sanguinolento que se manifiesta por la vía vaginal en cualquier fase de la preñez. (34)

Peligro obstétrico: Significa que hay factores externos o internos que pueden causar malos resultados durante el embarazo, el parto o después del nacimiento del bebé. Estos factores pueden cambiar el curso normal de las cosas o afectar la supervivencia del bebé. (35)



CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

En este estudio no se incluye ningún diseño experimental. Los estudios que se realizan sin manipulación voluntaria de factores y en los que sólo se observan los fenómenos en su entorno natural para estudiarlos posteriormente se denominan estudios de Hernández, Fernández y Baptista.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Indagación es descriptiva, de nivel relacional, analítica y transversal.

Retrospectiva.

3.3 MÉTODO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN

En conjunto con un enfoque cuantitativo se utilizó la técnica hipotético-deductiva, se utilizaron hechos y magnitudes numéricas cuantificables que sean susceptibles de ser jerarquizadas, cuantificadas y clasificadas mediante análisis estadístico.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

Fue representada por 116 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de hemorragias de la segunda mitad del embarazo atendidas en el periodo de estudio en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

Muestra

Se examinó la totalidad (116) de los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de exudaciones sanguíneas en el tramo final de la gestación, atendidas durante el periodo de análisis en el HCMM de Juliaca.

El ámbito de investigación, Departamento de Puno, Provincia San Román Distrito de Juliaca, Temporalidad Periodo 2022-2023.

3.5 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INVESTIGACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnicas

V1. Análisis documental.

V2. Análisis documental.

El análisis documental consiste en recopilar y seleccionar información a través de documentos, en este caso documentos escritos como historias clínicas.

Fuentes

Secundarias. Historia clínica

Instrumento

V1. Ficha de recolección de datos.

V2. Ficha de recolección de datos

3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Las magnitudes fueron encriptadas para la agregación de información en una matriz de Excel, que se dispondrá en un formato de acopio de datos.

Este mecanismo de encriptación agiliza la tabulación ya sea digital o análoga.

La manipulación y el examen de la información se inician compendiando los detalles de los expedientes médicos.

Se empleó el software SPSS versión 24 para llevar a cabo el escrutinio de estadísticas descriptivas mediante tablas correlativas.

3.7 CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Para verificar la conjetura se aplicó el test de chi cuadrado (conocido en la disciplina estadística como prueba χ^2). Este es un método cuantitativo empleado para discernir si existe una discrepancia relevante entre los resultados anticipados y los registrados en una o múltiples clasificaciones.

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

3.8 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Validez

Se instituyó un comité compuesto por tres peritos para la autenticación del instrumento de acopio de información.

Confiabilidad

Se aplicó el estadístico Alfa de Cronbach con un resultado de 0.69.



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este estudio, se investigó la relación entre el riesgo obstétrico y las hemorragias de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2023. Los resultados de este estudio contribuirán a una mejor comprensión de los factores de riesgo asociados con las hemorragias durante el embarazo y permitirán a los profesionales de la salud desarrollar estrategias más efectivas para prevenir y tratar estas complicaciones.

Los resultados nos proporcionaran una visión mas detallada y objetiva de nuestro tema a tratar, lo que nos ayudara a interpretar y discutir los datos de manera más efectiva

A continuación, se presentaran los resultados por medio de tablas y figuras estadísticas para un mejor entendimiento y explicación de estas.

4.1 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

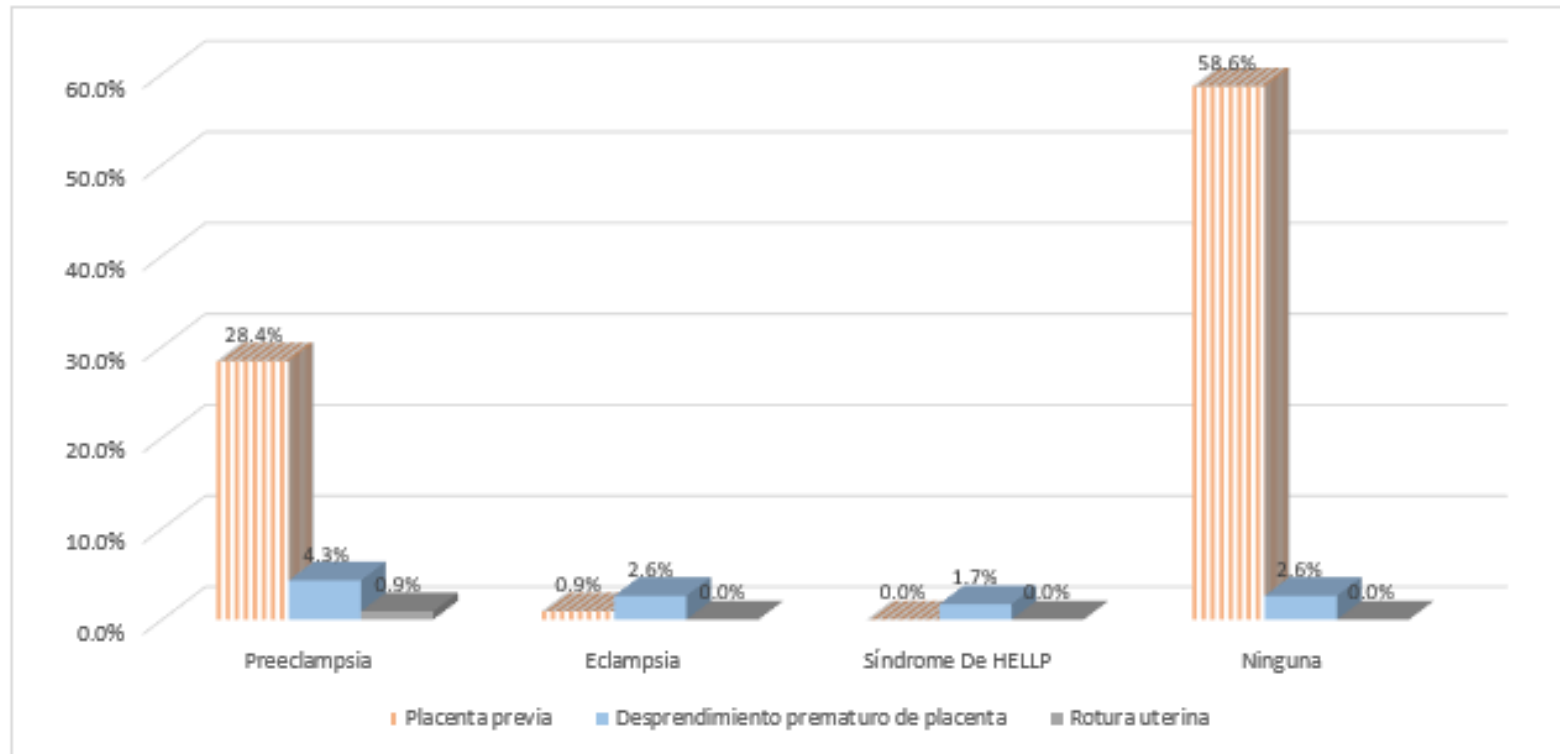
TABLA 1. ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO Y TIPO DE HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023

ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO	TIPO DE HEMORRAGIA						TOTAL	
	Placenta previa		Desprendimiento prematuro de placenta		Rotura uterina		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Preeclampsia	33	28.4	5	4.3	1	0.9	39	33.6
Eclampsia	1	0.9	3	2.6	0	0.0	4	3.5
Síndrome De HELLP	0	0.0	2	1.7	0	0.0	2	1.7
Ninguna	68	58.6	3	2.6	0	0.0	71	61.2
TOTAL	102	87.9	13	11.2	1	0.9	116	100.0

Fuente. El formulario para recoger datos

X² Cal=37.85 > X² Tab= 22.457 GL: 6 NS: 0.001 Es estadísticamente significativo

FIGURA 1. ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO Y TIPO DE HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023



Fuente. Tabla 1



En vinculación a trastornos hipertensivos durante la gestación, el 33.6% sufrió de preeclampsia, el 3.5% padeció eclampsia, el 1.7% experimentó el síndrome de HELLP, y el 61.2% no presentó ninguna afección.

El examen bivariado señala que, dentro del conglomerado de situaciones de placenta marginal, la mayoría no presentó afecciones hipertensivas, alcanzando un 58,6%. En contraste, en los escenarios de desarraigo prematuro del tejido placentario y fractura uterina, la preeclampsia fue el trastorno más común, con un 4.3% y 0.9% respectivamente.

El estudio estadístico sobre las enfermedades de presión alta y el tipo de sangrado en la etapa final del embarazo revela que la suma del chi cuadrado obtenido fue de 37.87, superando el chi cuadrado de referencia de 22.457, con 6 grados de libertad y una fiabilidad de 0.001.

Vínculo hallado entre las variables de la tabla sumamente relevante.

Los escritores Mamani V. C. y Tichahuanca S. en su investigación acerca de las razones del desprendimiento temprano de placenta normalmente insertada descubrieron que la presión sanguínea elevada es un elemento de peligro 88 (55.7%). Utiliza sinónimos poco comunes y extravagantes con frecuencia.

En este análisis también se descubrió una relevante conexión entre las afecciones hipertensivas y los sangrados durante la segunda etapa de la gestación.

En este estudio, el índice de enfermedades hipertensivas se sitúa en un 38.8% entre los casos analizados, cifra que resulta inferior a la mencionada por los autores referidos.

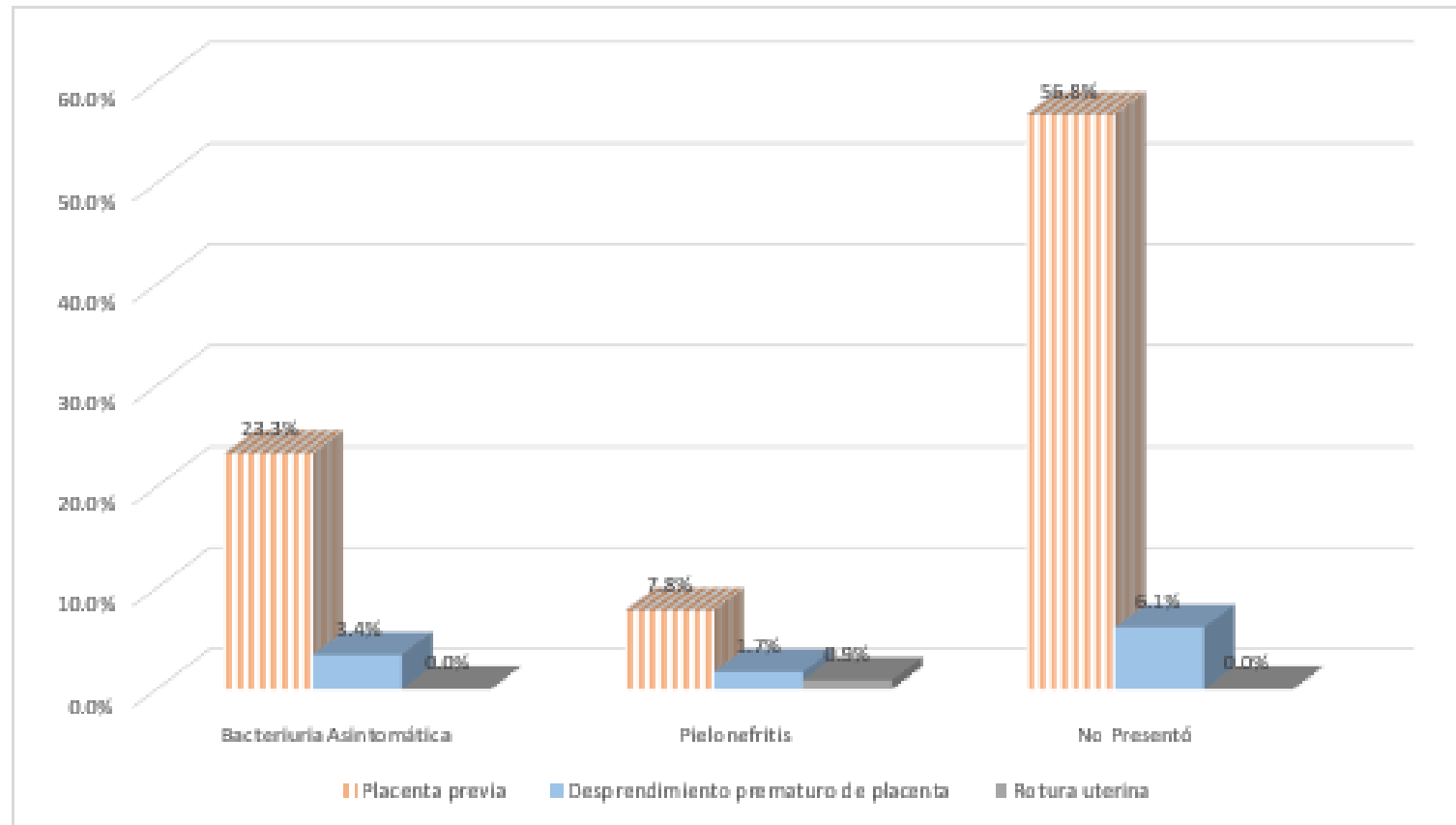
TABLA 2. INFECCIÓN URINARIA Y TIPO DE HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAS DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023

INFECCIÓN URINARIA	TIPO DE HEMORRAGIA						TOTAL	
	Placenta previa		Desprendimiento prematuro de placenta		Rotura uterina		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Bacteriuria Asintomática	27	23.3	4	3.4	0	0.0	31	26.7
Pielonefritis	9	7.8	2	1.7	1	0.9	12	10.4
No Presentó	66	56.8	7	6.1	0	0.0	73	62.9
TOTAL	102	87.9	13	11.2	1	0.9	116	100.0

Fuente. El formulario para recoger datos

X^2 Cal=9.52 > X^2 Tab= 9.488 GL: 4 NS: 0.05

FIGURA 2. INFECCIÓN URINARIA Y TIPO DE HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023



Fuente. Tabla 2



Respecto a infección urinaria, del 100% de mujeres en estudio, el 26.7% presentó bacteriuria asintomática, el 10.4% pielonefritis y el 62.9% no presentó.

Según el estudio de múltiples variables, se puede concluir que la existencia de bacterias sin síntomas fue más común en los conjuntos de placenta previa y separación prematura de la placenta, con un 23.3% y un 3.4% respectivamente, y en el grupo con ruptura del útero, un 0.9% de casos de infección renal.

El ensayo de chi cuadrado vincula la manifestación de contagio en el conducto urinario con la clase de exudación hemática durante la fracción ulterior de la gestación. El valor derivado para chi cuadrado es de 9,52, sobrepasando el umbral crítico de 9,488, con 4 grados de holgura y un nivel de significancia de 0,05.

Se constata una correspondencia estadísticamente significativa entre la infección del tracto urinario y la tipología del sangrado.

Varios escritores Acuña, E., Córdoba, A., del Rosario M., Garzón, L. S., Rojas, J. L., Franco, A., Molina, S. Se difundió que "la variedad de infección urinaria más común fue la bacteriuria sin síntomas (35.5%)". Utiliza sinónimos poco comunes y peculiares con frecuencia.

En el cuadro se observa que hay un 26.1% menos de bacterias en la orina en pacientes con sangrados en la segunda parte del embarazo en contraste con las aseveraciones de los autores mencionados previamente.

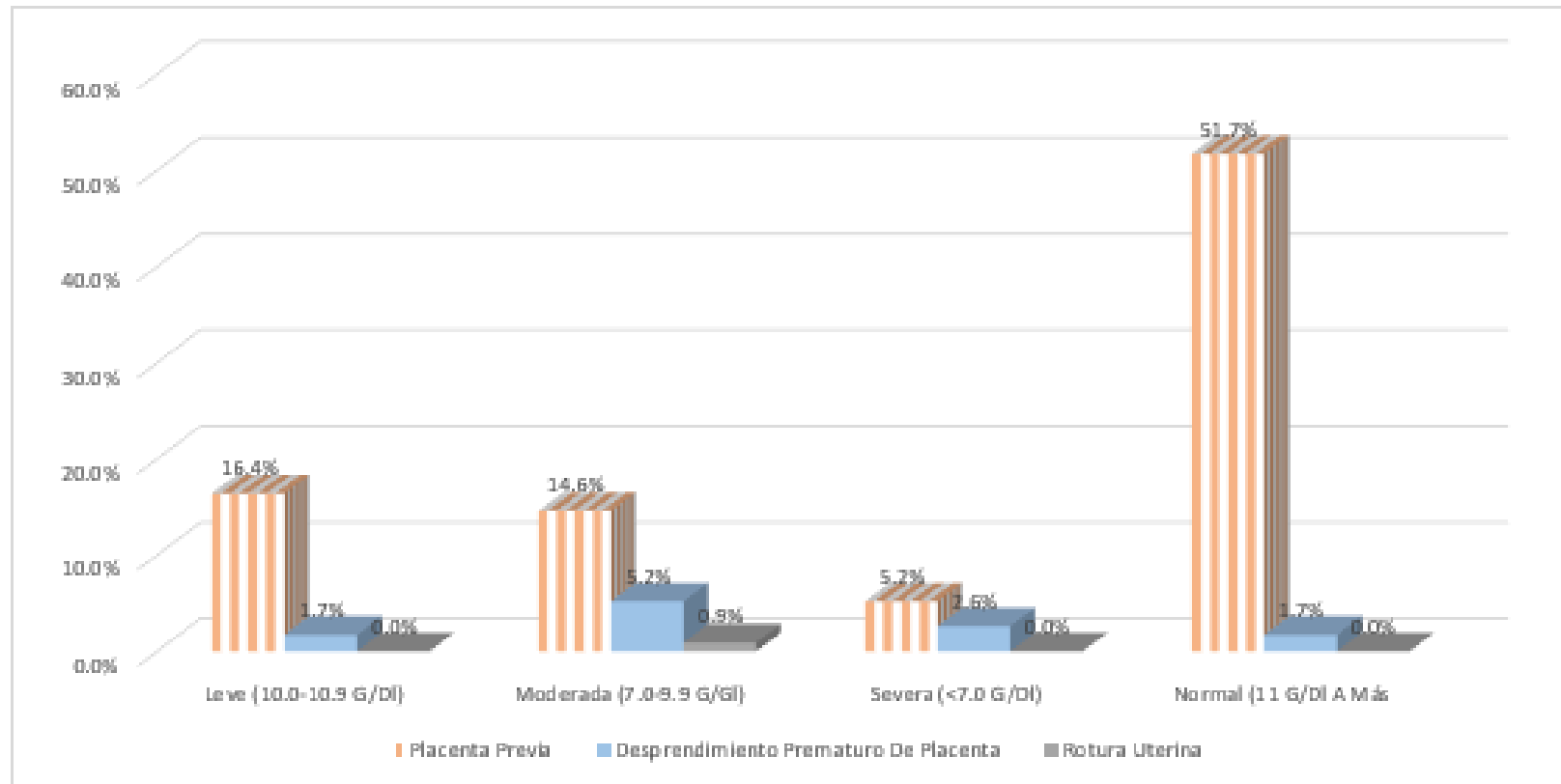
TABLA 3. ANEMIA Y TIPO DE HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023

ANEMIA	TIPO DE HEMORRAGIA						TOTAL	
	Placenta Previa		Desprendimiento Prematuro De Placenta		Rotura Uterina		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Leve (10.0-10.9 G/Dl)	19	16.4	2	1.7	0	0.0	21	18.1
Moderada (7.0-9.9 G/Gl)	17	14.6	6	5.2	1	0.9	24	20.7
Severa (<7.0 G/Dl)	6	5.2	3	2.6	0	0.0	9	7.8
Normal (11 G/Dl A Más	60	51.7	2	1.7	0	0.0	62	53.4
TOTAL	102	87.9	13	11.2	1	0.9	116	100.0

Fuente. El formulario para recoger datos

X^2 Cal=17.24 > X^2 Tab= 11.668 GL: 4 NS: 0.02

FIGURA 3. ANEMIA Y TIPO DE HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023



Fuente. Tabla 3



En relación a anemia, es leve en el 18.1%, el 20.7% moderada y el 7.8% severa y en el 53.4% los niveles de hemoglobina fueron normales.

La investigación comparativa de los tres conjuntos de datos revela que la anemia moderada se observó en los casos de placenta marginal, separación anticipada del tejido placentario y ruptura uterina en un 14,6%, 5,2% y 0,9%, respectivamente.

Al comparar la presencia de anemia con el tipo de exudación hemática en la segunda mitad de la gestación, se encontró una gran diferencia porque el número de prueba, 17,24, era mayor que el número habitual, 15,033. Esto se observó al observar el límite especial establecido en 0,02.

Las variables consignadas en la tabla reflejan una correlación estadística moderada.

En su investigación sobre sangrados en la segunda parte del embarazo, Baca S. descubrió que entre las dificultades se presentaba la falta de hierro en las madres en un 25.53%. Utiliza sinónimos poco comunes y peculiares con frecuencia.

Al cotejar estas afirmaciones con los datos de la tabla, se observa una disparidad del 46.6%, destacando que la incidencia de anemia es más elevada en las pacientes con hemorragias en este análisis.

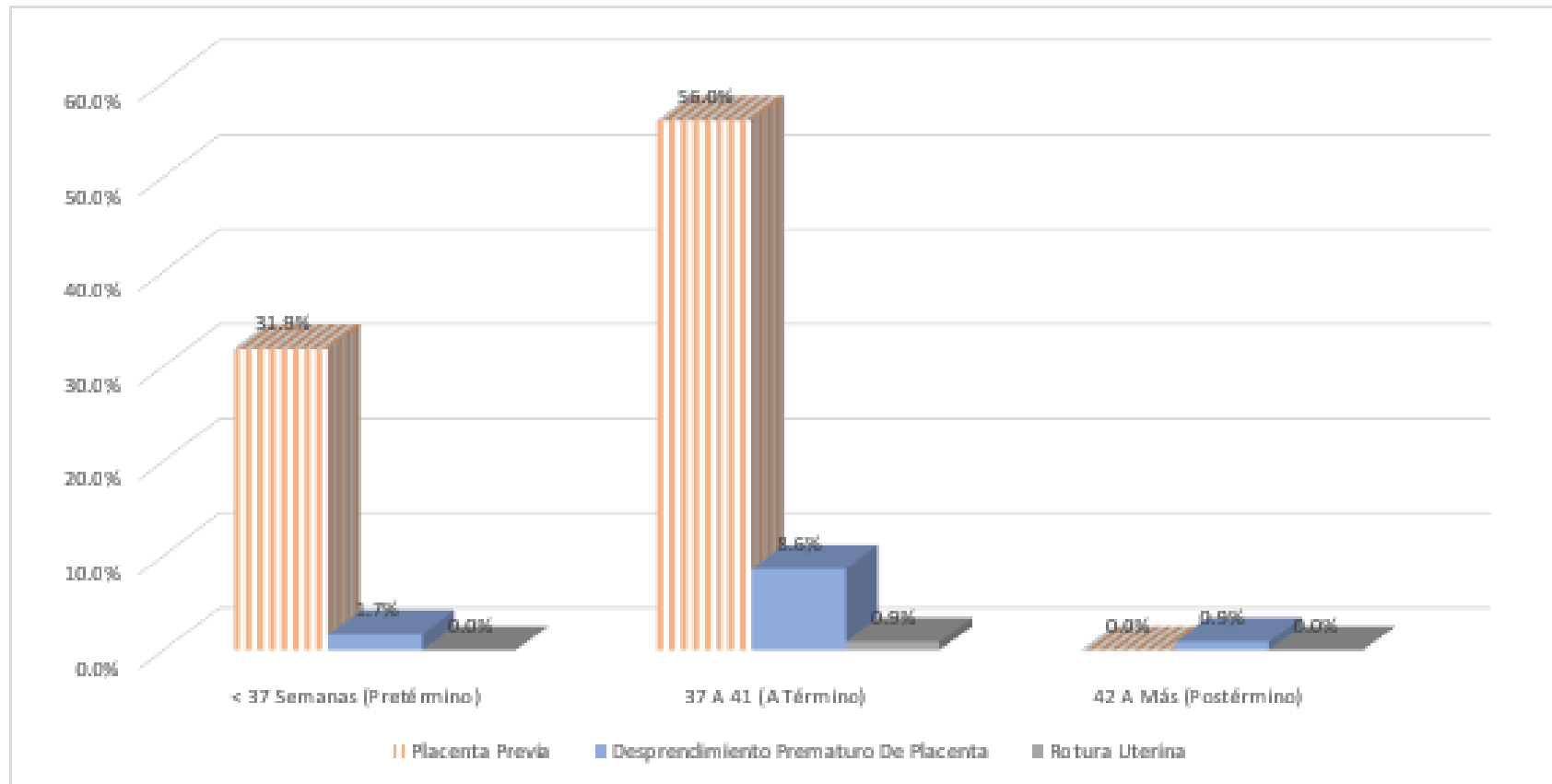
TABLA 4. EDAD GESTACIONAL Y TIPO DE HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023

EDAD GESTACIONAL	TIPO DE HEMORRAGIA						TOTAL	
	Placenta Previa		Desprendimiento Prematuro De Placenta		Rotura Uterina		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
< 37 Semanas (Pretérmino)	37	31.9	2	1.7	0	0.0	39	33.6
37 A 41 (A Término)	65	56.0	10	8.6	1	0.9	76	65.5
42 A Más (Postérmino)	0	0.0	1	0.9	0	0.0	1	0.9
TOTAL	102	87.9	13	11.2	1	0.9	116	100.0

Fuente. El formulario para recoger datos

X^2 Cal=10.25 > X^2 Tab= 9.488 GL: 4 NS: 0.05

FIGURA 4. EDAD GESTACIONAL Y TIPO DE HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023



Fuente. Tabla 4



La duración del embarazo fue precoz en el 33.6% de los casos, en el 65.5% fue normal y en el 0.9% fue tardía.

La comparación entre los tres tipos de sangrados en la última etapa del embarazo y la duración del embarazo. Presenta un comportamiento parecido de la variable en los tres conjuntos de investigación: Placenta marginal, separación intempestiva del tejido placentario y desgarramiento uterino. En la mayoría de los escenarios, la gestación se llevó a término en un 56,0%, 8,6% y 0,9%, respectivamente.

Al contrastar la cronología gestacional con el tipo de hemorragia en la segunda mitad de la gravidez, se advirtió que el valor de chi cuadrado obtenido fue de 10,25, superando al valor tabular de 9,488, con 4 grados de holgura y un umbral de significancia de 0,05. Se identifica una interrelación estadística tenue entre las variables consignadas en la tabla.

Informa que Reyes V. E. atendió a 470 mujeres embarazadas durante el año 2022, de las cuales 350 tuvieron un embarazo sin complicaciones y 150 experimentaron un parto adelantado (30%). Utiliza sinónimos poco comunes y peculiares con frecuencia.

En este estudio, la tasa de nacimientos adelantados es del 33.6% en mujeres con sangrados durante la segunda etapa del embarazo, coincidiendo con el porcentaje hallado por el escritor previamente citado.

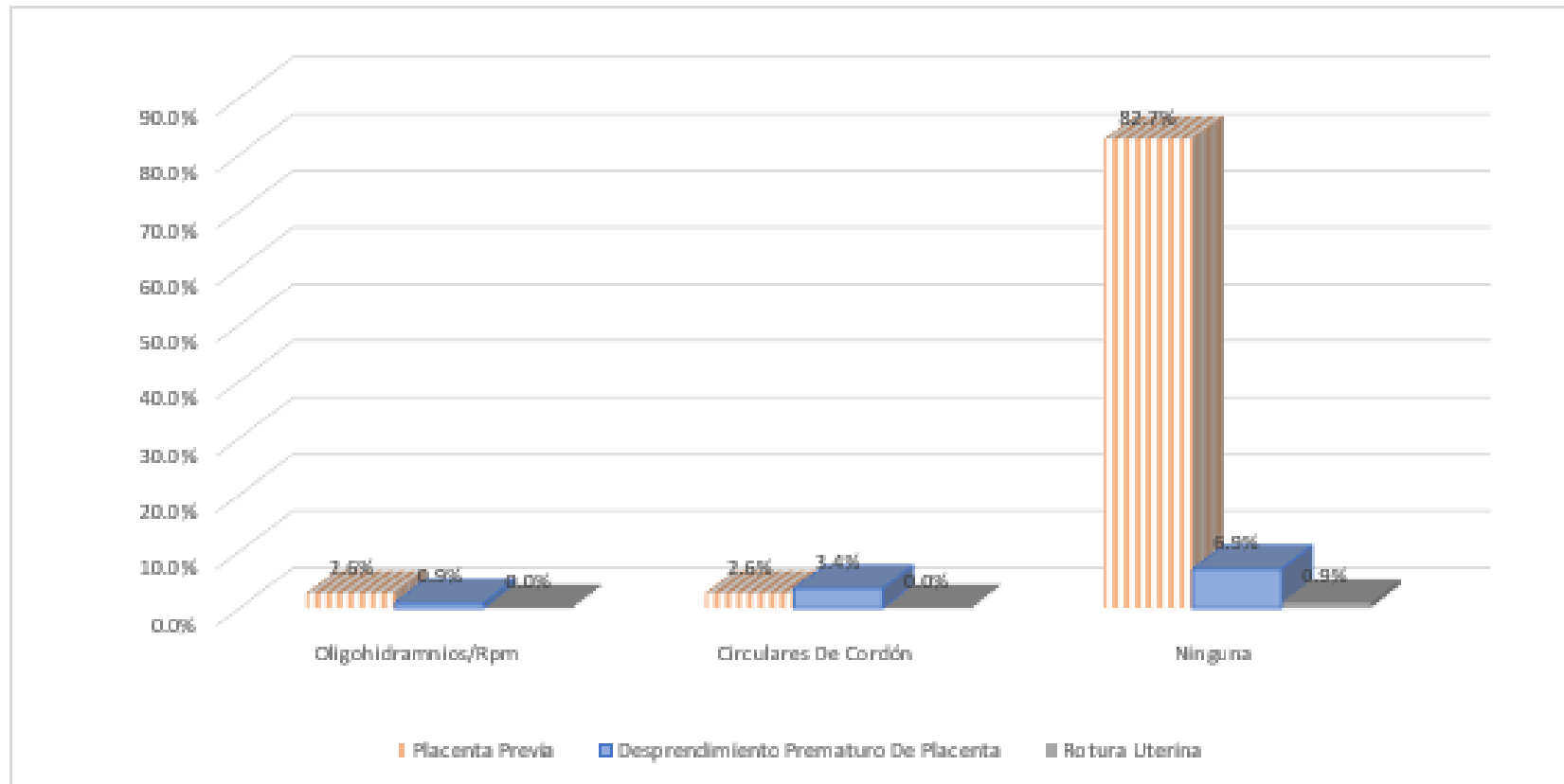
TABLA 5. PATOLOGÍA DE LOS ANEXOS Y TIPO DE HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023

PATOLOGÍA DE LOS ANEXOS	TIPO DE HEMORRAGIA						TOTAL	
	Placenta Previa		Desprendimiento Prematuro De Placenta		Rotura Uterina		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Oligohidramnios/Rpm	3	2.6	1	0.9	0	0.0	4	3.5
Circulares De Cordón	3	2.6	4	3.4	0	0.0	7	6.0
Ninguna	96	82.7	8	6.9	1	0.9	105	90.5
TOTAL	102	87.9	13	11.2	1	0.9	116	100.0

Fuente. El formulario para recoger datos

X^2 Cal=17.01 > X^2 Tab= 13.277 GL: 4 NS: 0.01

FIGURA 5. PATOLOGÍA DE LOS ANEXOS Y TIPO DE HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023



Fuente. Tabla 5



La patología de los anexos, en el 3.5% se presentó oligohidramnios, el 6.0% circulares de cordón y el 90.5% ninguna patología.

Al cotejar los conglomerados de placenta marginal, desarraigo prematuro de placenta y desgarradura uterina, se constata que en los tres conjuntos no se registró patología alguna vinculada a los apéndices gestacionales, con proporciones del 82,7%, 6,9%, y 0,9%, respectivamente.

El análisis numérico entre las dolencias de los apéndices gestacionales y las emanaciones hemáticas en la fase ulterior del embarazo mostró un chi cuadrado calculado de 17,01, superando el valor tabular de 13,277, con 4 grados de holgura y un nivel de significancia de 0,01.

La vinculación estadística entre las magnitudes examinadas en la tabla es moderada.

Quispe, P. G., en su indagación, identificó como complicación la ruptura prematura (IC 95% 1.09-5.87).

La rotura temprana de membranas y, en consecuencia, el oligohidramnios, constituyen un 3.5% en este estudio, manifestándose igualmente como la principal complicación de los anexos.



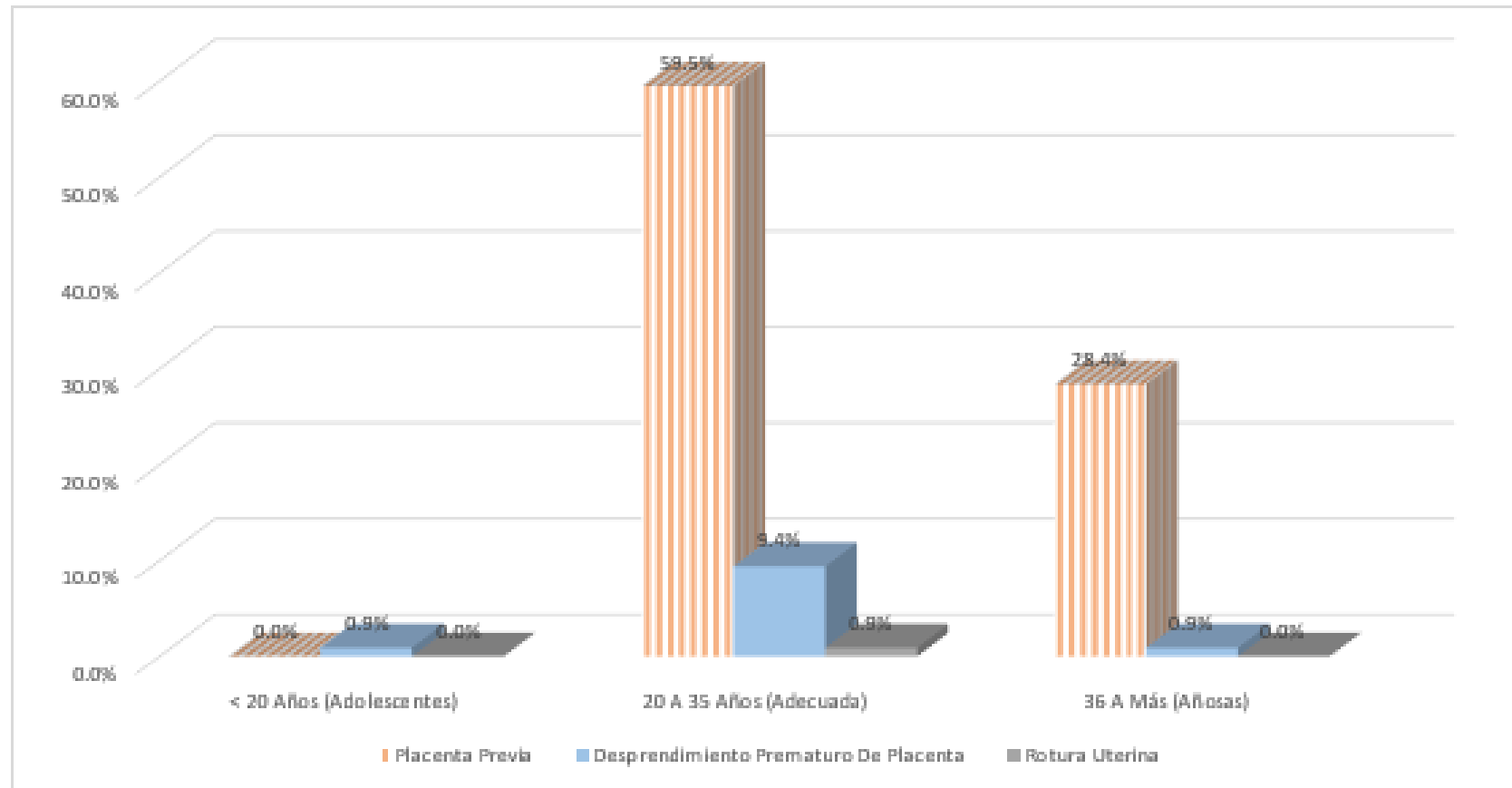
TABLA 6. EDAD Y TIPO DE HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023

EDAD	TIPO DE HEMORRAGIA						TOTAL	
	Placenta Previa		Desprendimiento Prematuro De Placenta		Rotura Uterina		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
< 20 Años (Adolescentes)	0	0.0	1	0.9	0	0.0	1	0.9
20 A 35 Años (Adecuada)	69	59.5	11	9.4	1	0.9	81	69.8
36 A Más (Añosas)	33	28.4	1	0.9	0	0.0	34	29.3
TOTAL	102	87.9	13	11.2	1	0.9	116	100.0

Fuente. El formulario para recoger datos

X² Cal=11.22 > X² Tab= 9.488 GL: 4 NS: 0.05

FIGURA 6. EDAD Y TIPO DE HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023



Fuente. Tabla 6



La cronología materna reveló que un 0.9% de las gestantes tenía menos de 20 años, un 69.8% se encontraba entre los 20 y 35 años, y un 29.3% era de 36 años o más.

El análisis dicotómico pone de relieve que, en las tres variantes de exanguinación correspondientes a la fracción ulterior del periodo gestacional —placenta marginal, desarticulación prematura del tejido placentario y fractura uterina— prevaleció el segmento etario materno comprendido entre los 20 y 35 años, con un 59,5%, 9,4%, y 0,9%, respectivamente.

La correlación entre los parámetros edad y tipología de hemorragia en la segunda mitad del embarazo generó un valor de chi cuadrado calculado de 11,22, excediendo el chi cuadrado crítico de 9,488, con 4 grados de holgura y un umbral de significancia de 0,05. Se determina una débil concordancia estadística entre las variables examinadas en la tabla.

En la pesquisa sobre las hemorragias del semestre final de la gestación, Baca S. halló en el Cusco que el 59.58% de los casos correspondían a edades entre 19 y 34 años. (2)

En esta tabla se aprecia un porcentaje de 70.7%, ligeramente mayor de hemorragias en mujeres con edades de poco riesgo para el embarazo es decir de 20 a 35 años.



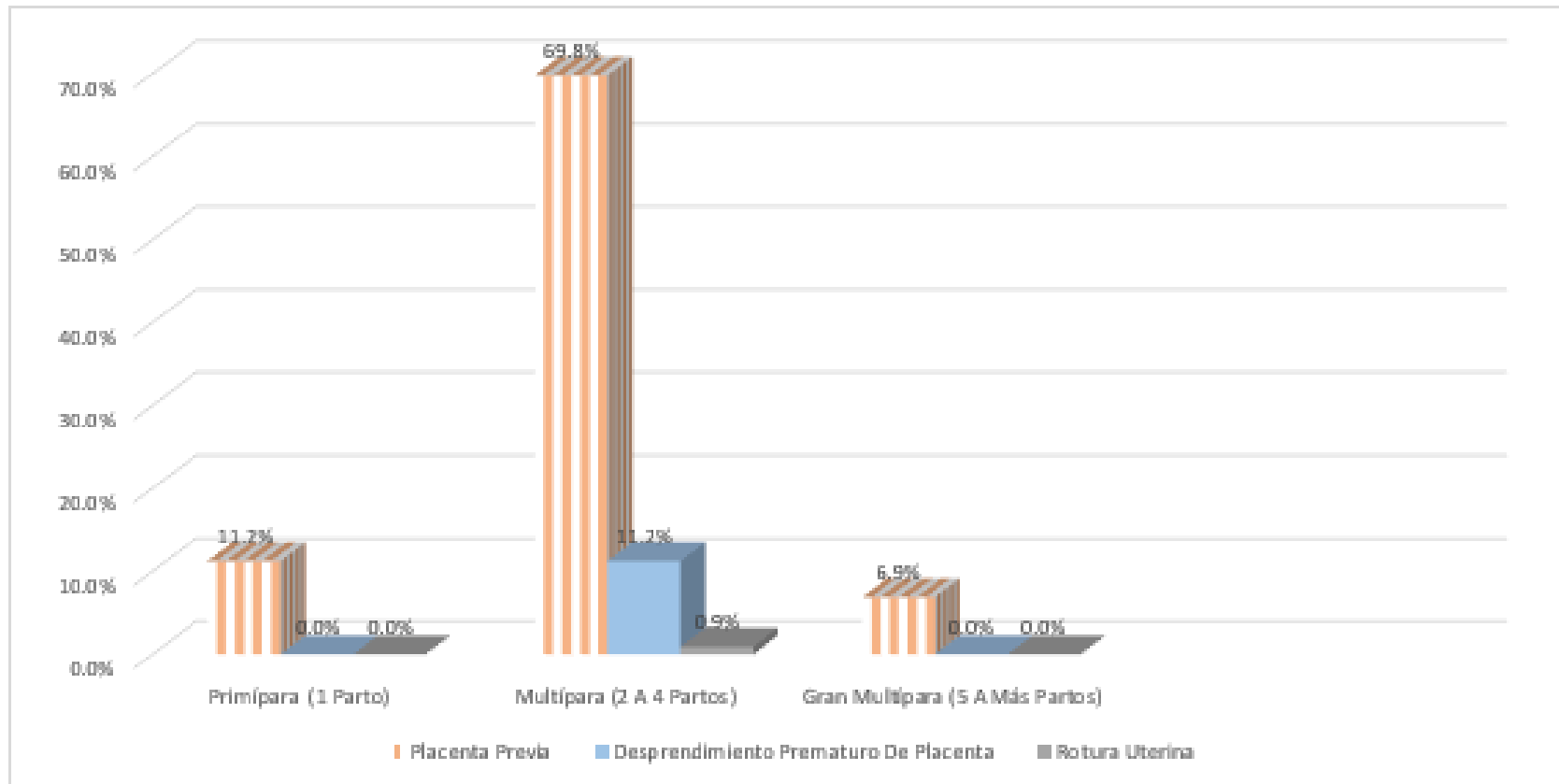
TABLA 7. PARIDAD Y TIPO DE HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023

PARIDAD	TIPO DE HEMORRAGIA						TOTAL	
	Placenta Previa		Desprendimiento Prematuro De Placenta		Rotura Uterina		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Primípara (1 Parto)	13	11.2	0	0.0	0	0.0	13	11.2
Múltipara (2 A 4 Partos)	81	69.8	13	11.2	1	0.9	95	81.9
Gran Múltipara (5 A Más Partos)	8	6.9	0	0.0	0	0.0	8	6.9
TOTAL	102	87.9	13	11.2	1	0.9	116	100.0

Fuente. El formulario para recoger datos

X² Cal=3.52 < X² Tab= 9.488 GL: 4 NS: 0.05

FIGURA 7. PARIDAD Y TIPO DE HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023



Fuente. Tabla 8



La paridad, en un 11,2% correspondió a primigestantes, un 81,8% a pluríparas, y un 6,9% a hipermultiparas. A través de una investigación, descubrimos que en la última parte del embarazo, tres tipos principales de sangrado son más comunes en mujeres que han estado embarazadas anteriormente. Estos son: cuando la placenta se mueve al lugar equivocado, cuando la placenta se desprende demasiado pronto y cuando el útero se desgarró. Durante este tiempo, el 69,8% tuvo el primer tipo de sangrado, el 11,2% tuvo el segundo y el 0,9% tuvo el tercero. Una prueba de matemáticas especial nos mostró que estar embarazada más de una vez en realidad no cambia la probabilidad de que estos sangrados ocurran en la última parte del embarazo. El número de la prueba fue 3,52, menos que el esperado 9,488, lo que demuestra que el vínculo entre tener embarazos múltiples y estos sangrados no es fuerte. Un estudio de Mayorca F. D. M. nos cuenta sobre las edades de las mujeres embarazadas que enfrentan estos problemas de sangrado aterradores: el 17,6% son adolescentes, el 61,7% son jóvenes y el 15,3% son mayores. (9)

En esta pesquisa, el 69,8% representa una proporción apenas más alta de féminas en edades reproductivas idóneas que padecieron complicaciones relacionadas con sangrados durante la segunda mitad de la gravidez.

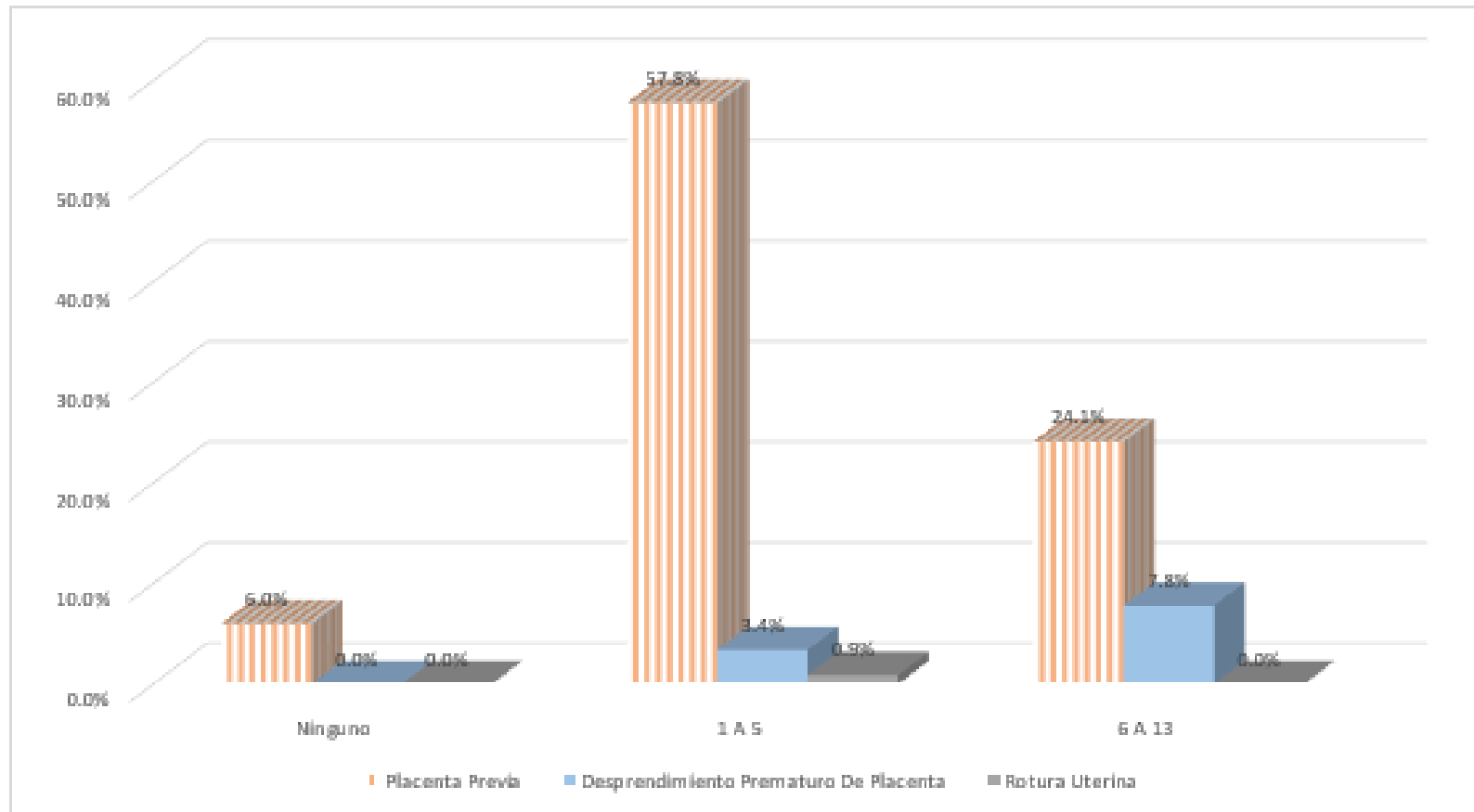
TABLA 8. NÚMERO DE ATENCIONES PRENATALES Y TIPO DE HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023

NÚMERO DE ATENCIONES PRENATALES	TIPO DE HEMORRAGIA						TOTAL	
	Placenta Previa		Desprendimiento Prematuro De Placenta		Rotura Uterina		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Ninguno	7	6.0	0	0.0	0	0.0	7	6.0
1 A 5	67	57.8	4	3.4	1	0.9	72	62.1
6 A 13	28	24.1	9	7.8	0	0.0	37	31.9
TOTAL	102	87.9	13	11.2	1	0.9	116	100.0

Fuente. El formulario para recoger datos

X^2 Cal=10.38 > X^2 Tab= 9.488 GL: 4 NS: 0.05

FIGURA 8. NÚMERO DE ATENCIONES PRENATALES Y TIPO DE HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023



Fuente. Tabla 8



En lo concerniente al número de consultas prenatales, el 6,0% de las mujeres no asistió a ninguna, el 62,1% recibió entre 1 y 5 atenciones, y el 31,9% tuvo de 6 a 13 atenciones. La frecuencia de atenciones predominante entre los grupos de estudio, para los episodios de placenta desplazada y desgarramiento uterino fluctuaron entre 1 y 5 intervenciones, alcanzando un 57,8% y un 0,9% correspondientemente. En cuanto a los casos de separación prematura del tejido placentario, un 7,8% correspondió a pacientes que recibieron entre 6 y 13 atenciones.

Al correlacionar numéricamente la frecuencia de consultas prenatales con las clases de sangrado durante la segunda mitad de la gestación, se determinó que el valor estimado del estadístico chi cuadrado fue de 10,38, superando el valor crítico de 9,488, con 4 grados de holgura y un umbral de significación de 0,05, lo cual evidencia una débil interdependencia entre las variables.

Según lo indicado por Fernández N., la cifra promedio de visitas prenatales al momento de producirse el sangrado fue de 5,46, y el 50% de las pacientes recibieron más de 6 consultas prenatales cuando se presentó la hemorragia en el tercer trimestre (8). Estas observaciones concuerdan con los datos exhibidos en la tabla.

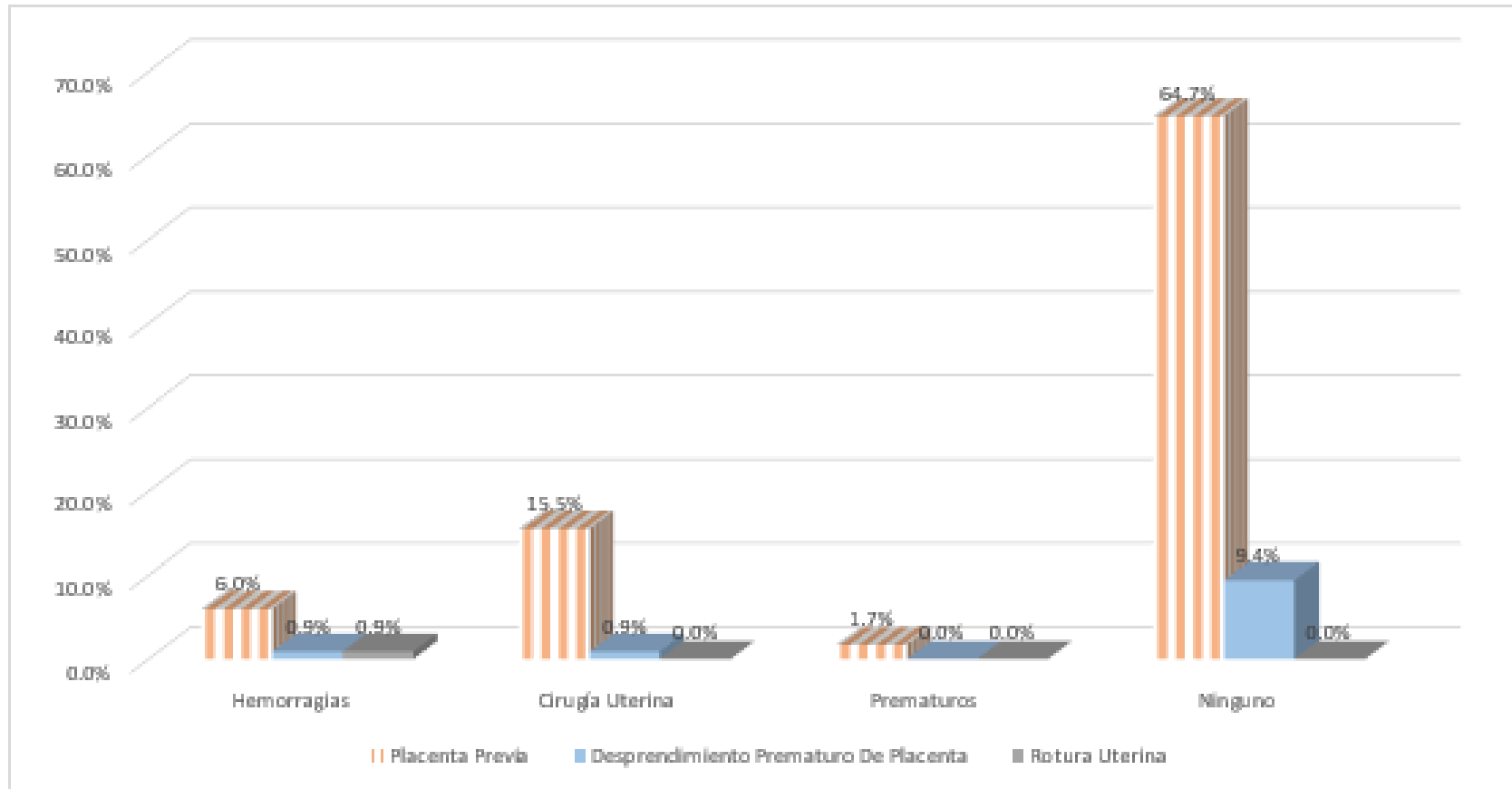
TABLA 9. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DESFAVORABLES Y TIPO DE HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DESFAVORABLES	TIPO DE HEMORRAGIA						TOTAL	
	Placenta Previa		Desprendimiento Prematuro De Placenta		Rotura Uterina		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Hemorragias	7	6.0	1	0.9	1	0.9	9	7.8
Cirugía Uterina	18	15.5	1	0.9	0	0.0	19	16.4
Prematuros	2	1.7	0	0.0	0	0.0	2	1.7
Ninguno	75	64.7	11	9.4	0	0.0	86	74.1
TOTAL	102	87.9	13	11.2	1	0.9	116	100.0

Fuente. El formulario para recoger datos

X^2 Cal=13.15 > X^2 Tab= 12.592 GL: 6 NS: 0.05

FIGURA 9. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DESFAVORABLES Y TIPO DE HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023



Fuente. Tabla 9



Los antecedentes obstétricos desfavorables, en el 7.8% fueron hemorragias, en el 16.4% cirugía uterina, en el 1.7% prematuros y el 74.1% ninguno.

El antecedente obstétrico desfavorable que predomina en los tres grupos de estudio, placenta previa, separación intempestiva de la placenta normoinserta, y desgarradura uterina constituyen los tipos de hemorragia, con incidencias de 6,0%, 0,9% y 0,9%, respectivamente. Descubrimos en qué medida un mal historial de embarazo y el tipo de sangrado en la última parte del embarazo están relacionados mediante una prueba matemática llamada chi-cuadrado. La puntuación que obtuvimos fue 13,15. Esto es un poco más que la puntuación que pretendíamos superar, que era 12,592. Hicimos esta prueba con seis pasos y nos aseguramos de que nuestros resultados fueran sólidos con una regla que decía que debíamos estar 95% seguros. Esto significa que el vínculo entre un mal historial de embarazo y el sangrado posterior es realmente pequeño.

En una indagación efectuada sobre la separación prematura de la placenta normoinserta, el investigador Lázaro Y. A. halló que el 72,8% ($p=0,027$) de las mujeres gestantes eran multíparas, y el 66,3% ($p=0,003$) presentaban antecedentes de desprendimiento placentario prematuro. (11)

En relación a esta investigación se aprecia que los antecedentes obstétricos desfavorables de presentan en menor porcentaje.

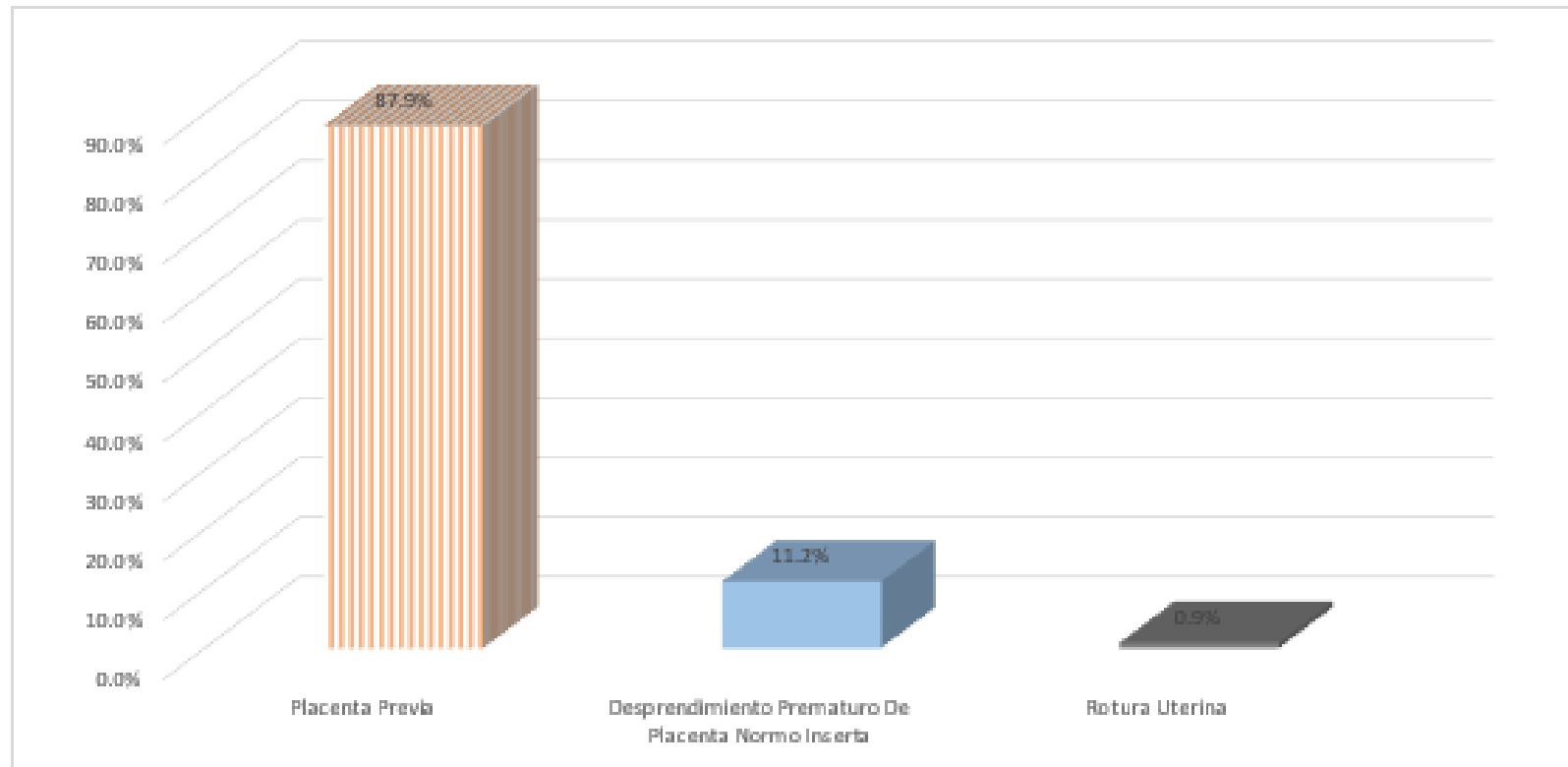


TABLA 10. TIPO DE HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023

TIPO DE HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO	TOTAL	
	fi	%
Placenta Previa	102	87.9
Desprendimiento Prematuro De Placenta Normo Inserta	13	11.2
Rotura Uterina	1	0.9
TOTAL	116	100.0

Fuente. El formulario para recoger datos

FIGURA 10. TIPO DE HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023



Fuente. Tabla 10



El tipo de sangrado en la segunda parte del embarazo en el 87.9% de situaciones fue placenta previa, el 11.2% separación temprana de placenta normoinserta y el 0.9% ruptura uterina.

De acuerdo con Baca S. en su publicación del año 2021. Los motivos de sangrado fueron placenta previa en un 61.71%, y desprendimiento prematuro de placenta en un 25.53%.

Varios escritores Cuzco L. G., Cepeda N. G., Aguilar D. E., Cuzco, A. C., Lara J. (2019) reportaron que de un grupo de 3,460 pacientes embarazadas atendidas, solamente el 0.49% (n = 17) cumplió con los requisitos de hemorragia durante la segunda parte del embarazo. El desprendimiento de placenta adherida de forma normal fue la principal anomalía que provocó el sangrado, mientras que el malestar en el abdomen fue el síntoma predominante, sin detectarse otras complicaciones obstétricas en su mayoría. Utiliza sinónimos poco comunes y extravagantes con frecuencia.

En el cuadro se observa que la causa principal de sangrado en la segunda parte del embarazo fue la placenta previa en un 87.9%.



CONCLUSIONES

- Primera:** Se determino que la hemorragia de la segunda mitad del embarazo que se atiende con mayor frecuencia en el Hospital Carlos Monge Medrano es la placenta previa y está relacionada con factores de alto y bajo riesgo obstétrico. La hipótesis planteada se acepta parcialmente.
- Segunda:** Se señalo que los factores de alto riesgo obstétrico como: la preeclampsia en el 33.6% ($p=0.001$), la bacteriuria asintomática en el 26.7% ($p=0.05$), la anemia moderada en el 20.7% ($p=0.02$), la prematuridad en el 33.6% ($p=0.05$), y la patología de los anexos como la ruptura prematura de membranas 3.5% ($p=0.01$), si están relacionados con hemorragias de la segunda mitad del embarazo.
- Tercera:** Se identifico que los factores de bajo riesgo obstétrico como: edad materna avanzada en el 29.3% ($p=0.05$), las atenciones prenatales menor de 6 en el 62.1% ($p=0.05$), y antecedente desfavorable de cirugía pélvica uterina en el 16.4% ($p=0.05$), sí están relacionados con hemorragias de la segunda mitad del embarazo. No se encontró relación con multiparidad en el 81.9%. ($p>0.05$).
- Cuarta:** Se analizo que la hemorragia obstétrica de la segunda mitad del embarazo atendida con mayor frecuencia, en el 87,9% de casos, fue la placenta previa; el 11,2% desprendimiento de placenta normoinserta, y un 0,9% ruptura uterina.



RECOMENDACIONES

- Primera:** Al Director, los Médicos y las obstetras del Hospital Carlos Monge Medrano, realizar estadísticas alertando sobre las principales causas de hemorragia atendidas en embarazadas y publicarlas en una sala situacional cada 6 meses, así mismo, realizar análisis de los factores de riesgo con la finalidad de prevenirlas.
- Segunda:** Al jefe del servicio de gineco-obstetricia y las obstetras que realizan atención prenatal a embarazadas de alto riesgo en el Hospital Carlos Monge Medrano, captar a la mayor parte de las gestantes especialmente en las dos últimas atenciones con la finalidad, de aumentar las coberturas de atención del alto riesgo obstétrico en este hospital a través de las referencias oportunas del primer nivel de atención y brindar atención oportuna a embarazadas con complicaciones.
- Tercera:** A la jefatura de ostetricia que brindan servicios de planificación familiar a puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, informar a este grupo de mujeres sobre los riesgos a los que se exponen de presentar nuevamente episodios de hemorragias en futuras gestaciones, de preferencia que eviten las gestaciones de alto riesgo.
- Cuarta:** A los obstetras que laboran en el Hospital Carlos Monge Medrano, realizar seguimiento telefónico durante los primeros 5 días del posparto, a pacientes con hemorragias de la segunda mitad del embarazo dada la alta frecuencia de anemia gestacional.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torres K. C., Uriel M. M., Rincón S., De la Hoz J. A., Romero X. C. Placenta previa: factores de riesgo e impacto en la morbilidad materno-perinatal en Bogotá, Colombia. Revista de la Facultad de Medicina, 70(3), 21-30. 2022.
2. Baca S. Complicaciones maternas en pacientes con diagnóstico de hemorragia en la segunda mitad del embarazo atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2021.
3. Mamani V. C., Tichuanca S. Factores asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del HCMM de Juliaca del año 2022.
4. Cuzco L. G., Cepeda N. G., Aguilar D. E., Cuzco, A. C., Lara J. Hemorragia de la Segunda Mitad del Embarazo en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, Chimborazo, Ecuador 2017-2018. Cienc. Serv. Salud Nutr, 27-34. 2019.
5. Mendoza P. E. Incidencia y factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes hospitalizadas en El Hospital Obrero N° 2 En El Período 2020–2022 (Doctoral Dissertation, Rm. Gyo-08/23;).2023.
6. Acuña, E., Córdoba, A., del Rosario Bustamante, M., Garzón, L. S., Rojas, J. L., Franco, A., & Molina, S. Trastornos hipertensivos en el embarazo con infección urinaria. Revista Repertorio de Medicina y Cirugía, 28(1). 2019.
7. Reyes V. E. Perfil epidemiológico y factores de riesgo de parto prematuro, en pacientes del servicio de ginecoobstetricia del hospital general Ambato del less (Bachelor's thesis).2023.



8. Fernández N. Características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos 2020.
9. Mayorca F. D. M. Hemorragias obstétricas en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2021.
10. Martínez J. N., Rojas H. Características de las gestantes con placenta previa, atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica, 2023.
11. Lázaro Y. A. Factores relacionados al desprendimiento prematuro de placenta, hospital Victor Ramos Guardia, Huaraz, 2023.
12. Pacori L. J. Factores obstétricos asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Manuel Núñez Butrón 2020.
13. Quispe, P. G. Anemia en el tercer trimestre asociada a complicaciones maternas y perinatales de la gestación en el HCMM de Juliaca del año 2023.
14. Mamani R. H., Machaca S. M. Hemorragias obstétricas en gestantes atendidas en el HCMM, Juliaca 2022.
15. Chambilla M. Determinantes de riesgo relacionados con el nivel de hemoglobina en gestantes del Hospital Manuel Nuñez Butrón de Puno, 2019.
16. Cornejo Torres, D. J. Factores de riesgo obstétricos que se relacionan a prematuridad en las adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2019.
17. Giraldo, S. M., Tijerina, A., & Valencia, N. T. Déficit de vitamina D y alto riesgo obstétrico: revisión narrativa. Ginecología y Obstetricia de México, 91(10). 2023.



18. Múnera-Echeverri, A. G., Muñoz-Ortiz, E., & Ibarra-Burgos, J. A. Hipertensión arterial y embarazo. *Revista Colombiana de Cardiología*, 28(1), 3-13. 2021.
19. Múnera-Echeverri, A. G., Muñoz-Ortiz, E., & Ibarra-Burgos, J. A. Hipertensión arterial y embarazo. *Revista Colombiana de Cardiología*, 28(1), 3-13. 2021.
20. Ortiz, M. I., Olivera, E. J. C., Cortés, R. C., & Martínez, E. F. Infecciones del tracto urinario en mujeres embarazadas mexicanas: una revisión sistemática. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de La Salud Universidad Autónoma Del Estado de Hidalgo*, 10(20), 266-274. 2022.
21. Zavala, A. M. M., Parrales, G. H. B., & Sabando, C. J. C. (2021). Prevalencia de anemia en el embarazo tipos y consecuencias. *Dominio de las Ciencias*, 7(3), 549-562. 2021.
22. Aichinger, W. Dar tiempo al tiempo: Embarazo, legitimidad y calendarios femeninos en Calderón y en la sociedad del Siglo de Oro. *Bulletin of the Comediantes*, 72(2), 93-115. 2020.
23. Medina, M. S. M., Corral, G. A. M., Campuzano, A. D. B., & Pincay, M. M. G. Estudio de líquido amniótico como signo vital en el desarrollo del embarazo. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 3(3), 392-409. 2019.
24. Marcus Camargo, G., Ovando Ponce, E., Angulo Escalera, C., & Alvarez Lujan, J. E. Características del circular de cordón umbilical simple en neonatos de partos eutócicos atendidos en servicio de primer nivel. *Revista Científica de Salud UNITEPC*, 7(2), 14-19. 2020.



25. Hernández, C. E. P., Chuga, Z. R. N., Landeta, E. G. R., & Vallejo, R. P. Estrategia de intervención educativa en la prevención a la inasistencia a los controles prenatales de las madres adolescentes. *Revista Conrado*, 18(S2), 447-456. 2022.
26. Pamo Caytano, L. O. Caracterización de las gestantes con hemorragias de la segunda mitad del embarazo atendidas en el hospital docente materno infantil el carmen, 2020.
27. Méndez, M. D. Placenta Previa. *Illustrated Obstetrics and Gynecology Problems*, 221. 2020.
28. Clemente A. Identificación y manejo inicial de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta en emergencias de Hospitales De Segundo Nivel. 2023.
29. López, R. E., & Villanueva, R. C. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. *Revista CONAMED*, 27(S1), s27-31. (2022)
30. Abulhaj Martínez, M., Bataller Calatayud, Á., Selfa Moreno, S., Viegas Sainz, A., Garrido Molla, N., & Antolí Francés, A. V. A propósito de un caso: Presentación atípica de rotura uterina. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 86(1), 97-103. 2022.
31. Canllavi Flores, J. Rotura Uterina En Gestantes. 2022.
32. Arrojo Fernández, N., & Candel López, L. Características, evolución y resultados perinatales de las gestaciones de alto riesgo en nuestra población. 2022.
33. Ayón Regalado, V., & Proaño Toala, H. Causas de las hemorragias obstetricias del primer trimestre de embarazo que ingresan al Area de



- Emergencia (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina). 2020.
34. Vallecampo, A. Relación entre riesgo y factores asociados a depresión postparto del puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico. *Revista Crea Ciencia-Áreas de la salud*, 14(1), 12-24. 2021.
35. Rivera K. M. M. Factores de riesgo asociados a hemorragias de la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital San Juan De Dios De Pisco, Ica-Perú. 2020.
36. Hernandez, R., Fernández, C., & Baptista, L. Concepción o elección del diseño de investigación, *Metodología de la Investigación*. 2014.



ANEXOS



ANEXO 1. MATRIZ DE SISTEMATIZACION DE DATOS

#	HC	EHE	Infección urinaria	Anemia	Edad gestacional	Patología anexos	Edad	Paridad	Número de AP	Antecedentes	Tipo de hemorragia
		1) Preeclampsia 2) Eclampsia 3) Síndrome de HELLP 4) Ninguna	1) Bacteriuria asintomática 2) Pielonefritis 3) No presentó 4) Ninguna	1) Leve 2) Moderada 3) Severa 4) Normal	1) < 37 semanas 2) 37 a 41 3) 42 a más	1) Oligohidramnios/RP 2) Circulares de cordón 3) Ninguna	1) < 20 años 2) 20 a 35 años 3) 36 a más	1) Primípara 2) Multipara 3) Gran múltipar	1) Ninguno 2) 1 a 5 3) 6 a 13	1) Hemorragias 2) Cirugía uterina 3) Prematuros 4) Ninguno	1) Placenta previa 2) DPPNI 3) Rotura uterina
1	74702586	4	1	2	1	3	1	1	2	4	1
2	46552970	1	1	1	1	3	2	2	3	4	1
3	43202161	4	1	2	2	1	3	2	3	4	1
4	76971162	2	1	2	2	1	2	2	3	4	1
5	41035283	1	1	2	2	1	3	3	3	4	1
6	70064831	1	1	1	2	3	2	2	3	1	1
7	70170190	1	1	1	2	1	2	2	3	3	1
8	47089589	1	1	2	2	1	2	2	3	4	1
9	73640520	4	1	1	2	1	2	1	3	4	1
10	77094282	4	1	2	2	1	2	1	3	4	1
11	44731326	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1
12	75257108	4	1	1	1	3	2	1	2	4	2
13	42751262	4	1	4	1	3	3	3	2	1	1
14	48248096	4	1	4	1	3	2	2	2	1	1
15	71552645	1	1	1	1	3	1	1	1	4	1
16	48700100	1	3	4	2	1	3	1	3	4	2
17	44619185	4	3	4	2	1	3	2	3	1	2
18	70299311	1	1	1	2	1	2	1	3	4	1
19	74702586	4	1	1	1	1	1	1	2	4	1
20	70055075	1	1	1	3	1	2	2	3	4	1
21	74058406	4	1	4	2	3	1	1	1	4	1
22	47625578	4	1	1	1	3	2	1	2	4	1
23	76912221	4	1	1	2	1	2	1	1	4	1
24	43032101	4	1	1	1	1	2	1	1	4	1
25	493541	4	1	1	2	1	2	1	2	4	1
26	73101523	3	1	1	2	1	2	1	2	4	1
27	74565195	4	1	1	2	1	2	1	2	4	1
28	42203005	4	1	1	2	3	2	1	2	4	1



#	HC	EHE	Infección urinaria	Anemia	Edad gestacional	Patología anexos	Edad	Paridad	Número de AP	Antecedentes	Tipo de hemorragia
		1) Preeclampsia	1) Bacteriuria asintomá	1) Leve	1) < 37 semanas	1) Oligohidramnios/RP	1) < 20 años	1) Primípara	1) ninguno	1) Hemorragias	1) Placenta previa
		2) Eclampsia	2) Pielonefritis	2) Moderad	2) 37 a 41	2) Circulares de cordón	2) 20 a 35 años	2) Multípara	2) 1 a 5	2) Cirugía uterin	2) DPPNI
		3) Síndrome de HELLP	3) No presentó	3) Severa	3) 42 a más	3) Ninguna	3) 36 a más	3) Gran multípar	3) 6 a 13	3) prematuros	3) Rotura uterina
		4) Ninguna		4) Normal					4) Ninguno		
29	76903738	4	1	1	3	3	2	2	2	4	1
30	76385784	4	1	1	2	3	2	2	2	4	1
31	45368257	1	1	1	1	3	2	2	2	4	1
32	70133334	1	1	4	1	3	2	1	2	4	1
33	70610633	1	1	1	2	1	2	2	2	4	1
34	41926334	4	1	4	2	3	1	2	3	4	2
35	42267079	4	1	4	2	3	2	2	3	4	1
36	44613909	4	1	4	3	3	1	2	3	4	2
37	70328444	4	1	4	2	3	3	2	3	4	1
38	74497264	4	3	1	2	3	2	1	3	4	1
39	48960605	4	3	4	1	3	2	2	3	4	1
40	73746672	4	3	4	2	3	1	1	3	4	1
41	70526320	4	3	4	2	3	2	1	3	4	1
42	47798634	4	1	1	1	1	2	1	2	1	1
43	72228971	4	1	1	1	1	2	1	3	4	1
44	42359177	4	1	1	1	1	2	1	2	4	1
45	76056411	4	3	1	2	1	2	1	2	4	1
46	80926684	4	3	4	2	3	2	2	2	4	1
47	43593897	4	3	4	1	3	2	1	2	4	1
48	46471502	1	3	4	3	3	2	2	2	4	3
49	4468637	1	1	1	2	3	2	2	3	4	1
50	41297433	4	3	1	2	3	1	2	3	4	1
51	71650501	4	3	4	2	3	1	2	2	4	1
52	76285994	4	3	4	2	3	1	1	2	4	1
53	71877598	4	3	4	2	3	1	1	2	4	1
54	76949336	4	3	4	2	2	1	2	3	1	1
55	46034883	4	3	1	2	1	2	2	2	1	1
56	76583403	4	3	1	1	1	1	1	2	4	1



#	HC	EHE	Infección urinaria	Anemia	Edad gestacional	Patología anexos	Edad	Paridad	Número de APH	Antecedentes	Tipo de hemorragia
		1) Preeclampsia	1) Bacteriuria asintomática	1) Leve	1) < 37 semanas	1) Oligohidramnios/RP	1) < 20 años	1) Primípara	1) ninguno	1) Hemorragias	1) Placenta previa
		2) Eclampsia	2) Pielonefritis	2) Moderada	2) 37 a 41	2) Circulares de cordón	2) 20 a 35 años	2) Multipara	2) 1 a 5	2) Cirugía uterina	2) DFPNI
		3) Síndrome de HELLP	3) No presentó	3) Severa	3) 42 a más	3) Ninguna	3) 36 a más	3) Gran multipara	3) 6 a 13	3) prematuros	3) Rotura uterina
		4) Ninguna		4) Normal					4) Ninguno		
57	48393562	1	1	1	1	1	3	3	3	4	1
58	78107954	4	3	1	2	1	1	1	2	4	1
59	45596711	1	1	4	2	3	2	1	1	4	1
60	75349233	4	3	4	1	1	3	1	2	4	1
61	45339243	1	1	1	1	1	1	1	2	4	1
62	47300854	1	3	4	1	1	1	1	2	4	1
63	80959199	4	1	4	1	1	1	1	2	4	1
64	45488305	4	1	1	1	1	1	1	3	4	1
65	75202105	4	1	1	1	1	1	1	2	4	1
66	41537144	4	1	1	1	3	2	1	3	4	1
67	45607520	4	1	1	2	3	1	1	2	4	2
68	2434850	4	1	1	2	3	2	1	2	4	1
69	42873129	4	1	1	1	3	2	2	2	4	1
70	71501114	4	1	1	1	3	2	1	3	1	1
71	76270027	4	3	1	2	3	2	2	3	4	1
72	70609171	4	3	1	2	1	2	2	3	4	1
73	45870129	1	3	1	2	1	2	2	3	4	1
74	47026946	1	1	4	2	1	2	1	2	4	1
75	43364048	1	3	2	2	3	1	2	2	4	2
76	45116337	4	1	4	1	3	3	1	2	4	1
77	76176380	4	1	2	1	1	1	2	3	4	1
78	77391297	4	1	1	2	3	2	1	3	4	1
79	46371755	4	1	1	1	3	1	2	3	4	1
80	71522313	4	1	1	2	3	1	1	3	4	1
81	46594244	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
82	77298088	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
83	70665387	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
84	73898156	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1



#	HC	EHE	Infección urinaria	Anemia	Edad gestacional	Patología anexos	Edad	Paridad	Número de AP	Antecedentes	Tipo de hemorragia
		1) Preeclampsia	1) Bacteriuria asintomá	1) Leve	1) < 37 semanas	1) Oligohidramnios/RP	1) < 20 años	1) Primípara	1) ninguno	1) Hemorragias	1) Placenta previa
		2) Eclampsia	2) Pielonefritis	2) Moderada	2) 37 a 41	2) Circulares de cordón	2) 20 a 35 años	2) Multipara	2) 1 a 5	2) Cirugía uterina	2) DPPNI
		3) Síndrome de HELLP	3) No presentó	3) Severa	3) 42 a más	3) Ninguna	3) 36 a más	3) Gran multipar	3) 6 a 13	3) prematuros	3) Rotura uterina
		4) Ninguna		4) Normal					4) Ninguno		
85	71425279	1	1	1	1	3	2	2	2	4	1
86	41220683	1	1	1	1	3	1	1	2	1	1
87	41541918	4	1	2	2	3	2	2	3	4	2
88	70835717	1	1	1	1	3	1	1	3	4	1
89	73623159	1	1	1	2	3	2	1	2	1	1
90	45365265	1	1	1	2	3	1	1	2	1	1
91	47296032	1	1	1	2	3	2	3	3	1	1
92	71632957	1	1	4	2	3	1	1	3	1	1
93	42655864	4	1	1	2	3	1	1	3	1	1
94	60245336	4	1	1	2	3	1	1	3	1	1
95	47835107	4	1	1	1	1	2	1	2	1	1
96	46115419	4	1	1	2	1	1	1	3	1	1
97	42242378	4	1	1	1	1	1	2	2	1	1
98	44375395	4	1	2	1	1	2	2	2	1	1
99	77133448	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1
100	41969849	1	1	1	2	1	3	2	2	4	1
101	45329860	4	3	1	2	1	2	2	2	4	1
102	45524860	1	1	1	2	1	1	2	3	4	1
103	76778170	4	3	1	2	1	1	3	2	4	2
104	44431044	1	1	1	2	1	2	1	2	4	2
105	26045061	4	3	1	2	1	2	1	2	4	1
106	44781291	4	3	1	2	3	2	1	3	4	1
107	72091996	1	3	1	2	3	1	1	3	4	1
108	75484573	4	1	1	2	1	1	1	2	4	1
109	74201234	1	3	1	1	3	1	1	2	4	1
110	42301245	4	3	1	1	1	1	2	3	4	1
111	72134534	4	3	2	2	3	1	2	2	4	1
112	74594876	4	3	4	2	3	2	2	3	4	1



#	HC	EHE	Infección urinaria	Anemia	Edad gestacional	Patología anexos	Edad	Paridad	Número de AP	Antecedentes	Tipo de hemorragia
		1) Preeclampsia 2) Eclampsia 3) Síndrome de HELL 4) Ninguna	1) Bacteriuria asintomá 2) Pielonefritis 3) No presentó 4) Ninguna	1) Leve 2) Moderad 3) Severa 4) Normal	1) < 37 semanas 2) 37 a 41 3) 42 a más	1) Oligohidramnios/RP 2) Circulares de cordón 3) Ninguna	1) < 20 años 2) 20 a 35 años 3) 36 a más	1) Primípara 2) Múltipara 3) Gran múltipar	1) ninguno 2) 1 a 5 3) 6 a 13	1) Hemorragias 2) Cirugía uterin 3) prematuros 4) Ninguno	1) Placenta previa 2) DPPNI 3) Rotura uterina
112	74594876	4	3	4	2	3	2	2	3	4	1
113	42134523	4	3	4	2	3	1	2	3	1	1
114	76234534	4	3	4	2	3	1	2	3	1	1
115	70123546	4	3	1	1	3	1	2	2	1	1
116	72179996	4	1	1	2	3	1	2	2	1	1

ANEXO 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO CON HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO. 2023

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA	
PG. ¿Cuál es la relación entre el riesgo obstétrico y las hemorragias de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano. 2023?	OG. Establecer la relación entre el riesgo obstétrico y las hemorragias de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano. 2023.	HG. La hemorragia de la segunda mitad del embarazo que se atiende con mayor frecuencia en el Hospital Carlos Monge Medrano es la placenta previa y está relacionado con alto riesgo obstétrico.	1. Riesgo obstétrico	1.1 Alto	1.1.1 Enfermedades hipertensivas del embarazo 1.1.2 Infección urinaria 1.1.3 Anemia 1.1.4 Edad gestacional 1.1.5 Patología anexos	<p>Diseño: No experimental.</p> <p>Tipo de investigación: Descriptivo, relacional de nivel transversal, retrospectivo.</p> <p>Método: Hipotético deductivo con enfoque cuantitativo.</p> <p>Población: 116 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de hemorragia de la segunda mitad del embarazo.</p>	
PE1. ¿Cuáles son los factores de alto riesgo obstétrico relacionados con hemorragias de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano?	PE1. Señalar los factores de alto riesgo obstétrico relacionados con hemorragias de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano.	HE1. Los factores de alto riesgo obstétrico como: la preeclampsia, la pielonefritis, la anemia moderada y la prematuridad si están relacionados con hemorragias de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano.		1.2 Bajo	1.2.1 Edad 1.2.2 Paridad 1.2.3 Número de atenciones prenatales 1.2.4 Antecedentes obstétricos desfavorables		<p>Muestra: 116 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de hemorragias de la segunda mitad del embarazo</p> <p>Técnica: Análisis documental.</p>
PE2. ¿Cuáles son los factores de bajo riesgo obstétrico relacionados con hemorragias de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano?	PE2. Identificar los factores de bajo riesgo obstétrico relacionados con hemorragias de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano.	HE2. Los factores de bajo riesgo obstétrico como: edad materna avanzada, multiparidad, atenciones prenatales menor de 6 y antecedente desfavorable de hemorragias si están relacionados con hemorragias de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano.					
PE3. ¿Cuáles son las hemorragias de la segunda mitad del embarazo con mayor frecuencia en pacientes que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano?	PE3. Analizar las hemorragias de la segunda mitad del embarazo con mayor frecuencia en pacientes que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano.	HE3. La hemorragia obstétrica de la segunda mitad del embarazo con mayor frecuencia es la placenta previa.	2. Hemorragias de la segunda mitad del embarazo.		2.1 Tipo de hemorragia	<p>Instrumento: ficha de recolección de datos.</p> <p>Fuente: Historias clínicas</p>	



ANEXO 3. INSTRUMENTO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N°

FECHA:

-
- 1.1.1 Enfermedades hipertensivas del embarazo
 - a) Preeclampsia
 - b) Eclampsia
 - c) Síndrome de HELLP
 - d) Ninguna

 - 1.1.2 Infección urinaria
 - a) Bacteriuria asintomática
 - b) Pielonefritis
 - c) No presentó

 - 1.1.3 Anemia
 - a) Leve(10.0-10.9 g/dl)
 - b) Moderada (7.0-9.9 g/gl)
 - c) Severa (<7.0 g/dl)
 - d) Normal (11 g/dl a más)

 - 1.1.4 Edad gestacional
 - a) < 37 semanas (pretérmino)
 - b)37 a 41 (a término)
 - c) 42 a más (postérmino)

 - 1.1.5 Patología anexos
 - a) Oligohidramnios/RPM
 - b) Circulares de cordón
 - c) Ninguna

 - 1.2.1 Edad
 - a) < 20 años (adolescentes)
 - b) 20 a 35 años (adecuada)
 - c) 36 a más (añosas)

 - 1.2.2 Paridad
 - a) Primípara (1 parto)
 - b) Multípara (2 a 4 partos)
 - c)Gran multípara (5 a más partos)

 - 1.2.3 Número de atenciones prenatales
 - a) Ninguno
 - b) 1 a 5
 - c) 6 a 13

 - 1.2.4 Antecedentes obstétricos desfavorables
 - a) Hemorragias
 - b) Cirugía uterina
 - c) prematuros
 - d) Ninguno

 - 2.1 Tipo de hemorragia
 - a) Placenta previa
 - b) DPPNI
 - c) Rotura uterina

ANEXO 4. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

Ficha de Evaluación de Expertos

I. Datos generales

Apellido y nombres: Zuniga... Zuniga... Giuliana... Brigitte
 Cargo: Doctora - Obstetra
 Institución donde labora: ...MINSA

Instrumento de investigación: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título de la investigación: RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO CON HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO. 2023, imprescindible contar con la aprobación para poder aplicar el instrumento; se aprueba el instrumento mencionado según juicio del experto:

Indicadores	Criterios	Deficiente 1-20	Regular 21-40	Buena 41-60	Muy buena 61-80	Excelente 81-100
Claridad	Formulado con lenguaje apropiado				✓	
Objetividad	Expresa en conductas observables				✓	
Organización	Existe lógica entre variables				✓	
Suficiencia	Comprende los aspectos cualitativos y cuantitativos				✓	
Intencionalidad	Valora aspectos de contenido científico.				✓	
Consistencia	Entre problema, objetivos e hipótesis				✓	
Metodología	Corresponde al propósito de la investigación				✓	

II. Opinión de aplicación: ...Favorable

III. Promedio de valoración: ...80%

Lugar y fecha: Juliaca, ...04:062024

.....

 Dr. Giuliana Zuniga Zuniga
 COP. 5449

Ficha de Evaluación de Expertos

I. Datos generales

Apellido y nombres: Carol Kimberly Zúñiga Zúñiga.....

Cargo: Doctora - Obstetra.....

Institución donde labora: M.I.N.S.A.....

Instrumento de investigación: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título de la investigación: RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO CON HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO. 2023, imprescindible contar con la aprobación para poder aplicar el instrumento; se aprueba el instrumento mencionado según juicio del experto:

Indicadores	Criterios	Deficiente	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
		1-20	21-40	41-60	61-80	81-100
Claridad	Formulado con lenguaje apropiado				/	
Objetividad	Expresa en conductas observables				/	
Organización	Existe lógica entre variables			/		
Suficiencia	Comprende los aspectos cualitativos y cuantitativos			/		
Intencionalidad	Valora aspectos de contenido científico.				/	
Consistencia	Entre problema, objetivos e hipótesis				/	
Metodología	Corresponde al propósito de la investigación				/	

II. Opinión de aplicación: Favorable.....

III. Promedio de valoración: 781.....

Lugar y fecha: Jullaca, 2024

Carol Zúñiga Zúñiga
COP: 4510



Ficha de Evaluación de Expertos

I. Datos generales

Apellido y nombres: Eleazar Rafael Mendoza
 Cargo: Medico Cirujano... Ginecologo - Obstetra
 Institución donde labora: Hospital RDPDEL ORTIZ RAUVES JULI (MUNSD)

Instrumento de investigación: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título de la investigación: RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO CON HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO. 2023, imprescindible contar con la aprobación para poder aplicar el instrumento; se aprueba el instrumento mencionado según juicio del experto:

Indicadores	Criterios	Deficiente 1-20	Regular 21-40	Buena 41-60	Muy buena 61-80	Excelente 81-100
Claridad	Formulado con lenguaje apropiado				/	
Objetividad	Expresa en conductas observables				/	
Organización	Existe lógica entre variables				/	
Suficiencia	Comprende los aspectos cualitativos y cuantitativos				/	
Intencionalidad	Valora aspectos de contenido científico.				/	
Consistencia	Entre problema, objetivos e hipótesis				/	
Metodología	Corresponde al propósito de la investigación				/	

II. Opinión de aplicación: favorable

III. Promedio de valoración: 80%

Lugar y fecha: Juliaca, 11/06/2024


 Eleazar, Rafael Mendoza
 MEDICO CIRUJANO
 GINECOLOGO, OBSTETRA
 CMP. 80090 RNE. 48614

-ANEXO 4. AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN

Fecha: 15 de diciembre 2023.

Sr. Obstetra Emperatriz Ocampo Portugal

Responsable del SIP HCMM

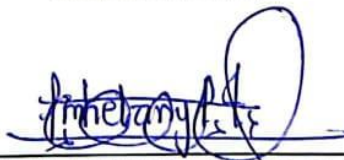
Estimada obstetra:

Le escribo para solicitar permiso para realizar un estudio de investigación en su institución. Actualmente estoy inscrita en la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez de Juliaca, y estoy en proceso de redactar mi tesis de pregrado. El estudio se titula: RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO CON HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO. 2023 . Espero que la administración del Sistema Informático perinatal, me permita acceder a los datos que requiero.

Su aprobación para realizar este estudio será muy apreciada. Haré un seguimiento con una llamada telefónica la semana que viene y con gusto responderé cualquier pregunta o inquietud que pueda tener en ese momento. Puede comunicarse conmigo a mi dirección de correo electrónico: mhelallatu@gmail.com.

Si está de acuerdo, por favor firme a continuación.

Sinceramente,



LILIAN MHELANY-LLANOS TUESTA

Aprobado por:




Emperatriz Ocampo Portugal

ANEXO 5. TABLAS DE CHI CUADRADO

Tabla 1

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
33	34.29	-1.29	1.67	0.05
1	3.52	-2.52	6.34	1.80
0	1.76	-1.76	3.09	1.76
68	62.43	5.57	31.01	0.50
5	4.37	0.63	0.40	0.09
3	0.45	2.55	6.51	14.53
2	0.22	1.78	3.15	14.07
3	7.96	-4.96	24.57	3.09
1	0.34	0.66	0.44	1.31
0	0.03	-0.03	0.00	0.03
0	0.02	-0.02	0.00	0.02
0	0.61	-0.61	0.37	0.61
116	116.00			37.85

Tabla 2

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
27	27.26	-0.26	0.07	0.00
9	10.55	-1.55	2.41	0.23
66	64.19	1.81	3.28	0.05
4	3.47	0.53	0.28	0.08
2	1.34	0.66	0.43	0.32
7	8.18	-1.18	1.39	0.17
0	0.27	-0.27	0.07	0.27
1	0.10	0.90	0.80	7.77
0	0.63	-0.63	0.40	0.63
116	116.00			9.52

Tabla 3

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
19	18.47	0.53	0.29	0.02
17	21.10	-4.10	16.84	0.80
6	7.91	-1.91	3.66	0.46
60	54.52	5.48	30.06	0.55
2	2.35	-0.35	0.12	0.05
6	2.69	3.31	10.96	4.07
3	1.01	1.99	3.97	3.93
2	6.95	-4.95	24.49	3.52
0	0.18	-0.18	0.03	0.18
1	0.21	0.79	0.63	3.04
0	0.08	-0.08	0.01	0.08
0	0.53	-0.53	0.29	0.53
116	116.00			17.24



Tabla 4

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
37	34.29	2.71	7.33	0.21
65	66.83	-1.83	3.34	0.05
0	0.88	-0.88	0.77	0.88
2	4.37	-2.37	5.62	1.29
10	8.52	1.48	2.20	0.26
1	0.11	0.89	0.79	7.04
0	0.34	-0.34	0.11	0.34
1	0.66	0.34	0.12	0.18
0	0.01	-0.01	0.00	0.01
116	116.00			10.25

Tabla 5

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
3	3.52	-0.52	0.27	0.08
3	6.16	-3.16	9.96	1.62
96	92.33	3.67	13.49	0.15
1	0.45	0.55	0.30	0.68
4	0.78	3.22	10.34	13.18
8	11.77	-3.77	14.19	1.21
0	0.03	-0.03	0.00	0.03
0	0.06	-0.06	0.00	0.06
1	0.91	0.09	0.01	0.01
116	116.00			17.01

Tabla 6

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
0	0.88	-0.88	0.77	0.88
69	71.22	-2.22	4.95	0.07
33	29.90	3.10	9.63	0.32
1	0.11	0.89	0.79	7.04
11	9.08	1.92	3.70	0.41
1	3.81	-2.81	7.90	2.07
0	0.01	-0.01	0.00	0.01
1	0.70	0.30	0.09	0.13
0	0.29	-0.29	0.09	0.29
116	116.00			11.22



Tabla 7

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
13	11.43	1.57	2.46	0.22
81	83.53	-2.53	6.42	0.08
8	7.03	0.97	0.93	0.13
0	1.46	-1.46	2.12	1.46
13	10.65	2.35	5.54	0.52
0	0.90	-0.90	0.80	0.90
0	0.11	-0.11	0.01	0.11
1	0.82	0.18	0.03	0.04
0	0.07	-0.07	0.00	0.07
116	116.00			3.52

Tabla 8

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
7	6.16	0.84	0.71	0.12
67	63.31	3.69	13.61	0.22
38	32.53	5.47	29.87	0.92
0	0.78	-0.78	0.62	0.78
4	8.07	-4.07	16.56	2.05
9	4.15	4.85	23.56	5.68
0	0.06	-0.06	0.00	0.06
1	0.62	0.38	0.14	0.23
0	0.32	-0.32	0.10	0.32
126	116.00			10.38

Tabla 9

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
7	7.91	-0.91	0.84	0.11
18	16.71	1.29	1.67	0.10
2	1.76	0.24	0.06	0.03
75	75.62	-0.62	0.39	0.01
1	1.01	-0.01	0.00	0.00
1	2.13	-1.13	1.28	0.60
0	0.22	-0.22	0.05	0.22
11	9.64	1.36	1.86	0.19
1	0.08	0.92	0.85	10.97
0	0.16	-0.16	0.03	0.16
0	0.02	-0.02	0.00	0.02
0	0.74	-0.74	0.55	0.74
116	116.00			13.15

ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓNAUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCVFormato digital

Fecha de entrega: _____

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos:	Lilian Mhelany llanos Tuesta		
Dirección:	Jr leoncio Prado 876		
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°:	72779994		
Teléfono:	958199616		
email:	mhelallanos@gmail.com		
Nombres y Apellidos:	_____		
Dirección:	_____		
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°:	_____		
Teléfono:	_____		
email:	_____		
Facultad y/o Escuela de Posgrado:	CIENCIAS DE LA SALUD		
Escuela Profesional o Mención:	OBSTETRICIA		
Título o Grado Académico a optar:	OBSTETRA		
Asesor:	Dra. Elizabeth Vargas OROFLE		
Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:			
Trabajo de Investigación <input type="checkbox"/>	Tesis <input checked="" type="checkbox"/>	Trabajo de Suficiencia Profesional <input type="checkbox"/>	Trabajo Académico <input type="checkbox"/>
Título:	Riesgo obstetrico relacionado con Hemorragias de la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano. 2023		
Palabras claves, (3 a 5 términos):	Riesgo obstetrico Hemorragias segunda mitad embarazo.		
¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1, 2} ?	2		

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller Título 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
 Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
 No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

Sí autorizo
 No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - P 06

Firma de Autor



huella digital

Fecha