



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL**



**TRABAJO ACADÉMICO**  
**HEMORRAGIAS EN LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO**  
**RELACIONADO A PARTO PREMATURO EN GESTANTES**  
**ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALFREDO**  
**CALLO RODRIGUEZ 2022**

**PRESENTADO POR:**  
**MARIA ELIZABETH FLORES COILA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**  
**PROFESIONAL EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS**  
**OBSTÉTRICAS**

**JULIACA – PERÚ**  
**2024**



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL**  
**TRABAJO ACADÉMICO**  
**HEMORRAGIAS EN LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO**  
**RELACIONADO A PARTO PREMATURO EN GESTANTES**  
**ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALFREDO**  
**CALLO RODRIGUEZ 2022**

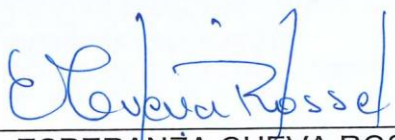
PRESENTADO POR:

**MARIA ELIZABETH FLORES COILA**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS  
OBSTÉTRICAS

APROBADA POR:

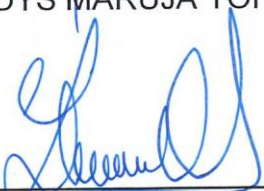
PRESIDENTE

:   
Dra. ESPERANZA CUEVA ROSSEL

PRIMER MIEMBRO

:   
Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI

SEGUNDO MIEMBRO

:   
Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – SEG04



# UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ" ESCUELA DE POSGRADO



## RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 122 - 2024-SEP-EPG/UANCV

Juliaca, 13 de mayo del 2024

**VISTO:**

El Expediente N° 2023-010899, de la Egresado (a) FLORES COILA MARIA ELIZABETH, con DNI N° 01318151 y Código N° 1610101102, del Programa de Segunda Especialidad Profesional en ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, de la Sede Central Juliaca, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca.

**CONSIDERANDO:**

Que, el egresado (a) del Programa de Segunda Especialidad Profesional en ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS de la Sede Central Juliaca, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; Solicita sorteo de Jurados y fecha para la Sustentación de Trabajo Académico, habiendo cumplido con los requisitos para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional;

Que, el inciso b) del Artículo N° 5 del Reglamento Especifico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establece la modalidad de Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico para optar el Título;

Que, los Artículos N° 12 al N° 21 del Reglamento Especifico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establecen los procedimientos para el referido Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico; y

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 64 del Estatuto Universitario;

**SE RESUELVE:**

**PRIMERO.- NOMBRAR** a los miembros de Jurado que calificarán la Sustentación de Trabajo Académico de la egresado (a) FLORES COILA MARIA ELIZABETH, con DNI N° 01318151 y Código N° 1610101102, del Programa de Segunda Especialidad Profesional en ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, de la Sede Central Juliaca, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; como se detalla en el Artículo Segundo de la presente Resolución, siendo los Jurados los siguientes Docentes:

<b>Presidente</b>	:	<b>Dra. ESPERANZA CUEVA ROSSEL</b>
<b>Primer Miembro</b>	:	<b>Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI</b>
<b>Segundo Miembro</b>	:	<b>Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA</b>

**SEGUNDO. - DETERMINAR** que LA SUSTENTACION DE TRABAJO ACADÉMICO se llevará de acuerdo al siguiente detalle:

<b>Fecha</b>	:	<b>Viernes, 17 de mayo del 2024</b>
<b>Hora</b>	:	<b>03:00 p.m.</b>
<b>Lugar</b>	:	<b>Aula N° 209 - EPG - UANCV - JULIACA</b>

**TERCERO. - AUTORIZAR** la difusión de la presente Resolución a la Coordinación General del Programa de Segunda Especialidad Profesional e interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"  
ESCUELA DE POSGRADO  
DIRECCIÓN  
JULIACA - PERÚ  
Dr. Leopoldo Wenceslao Condal Curi  
DIRECTOR (e)



## HEMORRAGIAS EN LA SEGUNDA MITAD DEL TERCER TRIMESTRE RELACIONADO A PARTO PREMATURO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ 2022

### INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

11%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	9%
---	--	----

2	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	1%
---	--	----

3	repositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	1%
---	--	----

4	repositorio.uoosevelt.edu.pe Fuente de Internet	1%
---	--	----

5	1library.co Fuente de Internet	1%
---	-----------------------------------	----

6	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	1%
---	--	----

7	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
---	--------------------------------------	----

repositorio.unica.edu.pe



## Metadatos complementarios - UANCV

TITULO	
<b>HEMORRAGIAS EN LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO RELACIONADO A PARTO PREMATURO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ 2022</b>	
<b>Datos de autor</b>	
Nombres y Apellidos	MARIA ELIZABETH FLORES COILA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	01318151
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0007-4971-525X">https://orcid.org/0009-0007-4971-525X</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	No aplica
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	No aplica
URL de ORCID	No aplica
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres Y Apellidos	ESPERANZA CUEVA ROSSEL
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02558176
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-7453-3382">https://orcid.org/0000-0002-7453-3382</a>
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres Y Apellidos	GLADYS MARUJA TORRES CONDORI
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02360070
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-5861-0392">https://orcid.org/0000-0002-5861-0392</a>



Miembro del jurado 2	
Nombres Y Apellidos	INGRID LIZ QUISPE TICONA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02449475 ✓
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-7619-9592">https://orcid.org/0000-0002-7619-9592</a>
<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – SEG04
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	<p><b>Dirección:</b> Hospital Alfredo Callo Rodríguez  <b>País:</b> Perú  <b>Departamento:</b> Cusco  <b>Provincia:</b> Canchis  <b>Distrito:</b> Sicuani                      -14.26526, -71.22851  <a href="https://maps.app.goo.gl/afGTQFUCEPvKq8qm8">https://maps.app.goo.gl/afGTQFUCEPvKq8qm8</a></p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2022 - 2023
URL de disciplinas OCDE	Ciencias de la salud <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00</a> Obstetricia, Ginecología <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</a>
URL de vocabularios OCDE	<a href="https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html">https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html</a> - Librería



### DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo Maria Elizabeth Flores Coila, identificado con DNI Nro. 01318151 en mi condición de egresado de:

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

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

"Hemorragias en la Segunda mitad del Euebarazo Relacionado a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hosp.tal Alameda Calle Rodriguez 2022"

Asesorado por: \_\_\_\_\_

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 17 de Julio del 2024

FIRMA (obligatoria)



Huella



## DEDICATORIA

Dedico primeramente a Dios por permitirme tener vida y salud.

A mis padres porque son la luz de mi vida y mi existencia. A mis hermanos por apoyarme en los momentos difíciles. A mi amada hija por ser mi fuente de motivación e inspiración que me estimula a seguir adelante y lograr mis objetivos profesionales.



## AGRADECIMIENTO

Gracias a la Universidad por haberme brindado conocimientos para mejorar mis capacidades, además a las personas por haberme apoyado en el proceso de mi formación de especialización la misma que se ve reflejado en mi formación profesional.



## ÍNDICE

DEDICATORIA .....	i
AGRADECIMIENTO .....	ii
ÍNDICE .....	iii
INDICE DE TABLAS .....	v
INDICE DE GRÁFICOS .....	vi
RESUMEN .....	vii
ABSTRACT .....	viii
INTRODUCCIÓN.....	ix
<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>1</b>
<b>ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO ACADÉMICO.....</b>	<b>1</b>
1.1. Título del trabajo académico.....	1
1.2. Descripción del problema. ....	1
1.3. Justificación del trabajo académico.....	3
1.4. Objetivos. ....	4
1.4.1. Objetivo General .....	4
1.4.2. Objetivos específicos. ....	4
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>5</b>
<b>FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA .....</b>	<b>5</b>
2.1. Marco Teórico. ....	5
2.1. Antecedentes de la investigación. ....	17
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>24</b>
<b>PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADOS .....</b>	<b>24</b>
3.1. Planificación.....	24
3.1.1. Métodos aplicados a la investigación. ....	24
3.1.2. Diseño de la investigación. ....	24
3.1.3. Población.....	25
3.1.4. Muestra.....	25
3.1.5. Técnica, instrumento y fuentes de recolección de datos.....	26
3.1.6. Técnica de procesamiento y análisis de los datos. ....	26
3.1.7. Operacionalización de variables .....	27
3.1.8. Resultados y Conclusiones.....	28



CONCLUSIONES .....	46
RECOMENDACIONES .....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. ....	48
ANEXO N° 1 FICHA DE RECOLECCION DE DATOS .....	53



## INDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Paridad relacionada a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2022	29
Tabla 2	Grupo etario relacionado a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2022	31
Tabla 3	Periodo intergenésico relacionado a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2022	33
Tabla 4	Antecedente de DPP relacionado a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2022	35
Tabla 5	Enfermedades hipertensivas relacionado a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2022	37
Tabla 6	Toxicomanías relacionado a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2022	39
Tabla 7	Líquido amniótico relacionado a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2022	41
Tabla 8	Cirugías previas relacionado a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2022	43
Tabla 9	Antecedente de legrado uterino relacionado a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2022	45



## INDICE DE GRÁFICOS

		Pág.
Gráfico 1	Paridad relacionada a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2022	29
Gráfico 2	Grupo etario relacionado a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2022	31
Gráfico 3	Periodo intergenésico relacionado a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2022	33
Gráfico 4	Antecedente de DPP relacionado a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2022	35
Gráfico 5	Enfermedades hipertensivas relacionado a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2022	37
Gráfico 6	Toxicomanías relacionado a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2022	39
Gráfico 7	Líquido amniótico relacionado a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2022	41
Gráfico 8	Cirugías previas relacionado a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2022	43
Gráfico 9	Antecedente de legrado uterino relacionado a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2022	45



## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar las hemorragias en la segunda mitad del embarazo relacionado a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2022. **Materiales y métodos:** El diseño de investigación es no experimental de tipo transversal. La población Conformada por las gestantes atendidas, que presentaron hemorragia en la segunda mitad del embarazo, el cual está comprendido por 86 pacientes, La muestra estuvo determinada por 74 gestantes. **Resultados:** Se identificó que los factores etiológicos de la placenta previa son: primiparidad 56.7% ( $\text{CHI}^2 = 14.34$ ; NS 0.002); grupo etario jóvenes 46% ( $\text{CHI}^2 = 13.08$ ; NS 0.001); periodo intergenésico largo 12.2% ( $\text{CHI}^2 = 11.87$ ; NS 0.011). Se describió que los factores etiológicos del desprendimiento prematuro de placenta son los antecedentes de DPP 6.8% ( $\text{CHI}^2 = 17.75$ ; NS 0.000); enfermedades hipertensivas como la preeclampsia leve 75.6% ( $\text{CHI}^2 = 30.9$ ; NS 0.000); toxicomanías de alcohol 39.2% ( $\text{CHI}^2 = 13.19$ ; NS 0.000); Oligoamnios 6.8% ( $\text{CHI}^2 = 9.64$ ; NS 0.046). Se reconoció que el factor etiológico de la rotura uterina fue antecedente de legrado uterino ( $\text{CHI}^2 = 22.89$ ; NS 0.000). **Conclusiones:** Se determinó que las hemorragias en la segunda mitad del embarazo se relacionan a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2022.

**Palabras Claves:** Factores etiológicos de placenta previa, DPP.



## ABSTRACT

**Objective:** Determine hemorrhages in the second half of pregnancy related to premature birth in pregnant women treated at the Alfredo Callo Rodríguez 2022 Hospital. **Materials and methods:** The research design is non-experimental and cross-sectional. The research approach used is quantitative, who presented hemorrhage in the second half of pregnancy, which is comprised of 86 patients, The sample It was determined by 74 prenatal women. **Results:** It was recognised that the etiological factors of placenta previa are: primiparity 56.7% (CHI2 = 14.34; NS 0.002); young age group 46% (CHI2 = 13.08; NS 0.001); long intergenic period 12.2% (CHI2 = 11.87; NS 0.011). It was described that the etiological factors of placental abruption are a history of PPD 6.8% (CHI2 = 17.75; NS 0.000); hypertensive diseases such as mild preeclampsia 75.6% (CHI2 = 30.9; NS 0.000); alcohol addictions 39.2% (CHI2 = 13.19; NS 0.000); Oligoamnios 6.8% (CHI2 = 9.64; NS 0.046). It was recognized that the etiological factor of uterine rupture was a history of uterine curettage (CHI2 = 22.89; NS 0.000). **Conclusions:** It was determined that hemorrhages in the second half of pregnancy are related to premature birth in significant women discussed at the Alfredo Callo Rodríguez 2022 Hospital.

**Keywords:** Etiological factors of placenta previa, PPD.



## INTRODUCCIÓN

El trabajo académico llevo el título "Hemorragias en la segunda mitad del embarazo relacionado a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2022.

Esta patología se considera como una genitorragia que se puede acompañar o no de dolor en las gestantes con edades gestacionales superiores a las 22 semanas, las cuales se pueden presentar con o sin trabajo de parto. (1)

El trabajo académico tendrá un diseño no experimental transversal. En trabajo académico se desarrolló mediante el Capítulo I, aspectos generales, en el Capítulo II se trató la fundamentación teórica y Capítulo III la planificación, ejecución y resultados".



## CAPÍTULO I

### ASPECTOS GENERALES

#### 1.1. Título del trabajo académico.

Hemorragias en la segunda mitad del embarazo relacionado a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2022.

##### 1.1.1. Institución donde se ejecutará.

Hospital Alfredo Callo Rodríguez de Sicuani

##### 1.1.2. Duración

Del 1 de mayo al 30 de julio del 2022.

##### 1.1.3. Responsable

Obstetra María Elizabeth Flores Coila.

#### 1.2. Descripción del problema.

La hemorragia que se muestra en la segunda mitad de la gestación es aquella que se presenta previamente al parto. Dentro de ellas podemos encontrar la



placenta previa, como aquella que se da, cuando la implantación del tejido trofoblástico se produce en la porción inferior del útero, tapando el cuello uterino o en la cercanía del mismo, en forma total o parcial. Se pueden presentar con mayor frecuencia en multíparas, o aquellas que tienen más de 35 años, al mismo tiempo las que presentan intervenciones quirúrgicas previas. Como también en las gestaciones múltiples o aquellas que presentan adicciones. (2)

Durante el embarazo, aproximadamente el 5% de las mujeres experimentan hemorragias ante parto. Las principales causas incluyen la placenta previa, que representa el 1% de los casos, el desprendimiento de placenta, que representa el 1,2%, y las causas indeterminadas, que representan el 2,8%. Estas causas de hemorragia son responsables de aproximadamente del 20 al 25% de muerte perinatal. (3)

La dirección de la OPS como también la OMS recomienda que todos los países tienen la misión de reducir la mortalidad materna, aunque esta meta es distante, y con ello asegurar la obtención adecuada de recién nacidos sanos. (4)

Según INMP refiere que es aproximadamente el 9 al 15% de todas las estaciones y cual se asocia a partos prematuros, el cual es el primer causante de morbimortalidad perinatal. (5)

## **Formulación del problema**

¿Cuáles son las hemorragias en la segunda mitad del embarazo relacionado a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2022?



### 1.3. Justificación del trabajo académico.

#### **Justificación teórica:**

Las hemorragias en la segunda mitad de la gestación, se consideran las patologías que someten al personal de salud a una vigilancia constante, no solo por la implicancia que da a la gestante si no también al producto de la gestación, con ello se incrementa la morbilidad perinatal y materna.

#### **Justificación práctica:**

Al conocer las hemorragias, se puede incorporar medidas para solucionar las complicaciones que se pueden presentar y al mismo tiempo actualizar los protocolos que se tiene en la actualidad, no solo en la región de Puno, sino también hacer un alcance a nivel nacional.

#### **Justificación metódica:**

A los efectos de la metodología de este estudio, la recopilación y análisis de datos se facilitará mediante el uso de instrumentos particulares. Estos instrumentos fueron elaborados meticulosamente por el investigador y también han sido verificados por profesionales en la materia.



## 1.4. Objetivos.

### 1.4.1. Objetivo General

**OG.** Determinar las hemorragias en la segunda mitad del embarazo relacionado a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2022.

### 1.4.2. Objetivos específicos.

**OE1** Identificar los factores etiológicos de la placenta previa relacionado a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez

**OE2** Describir los factores etiológicos del desprendimiento prematuro de placenta relacionado a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

**OE3** Reconocer los factores etiológicos de la rotura uterina relacionada a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez



## CAPÍTULO II

### FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

#### 2.1. Marco Teórico.

##### 2.1.1. Hemorragias en la segunda mitad del embarazo.

La hemorragia o sangrado de la cavidad endometrial puede poner en peligro tanto al feto como a la mujer embarazada. Las causas del sangrado son diferentes a las del primer trimestre, y la metrorragia durante la segunda mitad del embarazo ocurre en aproximadamente el 3% de las gestaciones. El diagnóstico de esta afección depende principalmente de los síntomas clínicos y la ecografía se utiliza para eliminar la placenta previa. El sangrado relacionado con el embarazo es un problema grave que puede provocar enfermedades y la muerte. **Causas obstétricas:** La RPM generalmente se manifiesta como una pérdida significativa de líquido claro del área genital. Sin embargo, no es raro que las mujeres reporten sólo una ligera cantidad de flujo sanguíneo. Por lo tanto, es importante descartar **RPO** en todas las mujeres que experimentan sangrado. Durante el inicio del parto, ya sea prematuro o de término, es posible que el tapón mucoso se descargue por la zona genital. Aunque este tapón está compuesto principalmente de moco, no es inusual que tenga una ligera decoloración de la sangre, lo que podría hacerlo parecer similar a la metrorragia-genitorragia, una



condición que se observa comúnmente en la segunda mitad de la gestación. Si bien se deben evitar los exámenes vaginales cuando se trata la metrorragia en la segunda mitad de la gestación, particularmente hasta que se pueda descartar la placenta previa, si una paciente reporta un sangrado leve mezclado con moco y experimenta contracciones uterinas intensas y/o dolorosas, un examen vaginal puede ser útil para descartar el trabajo de parto avanzado. Sin embargo, es fundamental realizar este examen con cuidado. **Causas ginecológicas:** El sangrado genital puede ser el resultado de procesos inflamatorios, tumorales o traumáticos que ocurren en los genitales, como el cuello uterino, la vagina, la vulva. Este grupo de afecciones suele ser la causa del sangrado que incita a las mujeres a buscar atención médica durante la segunda mitad de sus embarazos. El diagnóstico es principalmente clínico, destacando la importancia del examen físico, incluida la inspección de los genitales y la especuloscopia, en el tratamiento de estas mujeres. (6)

#### 2.1.1.1. Factores etiológicos de la Placenta previa.

Las placentas normalmente adheridas rara vez provocan un desprendimiento durante el parto o el embarazo. Sin embargo, si alguna parte de la placenta se implanta de manera anormal en el segmento uterino inferior, puede ocurrir placenta previa a medida que se separa del tejido que le sirve de base, pero generalmente oscila entre el 0,4% (1:250) y el 0,6% (1:167) de todos los nacimientos. La incidencia en mujeres nulíparas es del 0,2%, mientras que en mujeres multíparas grandes puede alcanzar hasta el 5% y la tasa de recurrencia oscila entre el 4% y el 8%. El origen de la PP suele ser un misterio en la mayoría de los casos. No obstante, existen ciertos factores que aumentan la probabilidad



de desarrollar esta afección. Estos factores incluyen lesiones previas al endometrio, miometrio o la vasculatura del útero. Los factores etiológicos más comúnmente identificados son edad materna avanzada, anemia, embarazos muy espaciados, embarazos múltiples, cicatrización del útero, cesárea previa, tumores uterinos, abortos inducidos previos, endometritis, antecedentes de PP, edad y tabaquismo. Además, los fetos masculinos también han sido implicados en el desarrollo de PP.

**Clasificación.** La categorización de placenta previa, o PP, depende de la distancia entre el orificio cervical y el disco placentario. Esta distancia se utiliza para distinguir diferentes tipos de PP. **Centro oclusiva total:** Se ha observado que la placenta recubre completamente el orificio cervical interno en un porcentaje importante de casos, con frecuencias que oscilan entre el 23% y el 31,3%. **Parcialmente oclusiva:** Cubre parcialmente el orificio cervical interno, la frecuencia de aparición se estima entre el 20,6% y el 31,3%. **Placenta de inserción baja:** Está situado entre 3 y 10 cm del orificio cervical interno y está situado lo suficientemente bajo como para ser detectado por el dedo del examinador, este es el escenario que se describe. **Marginal:** Se sitúa en el límite del orificio cervical interno, se identifica como placenta previa. Esta afección, en combinación con una placenta baja, se puede encontrar en alrededor del 37% al 54,9% de los casos. (7)

#### 2.1.1.1.1. Paridad.

Después de la semana 20 de embarazo, el número de partos es lo que determina la paridad. Incluso si un embarazo involucra fetos múltiples, todavía se registra como un embarazo único y un parto. Los abortos, independientemente del



motivo, se refieren como parte del número total de gestaciones interrumpidos antes de llegar a la semana 20. (8)

#### **2.1.1.1.2. Grupo etario.**

Un grupo de edad es una clasificación de personas que comparten la misma edad o etapa de la vida y tienen importancia estadística o académica. Básicamente, los grupos de edad se utilizan para categorizar una comunidad o grupo de sujetos en conjuntos distintos basándose únicamente en su edad. Esto puede resultar útil para fines de investigación o análisis. (9)

La categorización de los grupos de edad puede variar según los investigadores que realicen el estudio. Sin embargo, en general, hay cinco grupos de edad principales que comúnmente se consideran al examinar la esperanza de vida de un sujeto: Vejez (de 60 años en adelante). Adulthood (de 30 a 60 años). Juventud (de 19 a 30 años). Adolescencia (de 12 a 18 años). Niñez (de 0 a 11 años).

#### **2.1.1.1.3. Periodo intergenésico.**

El periodo intergenésico hace referencia al tiempo que transcurre entre dos embarazos sucesivos. Un intervalo intergenésico adecuado se consideran factores positivos para la salud reproductiva. La OPS y la OMS han establecido que un intervalo intergenésico de al menos 24 meses es considerado apropiado. Un periodo intergenésico corto se refiere a un intervalo menor a 18 meses, mientras que uno largo implica un intervalo mayor a 59 meses. (10)

#### **2.1.1.2. Factores etiológicos del desprendimiento prematuro de placenta.**

El DPP, parcial o totalmente, de su lugar normal de implantación en la porción superior del cuerpo uterino antes de la expulsión total del feto, se denomina desprendimiento de placenta. Este término se utiliza para describir el problema



con precisión. El DPP, junto con la placenta previa, es la causa más común de sangrado. Louis Bourgese reconoció por primera vez esta afección en 1609 y se la ha denominado con varios nombres, como hemorragia accidental, ablatio placentae, infarto hemorrágico del útero y apoplejía útero placentaria, siendo esta última la más grave. Misra & Ananth estimaron su aparición entre el 1% y el 2% de todos los embarazos, mientras que Sheiner la estimó en el 5% de los embarazos prematuros. **Patogenia:** La DPPNI se caracteriza por un sangrado en la decidua basal, provocado por la rotura de vasos sanguíneos. Este sangrado provoca una separación de la capa, que empeora a medida que avanza. Si una o más arterias espirales están involucradas, se puede formar un hematoma retro placentario con diferentes niveles de tensión, lo que puede complicar el cuadro clínico. Este hematoma puede extenderse a los márgenes de la placenta y disecar las membranas ovulares hasta el orificio cervical interno, lo que lleva a su exteriorización a través de la vagina en aproximadamente el 80% de los casos. En algunos casos, el sangrado puede llegar a la cavidad amniótica a través de la placenta. La gravedad de la presentación clínica no se puede cuantificar en función de la intensidad del sangrado externo. El hematoma retro placentario con tensión también puede infiltrar las fibras musculares uterinas, lo que provoca un aumento de la actividad uterina, que incluye irritabilidad uterina, polisístole, hipertonia y tetania uterina. Si bien algunos casos de DPPNI pueden ser autolimitados y no afectar la progresión del embarazo, otros pueden requerir intervención médica. Cuando la sangre se acumula en el hematoma retro placentario, se produce un rápido agotamiento de los factores de coagulación. Esto, a su vez, conduce a una coagulación intravascular diseminada, que exacerba la condición original y



resulta en una diátesis hemorrágica secundaria. Los cambios en la contractilidad uterina y el mal estado hemodinámico materno causado por el shock hipovolémico pueden explicar cualquier cosa, desde muerte fetal hasta asfixia neonatal grave. Si el desprendimiento de placenta supera el 50%, a menudo se relaciona con la muerte fetal. (11)

#### **2.1.1.2.1. Antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta.**

Normalmente, ocurre en el tercer trimestre de la gestación. Sin embargo, no es raro que esto suceda ya en la semana 20 de gestación. El desprendimiento en sí puede manifestarse como un desprendimiento completo de la placenta, un desprendimiento parcial o, en algunos casos, solo se impacta el borde de la placenta. El desprendimiento de placenta provoca una pérdida importante de sangre, provocada por factores fisiopatológicos. Para aliviar el sangrado excesivo, el miometrio inicia contracciones y aplica presión a las arterias espirales. Sin embargo, esta contracción es tan extrema y generalizada que obstruye el flujo de sangre entre el útero y el tejido placentario. Como resultado, el feto experimenta falta de oxígeno y una mayor probabilidad de desprendimiento. (12)

#### **2.1.1.2.2. Enfermedades hipertensivas**

El término hipertensión en el embarazo, también conocido como trastornos hipertensivos del embarazo, es un término general que abarca una variedad de afecciones. Estas condiciones varían desde aumentos leves de la presión arterial hasta presión arterial muy alta que puede dañar tanto a la madre como al feto. Identificar la diferenciación entre los trastornos de hipertensión que estaban



presentes antes de la gestación y los que ocurren durante la gestación. Cabe destacar que la hipertensión puede existir antes de la gestación y diagnosticarse sólo durante el embarazo, o puede surgir durante o después del parto. Casi la mitad de las pacientes con hipertensión gestacional eventualmente desarrollan preeclampsia, que se caracteriza por proteinuria, trombocitopenia, cefalea o dolor epigástrico. (13)

### **Clasificación:**

**Hipertensiones transitorias:** Suponiendo que no haya indicios de preeclampsia y que los niveles de presión arterial vuelvan a la normalidad dentro de las doce semanas posteriores al parto. **Preeclampsia:** Descrita como un síndrome exclusivo del embarazo y que puede tener un impacto en todos los sistemas orgánicos, la hipertensión se determina por una lectura de presión arterial. Los síntomas prodrómicos como dolores de cabeza acompañados de alteraciones visuales o escotomas, así como dolor abdominal que típicamente se acompaña de necrosis hepatocelular, pueden persistir en el tiempo e intensificarse. Estos síntomas suelen ser indicativos de la necesidad de interrumpir el embarazo. La clasificación de un tema puede diferir mucho según la forma en que se articula. En consecuencia, se puede clasificar además como una subclasificación.

**Preeclampsia leve:** Es una afección que se caracteriza por presión arterial alta y proteína en la orina durante el embarazo. La detección de lecturas de presión arterial que igualen o superen los 140/90 mm Hg en 2 momentos distintas, con un intervalo mínimo de cuatro horas, junto con lecturas de proteinuria que sean igual o superior a 300 mg/24 horas. **Preeclampsia grave:** Son superiores a 160/110 mm Hg son indicativas de daño endotelial en el órgano objetivo. Además, los valores más bajos de presión arterial también pueden sugerir daño



endotelial si van acompañados de uno o más eventos clínicos o de laboratorio. Entre ellos se incluyen proteinuria superior a 5 g/24 h, incremento de transaminasas, náuseas y/o vómitos, epigastralgia persistente, alteraciones hematológicas y dolor en el cuadrante superior del abdomen, como trombocitopenia (plaquetas inferiores a 100.000/mm<sup>3</sup>) u otros indicadores relacionados. (14)

### **2.1.1.2.3. Toxicomanías**

Los factores maternos prenatales pueden abarcar una variedad de sustancias consumidas durante la gestación, incluidas drogas, productos químicos, tabaco y alcohol. El feto, durante su estancia en el útero, depende de la madre para sustentarse a través de la placenta para poder desarrollarse y crecer. (15) El impacto de la exposición tóxica depende del momento de la exposición durante el período de gestación. Durante el primer trimestre, hay una fase crucial conocida como período embrionario. Este período es particularmente sensible a la aparición de malformaciones, también denominadas efectos teratogénicos. Este período abarca el período de organogénesis, que abarca desde el día 18 hasta el día 60 de gestación. La comprensión actual de un agente teratogénico se extiende más allá de las capacidades de causar malformaciones morfológicas o estructurales de órganos en desarrollo e incluye la capacidad de inducir cambios bioquímicos o funcionales. Los productos químicos son más capaces de causar daños a los órganos en desarrollo y no existe un umbral tóxico bien establecido. Esto significa que no existe una cantidad en la que la exposición pueda considerarse segura. Se destaca además que el uso de sustancias durante el embarazo equivale a malos tratos. El cuerpo sufre modificaciones



fisiológicas durante el embarazo que pueden afectar las formas en que se procesan los medicamentos, incluida la absorción, distribución, metabolismo y eliminación, lo que en última instancia aumenta los niveles de toxicidad y la probabilidad de resultados adversos. Durante el proceso de digestión, la absorción del alcohol etílico puede amplificarse a medida que se pospone el vaciado gástrico y se reduce la motilidad gastrointestinal. Además, cuando se trata de drogas fumadas como marihuana, tabaco, crack y cocaína. Además pueden provocar un aumento de la concentración de fármacos libres, así como su transferencia al feto a través de la placenta, específicamente en el caso de sedantes como las benzodiazepinas. Además, durante las últimas etapas del embarazo, la eliminación de las reservas lipídicas puede provocar la liberación de fármacos en el tejido adiposo. (16)

#### 2.1.1.2.4. Líquido amniótico

El líquido amniótico tiene múltiples propósitos, como proporcionar un amplio espacio para que el esqueleto en desarrollo crezca hasta alcanzar su forma natural, mejorar el desarrollo fisiológico de los pulmones fetales y reducir los riesgos de compresión del cordón umbilical. Clínicamente, la anomalía observada con mayor frecuencia es un exceso o deficiencia de líquido amniótico. (17) Alrededor de las 36 semanas, el volumen de líquido amniótico tiende a alcanzar un máximo de aproximadamente 1 litro, después del cual comienza a disminuir. Cuando han pasado 42 semanas, la cantidad de líquido amniótico generalmente es inferior a 200 ml. El término médico utilizado para describir una reducción en la cantidad de líquido amniótico se conoce como **oligohidramnios**. **Hidramnios o polihidramnios** es un término utilizado para describir la condición



en la que hay una cantidad excesiva de líquido amniótico, con el umbral de exceso establecido en 2 litros o más. Ha habido casos en los que se ha descubierto que el útero contiene una cantidad sustancial de líquido, y algunos informes han acumulado hasta 15 litros. Sin embargo, es importante señalar que el polihidramnios generalmente es de tipo crónico, donde se produce una acumulación gradual de exceso de líquido. Por otro lado, el polihidramnios agudo se refiere a una rápida distensión del líquido en unos pocos días.

### **2.1.1.3. Factores etiológicos de la ruptura uterina**

Durante el embarazo, la pared uterina puede volverse discontinua, lo que representa una amenaza para la madre, el feto. La RU ocurre sólo en 0,02% a 0,08% de los embarazos, lo que hace que el diagnóstico temprano, la laparotomía exploratoria inmediata y la administración apropiada de hemoderivados y solución cristaloide sean esenciales para obtener resultados favorables. Una variedad de factores puede contribuir a la RU, Existen varias causas potenciales de rotura uterina (RU), incluidos antecedentes de cesárea o histerotomía previa, la aplicación inadecuada de presión excesiva en el fondo uterino, legrado repetido, uso de fórceps u otros procedimientos invasivos, administración inadecuada de oxitócicos, embarazos de orden superior, anomalías, DPP y acretismo placentario, carcinoma cervical, y malformaciones o macrosomía fetales. De estos factores, la cesárea previa destaca como uno de los factores etiológicos más importantes, aumentando ocho veces la probabilidad de RU en comparaciones con pacientes sin cicatrices uterinas. El riesgo varía según el tipo de incisión uterina; Las incisiones corporales longitudinales tienen diez veces más probabilidades de provocar RU que las incisiones transversales.



La frecuencia de ruptura no se ve afectada por el uso o la duración de la oxitocina, siempre que se administre bajo supervisión. Este hecho está más estrechamente correlacionado con la duración del trabajo de parto que con la utilización de oxitocina en sí. Las mujeres que han dado a luz varias veces son más susceptibles a sufrir desgarros o roturas debido a una disminución de la resistencia, a diferencia de las mujeres que no han dado a luz anteriormente. Aproximadamente entre el 13% y el 17% de las roturas uterinas son causadas por maniobras obstétricas traumáticas. Además, se ha informado que entre el 4% y el 6% de las roturas se producen por manipulación uterina durante la versión externa o extracción podálica grande. **Clasificación.** La clasificación de la rotura uterina se basa en su extensión, modo de manifestación y antecedentes obstétricos. Las roturas uterinas se pueden clasificar según su extensión, con las siguientes clasificaciones: **Rotura completa:** Si la lesión se extiende por toda la profundidad de la pared uterina y afecta el peritoneo visceral, entonces cumple con los criterios especificados. **Rotura incompleta:** En los casos en que la lesión se limita al músculo uterino y no afecta el peritoneo, se observa a menudo. **Rotura espontánea:** Una de las causas de un útero intacto es la distensión sostenida del segmento inferior. Esto puede atribuirse a varios factores, incluida una pelvis estrecha, hidrocefalia, posición transversal y tumores pélvicos. **Rotura traumática:** La condición en cuestión puede ser causada por violencia externa o procedimientos obstétricos. (7)

#### 2.1.1.3.1. Cirugías previas.

Las mujeres que se han sometido a cesáreas anteriores tienen más posibilidades de sufrir ruptura uterina a lo largo de la línea de la cicatriz. (18)

### 2.1.1.3.2. Antecedentes de legrado uterino

El legrado uterino, también conocido como raspado uterino, es un procedimiento médico que implica la extracción de una porción del revestimiento interno del útero, el endometrio. Esta intervención se realiza para eliminar tejido después de un sangrado menstrual inusual, un aborto espontáneo o para diagnosticar cáncer de útero u otras dolencias relacionadas con el endometrio. Para realizar este procedimiento se implementa una herramienta quirúrgica denominada cureta o cureta. (19)

### 2.1.2. Parto prematuro

Es el término empleado para describir un nacimiento que sucede antes de completar las 37 semanas de gestación. Esto quiere decir que el embarazo ha durado entre 22 y 36 semanas completas. (20). **Tipos de parto pretérmino:** Se considera prematuro a los bebés que nacen antes de las 37 semanas.

Los bebés prematuros se clasifican además según su edad gestacional:

**Prematuridad extrema:** Cuando un bebé nace durante el período gestacional de 22 a 27 semanas, es un hecho poco común que afecta solo a alrededor del 0,25% de las mujeres embarazadas.

**Prematuridad muy prematuros o moderada:** Cuando un bebé nace antes de las 28-31 semanas, lo que ocurre en alrededor del 0,6% de los embarazos.

**Prematuridad tardíos:** La prematuridad tardía se refiere a los bebés nacidos entre el período gestacional de 32 a 37 semanas, lo que representa aproximadamente el 3,0% de todos los gestantes. (21)



## 2.1. Antecedentes de la investigación.

### Antecedentes internacionales.

En el estudio de **Yépez R. Ecuador 2018**. Se seleccionó una muestra de 128 mujeres de 32 a 36 semanas de embarazo con diagnóstico de trastornos hipertensivos de la gestación. La mayoría de los casos se debieron a desprendimiento de placenta (53,90%), seguido de placenta previa (42,96%) y RU (0,78%). El mayor porcentaje de factores de riesgo fueron la anemia (48,43%) y la hipertensión arterial (25%). Entre las complicaciones maternas, la anemia aguda (96,87%) fue la más común, seguida de las coagulopatías (2,34%) y el shock hipovolémico (0,78%). (22)

En la publicación de **Gómez I; Larrañaga C. España 2019**. En esta revisión, brindamos un enfoque integral para el manejo de mujeres embarazadas que presentan sangrado vaginal en la sala de emergencias. También discutimos el manejo de las situaciones de hemorragia obstétrica más comunes. Si bien otras entidades frecuentes se evalúan en capítulos separados, se pone especial énfasis en la gestión del aborto en el primer trimestre. En el segundo trimestre, revisamos las tres causas más prevalentes de hemorragia: DPP normalmente insertada, rotura uterina y placenta previa. Para cada situación se examina sistemáticamente la etiopatogenia, el enfoque diagnóstico y el tratamiento. (23)

### Antecedentes nacionales.

En la exploración realizada **por Agapito A. Lambayeque 2021**, el objetivo principal fue identificar factores maternos relacionados con el parto pretérmino



en el Hospital de Apoyo de Bagua en el período de enero a diciembre de 2020. El estudio adoptó un diseño de investigación descriptivo-correlacional simple; así, la recolección de datos abarcó doce meses, lo que constituyó un tamaño de muestra de 41 prontuarios pertenecientes a pacientes gestantes seleccionadas por haber dado a luz prematuramente. En la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos principales: la observación y la guía de análisis documental. Posteriormente, los datos recolectados se organizaron utilizando IBM SPSS Statistics para Windows Versión 25.0 y Microsoft Office Excel 2016 para su representación gráfica debido al carácter cualitativo y cuantitativo de las variables obtenidas a través de estas fuentes. Los factores maternos asociados con el parto prematuro se pueden determinar a través de los resultados. Los principales factores observados incluyen alteraciones hematológicas en el 55,6% (55) de los casos, hipertensión arterial en el 35,4% (35), infección urinaria durante el embarazo en el 46,5% (46) y hábitos de consumo de alcohol en el 50,5% (50). Se observó un bajo porcentaje de aquellas con control prenatal superior a cuatro controles, apenas 4,88% (2). Estos factores contribuyeron significativamente al parto prematuro. En conclusión, los siguientes factores maternos se asocian al parto prematuro: edad materna adolescente, estado civil conviviente, nivel de educación secundaria, origen rural, anemia, rotura prematura de membranas y atención prenatal inadecuada. (24)

En la investigación de **Fernández, N. Huancavelica 2020** El 95.8% (23) son de zonas urbanas. En cuanto a ocupación, el 8.3% (2) obstetras, el 66.7% (16) eran profesoras, el 4.2% (1) contadoras, el 8.3% (2) técnicas en enfermería, el 4.2% (1) trabajadoras sociales, el 4.2% (1) amas de casa y el 4.2% (1) enfermeras. En



relación al estado civil, el 33.3% (8) casadas y el 20.8% (5) solteras, el 45.8% (11) eran convivientes. La edad gestacional promedio fue de 11.17 semanas, con un 75% de las gestantes teniendo una edad gestacional de 13.75 semanas o menos. El número promedio de consultas prenatales antes de la hemorragia fue 5.46, con un 50% de las gestantes habiendo tenido más de 6 consultas. La edad de las gestantes con hemorragia fue 30.83 años, con un 50% de ellas teniendo más de 31.5 años, y el 75% de ellas teniendo más de 26 años. El peso promedio antes del embarazo fue 59.208 kilogramos, y la talla promedio fue 1.55 metros. El 71% (17) tenía un IMC pregestacional normal, el 21% (5) tenía sobrepeso y el 8% (2) tenía obesidad según el IMC pregestacional. En conclusión, las características sociales predominantes fueron el origen urbano, la profesión, el estado civil de conviviente, nivel educativo superior completo, primera consulta prenatal temprana y más de 6 consultas prenatales. Las particularidades biomédicas destacadas fueron la edad gestacional mayor a 26 años, antecedentes de aborto, nuliparidad o multiparidad, y un IMC pregestacional normal. (25)

El trabajo de **Villanueva J Lima 2017**". Del total de 366 gestantes analizadas, el 26% de los casos y el 38% de los controles presentaron sangrado vaginal durante el primer trimestre. Se observó asociación entre hemorragia en el primer trimestre parto prematuro moderado (OR 1,35, IC 95% 0,829-2,225) y PP (OR 1,24, IC 95% 0,773-2,00). Las mujeres que experimentaron una hemorragia durante el primer trimestre tenían un riesgo 1,3 veces mayor de PP, mientras que aquellas con más de una hemorragia tenían un riesgo de 1,11. En conclusión. El primer trimestre de gestación plantea un riesgo potencial de parto,



esta correlación no está respaldada por significación estadística. Tampoco existe significación estadística en la relación entre la cantidad de hemorragias durante el parto prematuro y el primer trimestre y. (26)

En la investigación de **Acho S.; Diaz J. Salvador J. Paredes J. Lima 2021** Del total de atención obstétrica brindada por el hospital, las 161 historias clínicas analizadas representaron sólo el 1,68%. La edad de las mujeres embarazadas que experimentaron sangrado durante la segunda mitad de la gestación varió de 14 a 43 años, con una edad media de 28 años. Del total de casos, el 62,7% (n=101) fueron diagnosticados con desprendimiento de placenta, el 34,8% (n=56) con placenta previa y el 2,5% (n=4) con RU. Además, sólo el 7,5% (n=12) de estas mujeres tuvo atención prenatal adecuada, con 6 o más visitas, mientras que el 92,6% (n=149) tuvo menos de 5 visitas. La hospitalización osciló entre 3 y 20 días. Del total de madres con hemorragia en la segunda mitad de la gestación, se identificaron 16 muertes fetales, lo que constituyó el 9,9% del total de casos y tuvo una tasa de letalidad del 0,62%. En conclusión, la hemorragia durante la segunda mitad del embarazo afectó a una pequeña proporción de la población obstétrica, causando morbilidad y mortalidad. (3)

En la tesis de **Mayorga F. Huancayo 2020**". Cuando se trata de mujeres embarazadas que experimentan hemorragias obstétricas, hay varias características personales clave a considerar. Entre quienes experimentaron estas hemorragias, el 17,6% eran adolescentes, el 61,7% eran jóvenes y el 15,3% eran ancianos. En términos de educación, el 22,5% tenía educación primaria, el 68,0% eran de educación secundaria y el 9,5% tenía educación superior. Además, el 64,9% de estas mujeres convivían en unión libre, el 19,8%



estaban casadas y el 15,3% eran solteras. Entre las que sufrieron hemorragias obstétricas, el 56,3% eran de origen urbano y el 43,7% de zonas rurales. En cuanto a la ocupación, el 88,7% eran amas de casa, el 6,8% estudiaban y el 4,5% trabajaban. Las características obstétricas de estos casos incluyen PIG corto (68,0%), PIG apropiado (9,0%) y PIG largo (23,0%). La PNA apropiada estuvo presente en el 32,9% de los casos y la PNA inadecuada en el 67,1% de los casos. En cuanto a la paridad, el 25,2% eran primíparas, el 62,2% eran multíparas y el 12,6% eran grandes multíparas. La amenaza de aborto fue la causa de hemorragias obstétricas durante el embarazo en el 41,9% de los casos, mientras que la placenta previa y la DPP representaron el 29,4% y el 28,7% de los casos, respectivamente. Durante el parto, el desgarro vaginal, el desgarro cervical y el desgarro perineal fueron las causas de hemorragias obstétricas en el 25,0% de los casos cada uno. En el puerperio, la atonía uterina fue la causa del 67,2% de las hemorragias. (27)

En la investigación de **Valderrama D. Jaén, 2018** Las mujeres embarazadas en el estudio eran principalmente menores de 35 años, originarias de áreas rurales, solteras y sin educación formal. Los factores de riesgo más prevalentes para el PP fueron las enfermedades sistémicas, como el edema en los miembros inferiores y las ITU. También se identificaron como factores de riesgo otros factores gestacionales, como la atención prenatal y la pérdida de líquidos durante el embarazo. Se encontró que la mala presentación fetal era un factor fetal notable, mientras que el desprendimiento de placenta se identificó como un factor placentario significativo. (28)



En la investigación de **Pezo K Moyobamba, 2018**. Durante el embarazo, el sangrado es algo común: el 94% de las mujeres lo experimenta en la primera mitad y el 6% en la segunda mitad. Las investigaciones han identificado que la primordial causa de sangrado durante la primera mitad de la gestación es el aborto, que presenta el 96,6% de los casos. Por el contrario, la PP fue la única causa identificada de sangrado durante la segunda mitad de la gestación. Conclusión de que es más probable que el sangrado durante el embarazo ocurra en la primera mitad, siendo el aborto la causa principal, mientras que la placenta previa es la causa principal. (29)

### **Antecedentes regionales.**

En la tesis de **Vilca R. Juliaca 2019**. Las variables más significativas que se relacionan con el parto pretérmino son la edad, específicamente aquellas entre 20 y 35 años, con una correlación del 45,5% ( $ns= 0,00 < p = 0,05$ ). Además, las enfermedades maternas como la hipertensión tienen una correlación del 33,4% ( $ns= 0,00 < p = 0,05$ ), mientras que la paridad como grandes madres multíparas tiene una correlación del 44,6% ( $ns= 0,00 < p = 0,05$ ). El historial de abortos, específicamente haber tenido uno, tiene una correlación del 56,1% ( $ns= 0,03 < p = 0,05$ ), y un período intergenésico menores a 2 años tiene una correlación del 34,8% ( $ns= 0,00 < p = 0,05$ ). Otras correlaciones incluyen antecedentes de parto prematuro, específicamente una vez, con una correlación del 34,8% ( $ns= 0,00 < p = 0,05$ ), y tener menos de 5 visitas de atención prenatal con una correlación del 34,8% ( $ns= 0,00 < p = 0,05$ ). Las infecciones durante la gestación, particularmente las infecciones cervicovaginales, tienen una correlación alta del 56,1% ( $ns= 0,00 < p = 0,05$ ), mientras que el sangrado en el tercer trimestre tiene



una correlación del 34,1% ( $ns = 0,00 < p = 0,05$ ). Aunque el 55,3% de los sujetos no presentó anomalías congénitas ( $ns = 0,09 > p = 0,05$ ), el tipo de prematuridad más común fue el leve, con un 46,2%. En conclusión, esta investigación establece que factores maternos como la edad y enfermedades, y factores ginecológicos como la paridad, antecedentes de abortos, período intergenésico, antecedentes de prematuros. (30)

## CAPÍTULO III

### PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADOS

#### 3.1. Planificación.

##### 3.1.1. Métodos aplicados a la investigación.

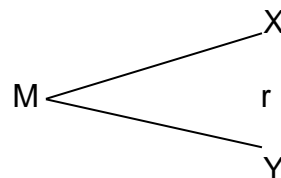
El método es de tipo cuantitativo. (31)

##### 3.1.2. Diseño de la investigación.

El estudio en cuestión utilizó un diseño no experimental, que implica una investigación que no implica la manipulación intencional de variables. (31)

Tipo transversal. El examen de datos de una muestra de población durante un período de tiempo específico que involucra varias variables.

(32)



Dónde:

**M** = Población Muestral

**X** = Variable 1 Hemorragias en la segunda mitad del embarazo

**y** = Variable 2 Parto prematuro

**r** = La relación probable entre las variables

Retrospectivo se recopiló la información del Hospital Alfredo Callo



Rodríguez.

### 3.1.3. Población.

Conformada por las gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo

Rodríguez durante el periodo de mayo a julio del 2022, que mostraron hemorragia en la segunda mitad del embarazo, el cual está comprendido por 86 pacientes

### 3.1.4. Muestra.

Para establecer el tamaño de muestra apropiado para una población finita, es la siguiente fórmula:

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

#### Dónde:

**n** = El tamaño de la muestra

**N** = Tamaño del universo (86)

**Z** = Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

**he** = Es el margen de error (5%)

**p** = Probabilidad de éxito (0.5)

**Q** = Probabilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{86 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(86 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{86 \times 3.84 \times 0.25}{0.0025 \times 85 + 3.84 \times 0.25}$$

$$n = \frac{82.56}{1.12}$$

$$n = 73.71$$



La muestra estuvo determinada por 74 pacientes.

### **3.1.5. Técnica, instrumento y fuentes de recolección de datos**

#### **Técnica**

Encuesta.

#### **Instrumento:**

Ficha de recolección de datos

### **3.1.6. Técnica de procesamiento y análisis de los datos.**

- Se realizó su interpretación y se contrastará con la prueba de  $\chi^2$ .
- Se elaboró una ficha de recolección de datos, y se elaboró tablas



3.1.7. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ESCALAS
Hemorragias en la segunda mitad del embarazo	Factores etiológicos de la placenta previa	Paridad	Nuliparidad Secundípara Múltipara
		Grupo etario	Adolescentes menores de 18 años Juventud (19 a 30 años) Adultos jóvenes (30 a 45 años)
		Periodo intergenésico	Corto Adecuada Largo
	Factores etiológicos del desprendimiento prematuro de placenta	Antecedente de DPP	Con antecedentes Sin antecedentes
		Enfermedades hipertensivas	Preeclampsia leve Preeclampsia severa Eclampsia
		Toxicomanías	Sin toxicomanía Alcohol Cigarrillos
		Líquido Amniótico	ILA normal Oligoamnios Polihidramnios
	Factores etiológicos de la rotura uterina	Cirugías previas	Con cirugías Sin cirugías
		Antecedentes de legrado uterino	Con antecedentes Sin antecedentes
	VARIABLE	DIMENSIONES	
Parto prematuro.	Tipo de parto prematuro		Prematuridad extrema (22 a 27 sem) Prematuridad moderada (28 a 31 sem) Prematuridad tardía (32 a 37 sem)

Nota; elaboración propia

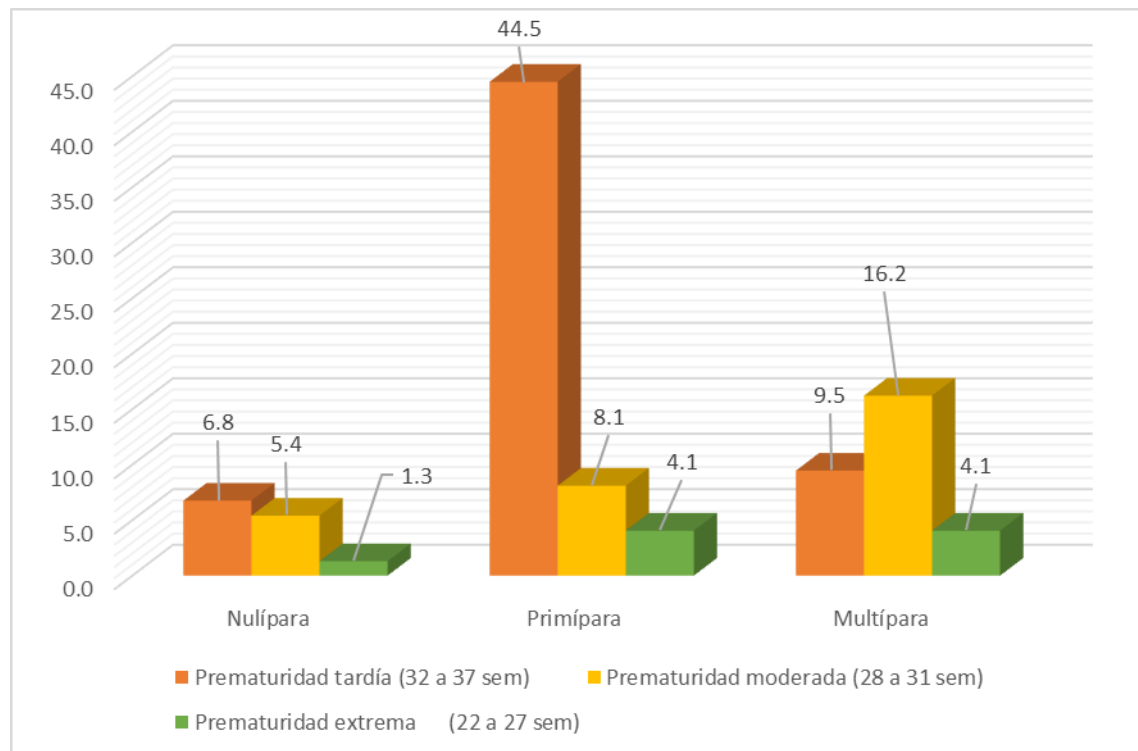
3.1.8. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

**TABLA 1. PARIDAD RELACIONADA A PARTO PREMATURO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRÍGUEZ 2022.**

Paridad	Parto prematuro						Total	
	Prematuridad tardía (32 a 37 sem)		Prematuridad moderada (28 a 31 sem)		Prematuridad extrema (22 a 27 sem)			
	Fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
Nulípara	5	6.8	4	5.4	1	1.3	10	13.5
Primípara	33	44.5	6	8.1	3	4.1	42	56.7
Múltipara	7	9.5	12	16.2	3	4.1	22	29.8
Total:	45	60.8	22	29.7	7	9.5	74	100.0

Fuente: Ficha

**FIGURA 1. PARIDAD RELACIONADA A PARTO PREMATURO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRÍGUEZ 2022.**



Nota: Tabla 1



Se observa la paridad relacionada a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez. Del 100% de casos: el 56.7% fueron primíparas, seguido del 29.8% multíparas y el 13.5% nulíparas

Según la clasificación del parto prematuro tardío: el 44.5% fueron primíparas.

Según la clasificación del parto prematuro moderado: el 16.2% fueron multíparas. Según la clasificación del parto prematuro extremo: el 4.1% fueron primíparas y multíparas.

La prueba estadística nos muestra que el chi cuadrado es 14.34; es mayor al valor de chi cuadrado 9.49 y un nivel de significancia de 0.002.

La prueba de chi cuadrado nos muestra que la paridad se relaciona con el parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

De acuerdo con Fernández, N. Huancavelica 2020. Informó que el 4.6% de las gestantes fueron nulíparas, por lo cual considero como una característica fundamental de las hemorragias del tercer trimestre (25).

Como dice Mayorga F. Huancayo 2020. Manifestó que 62,2% eran multíparas en su estudio realizado. (27)

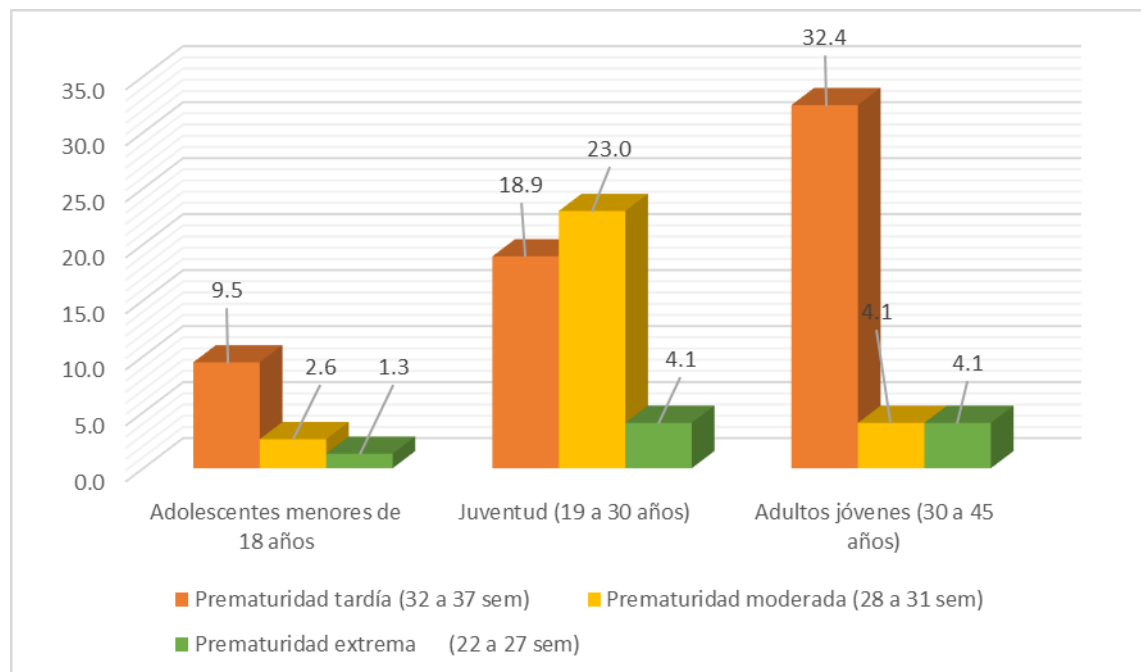
En la investigación se identificó que el 56.7% de las pacientes que participaron del estudio fueron primíparas. Paridad diferente al recopilada en el marco referencial. Lo cual permite afirma que las hemorragias y paridad si se relacionan a la prematuridad.

**TABLA 1 GRUPO ETARIO RELACIONADA A PARTO PREMATURO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRÍGUEZ 2022.**

Grupo etario	Parto prematuro						Total	
	Prematuridad tardía (32 a 37 sem)		Prematuridad moderada (28 a 31 sem)		Prematuridad extrema (22 a 27 sem)			
	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Adolescentes menores de 18 años	7	9.5	2	2.6	1	1.3	10	13.4
Juventud (19 a 30 años)	14	18.9	17	23.0	3	4.1	34	46.0
Adultos jóvenes (30 a 45 años)	24	32.4	3	4.1	3	4.1	30	40.6
<b>Total:</b>	<b>45</b>	<b>60.8</b>	<b>22</b>	<b>29.7</b>	<b>7</b>	<b>9.5</b>	<b>74</b>	<b>100.0</b>

**Nota:** Ficha de recolección de datos

**FIGURA 1 GRUPO ETARIO RELACIONADA A PARTO PREMATURO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRÍGUEZ 2022.**



Nota: Tabla 2



Se aprecia el grupo etario relacionada a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez. Del 100% de casos: el 46% fueron del grupo joven (19 a 30 años), mientras que el 40.6% adultos jóvenes (30 a 45 años), y el 13.4% Adolescentes menores de 18 años.

Según la clasificación del parto prematuro tardío: el 32.4% adultos jóvenes.

Según la clasificación del parto prematuro moderado: el 23% fueron del grupo joven. Según la clasificación del parto prematuro extremo: el 4.1% fueron del grupo joven y adultos jóvenes.

La prueba estadística nos muestra que el chi cuadrado es 13.08; es mayor al valor de chi cuadrado tabulado 9.49 y un nivel de significancia de 0.001.

La prueba de chi cuadrado nos muestra que el grupo etario se relaciona con el parto prematuro en gestantes atendidas.

Según Acho S.; Diaz J. Salvador J. Paredes J. Lima 2021. Informó que la edad media encontrada en el estudio fue 28 años, que corresponde al grupo etario de jóvenes. (3)

Teniendo en cuenta a Valderrama D. Jaén, 2018. Manifestó que las mujeres presentaban edades de 35 años, lo cual se considera un factor de riesgo de parto pretérmino (28)

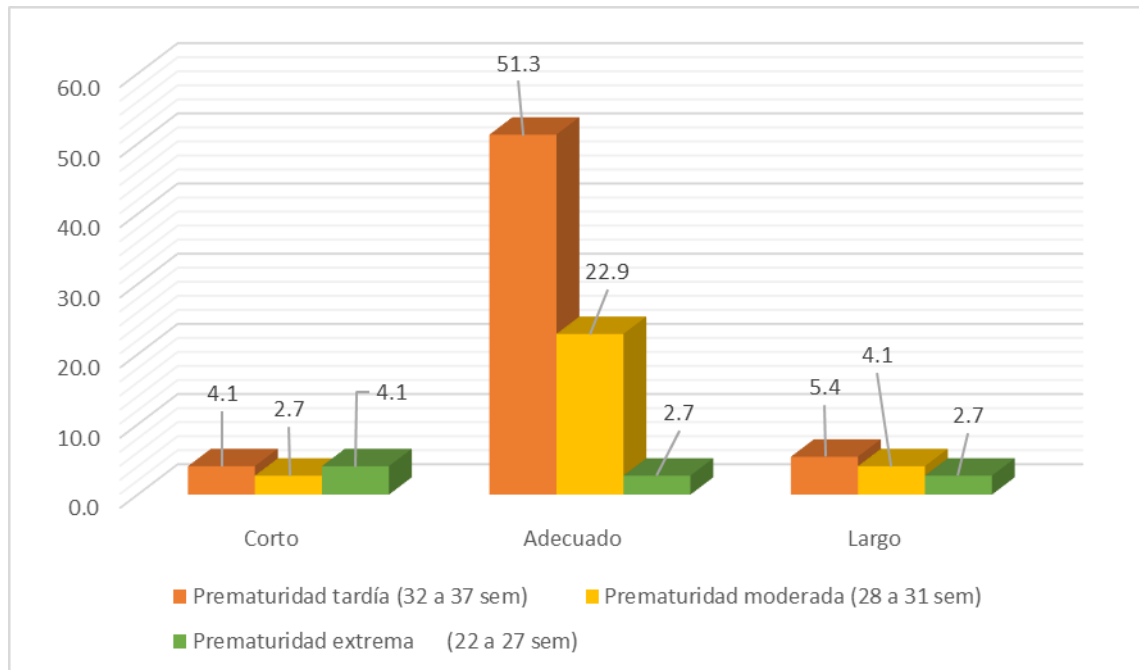
En la investigación se identificó que el grupo etario de mayor relación a parto pretérmino es de jóvenes.

**TABLA 3 PERIODO INTERGENÉSICO RELACIONADA A PARTO PREMATURO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRÍGUEZ 2022.**

Periodo intergenésico	Tipo de parto prematuro						Total	
	Prematuridad tardía (32 a 37 sem)		Prematuridad moderada (28 a 31 sem)		Prematuridad extrema (22 a 27 sem)			
	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
Corto	3	4.1	2	2.7	3	4.1	8	10.9
Adecuado	38	51.3	17	22.9	2	2.7	57	76.9
Largo	4	5.4	3	4.1	2	2.7	9	12.2
Total:	45	60.8	22	29.7	7	9.5	74	100.0

Nota: Ficha

**FIGURA 3 PERIODO INTERGENÉSICO RELACIONADA A PARTO PREMATURO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRÍGUEZ 2022.**



Nota: Tabla 3



Se observa el periodo intergenésico relacionada a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez. Del 100% de casos: el 76.9% el periodo intergenésico es adecuado, mientras que el 12.2% PIL, y el 10.9% PIC.

Según la clasificación del parto prematuro tardío: el 51.3% el PIA. Según la clasificación del parto prematuro moderado: el 22.9% el PIA. Según la clasificación del parto prematuro extremo: el 4.1% el PIC

La prueba estadística nos muestra que el chi cuadrado es 11.87; es mayor al valor de chi cuadrado 9.49 y un nivel de significancia de 0.011.

La prueba de chi cuadrado nos muestra que el periodo intergenésico se relaciona con el parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

Con base en Mayorga F. Huancayo 2020. Manifestó que 68% de las mujeres el periodo intergenésico fue corto . (27)

Como expresa Vilca R. Juliaca 2019.. Informó que el 34.8% de las pacientes su periodo intergenésico fue corto o menor de 2 años. (30)

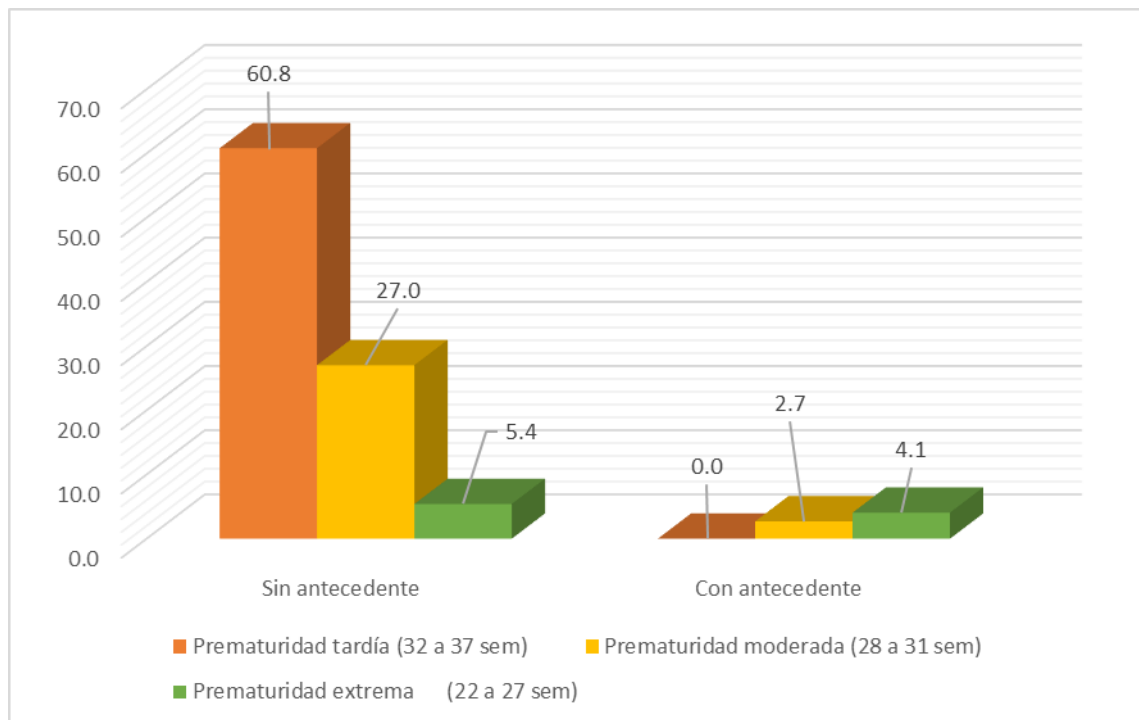
En la investigación se identificó que el 76.9% que el periodo intergenésico que tuvo la paciente fue adecuado, mientras que el 23.1% fue corto como también largo

**TABLA 4 ANTECEDENTE DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA RELACIONADA A PARTO PREMATURO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRÍGUEZ 2022.**

Antecedente DPP	Tipo de parto prematuro						Total	
	Prematuridad tardía (32 a 37 sem)		Prematuridad moderada (28 a 31 sem)		Prematuridad extrema (22 a 27 sem)			
	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
Sin antecedente	45	60.8	20	27.0	4	5.4	69	93.2
Con antecedente	0	0.0	2	2.7	3	4.1	5	6.8
Total:	45	60.8	22	29.7	7	9.5	74	100.0

Nota: Ficha

**FIGURA 4 ANTECEDENTE DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA RELACIONADA A PARTO PREMATURO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRÍGUEZ 2022.**



Nota: Tabla 4



Se analiza el antecedente de DPP relacionada a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez. Del 100% de casos: el 93.2% no presentaron ningún antecedente mientras que el 6.8% si presento con anterioridad DPP.

Según la clasificación del parto prematuro tardío: el 60.8% no presentaron ningún antecedente de DPP. Según la clasificación del parto prematuro moderado: el 27% no presentaron ningún antecedente. Según la clasificación del parto prematuro extremo: : el 5.4% no presentaron ningún antecedente

La prueba estadística nos muestra que el chi cuadrado es 17.75; es mayor al valor de chi cuadrado tabulado 5.99 y un nivel de significancia de 0.000.

La prueba de chi cuadrado nos muestra que el antecedente de DPP se relaciona con el parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

Como lo hace notar Acho S.; Salvador J. Diaz J. Paredes J. Lima 2021 Informó que el 34.8% de las mujeres mostraron DPP en la segunda mitad del embarazo (3)

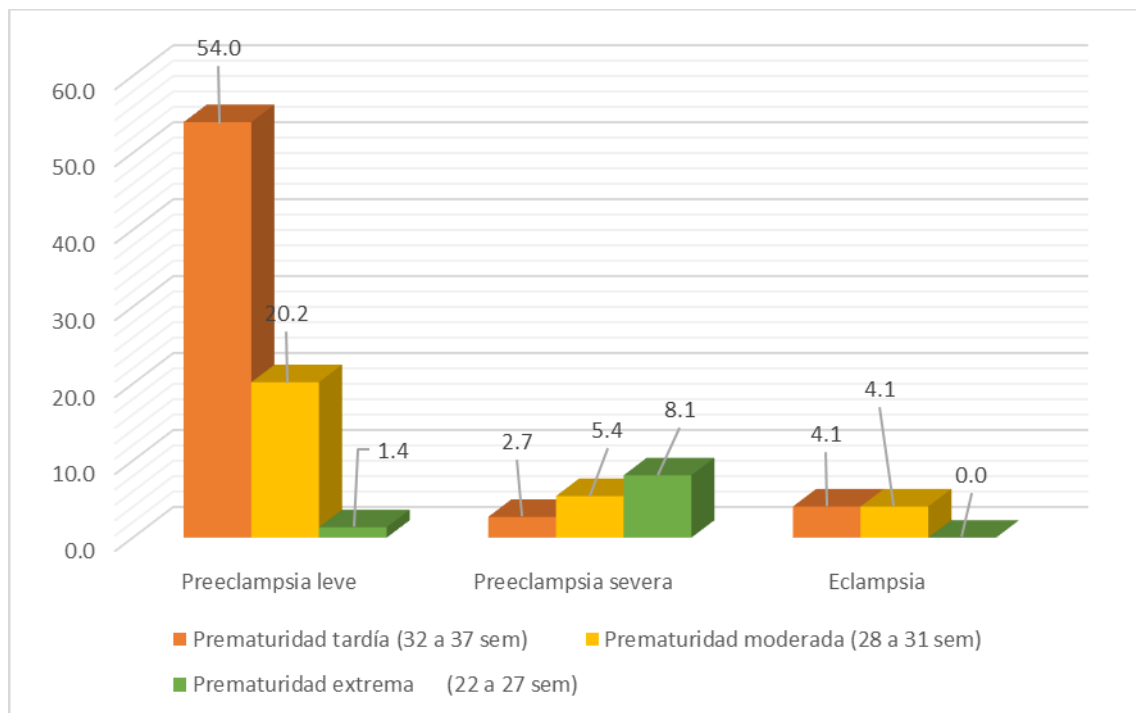
Empleando las palabras de Yépez R. Ecuador 2018. Manifestó que 53.90% de las gestantes tuvo DPP. (22)

En la investigación se identificó que el 6.8% de las pacientes en su embarazo tuvieron episodios de DPP. Lo cual origina partos prematuros

**TABLA 5 ENFERMEDAD HIPERTENSIVA RELACIONADA A PARTO PREMATURO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRÍGUEZ 2022.**

Enfermedad Hipertensiva	Tipo de parto prematuro						Total	
	Prematuridad tardía (32 a 37 sem)		Prematuridad moderada (28 a 31 sem)		Prematuridad extrema (22 a 27 sem)			
	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
Preeclampsia leve	40	54.0	15	20.2	1	1.4	56	75.6
Preeclampsia severa	2	2.7	4	5.4	6	8.1	12	16.2
Eclampsia	3	4.1	3	4.1	0	0.0	6	8.2
Total:	45	60.8	22	29.7	7	9.5	74	100.0

**Nota:** Ficha



**Nota:** Tabla 5



Se examina la enfermedad hipertensiva relacionada a parto prematuro en gestantes. Del 100% de casos: el 75.6% presentaron preeclampsia leve, seguido del 16.2% preeclampsia severa y por último eclampsia con 8.2%.

Según la clasificación del parto prematuro tardío: el 54% exteriorizaron preeclampsia leve. Según la clasificación del parto prematuro moderado: el 20.2% presentaron preeclampsia leve. Según la clasificación del parto prematuro extremo: el 8.1% mostraron preeclampsia severa

La prueba estadística nos muestra que el chi cuadrado es 30.95; es mayor al valor de chi cuadrado tabulado 9.49 y un nivel de significancia de 0.000.

La prueba de chi cuadrado nos muestra que la enfermedad Hipertensiva se relaciona con el parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

A juicio de Yépez R. Ecuador 2018. Declaró que 25% de las gestantes tuvo hipertensión arterial. (22)

Desde la posición de Vilca R. Juliaca 2019. Reveló que 33.4% de las gestantes presentaron hipertensión arterial que se relacionó a partos pretérmino. (30)

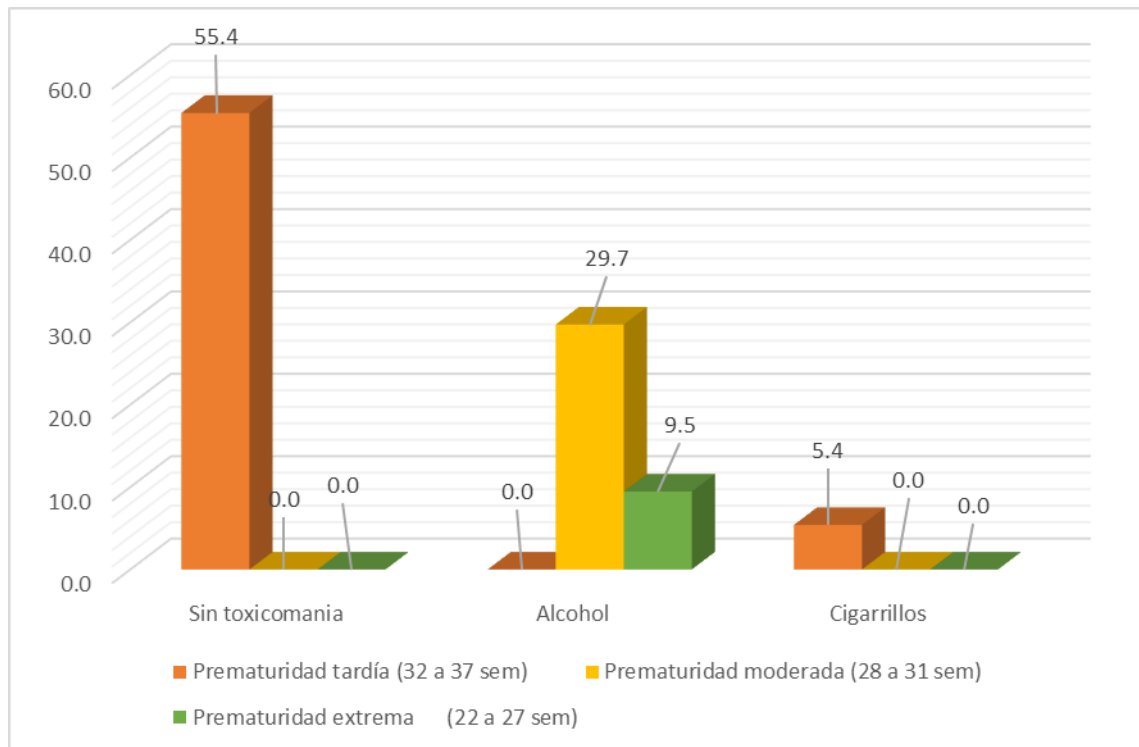
En la investigación se halló que el 75.6% de las pacientes se les diagnosticó preeclampsia leve lo cual se relacionó con prematuridad.

**TABLA 6 TOXICOMANÍA RELACIONADA A PARTO PREMATURO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRÍGUEZ 2022.**

Toxicomanía	Tipo de parto prematuro						Total	
	Prematuridad tardía (32 a 37 sem)		Prematuridad moderada (28 a 31 sem)		Prematuridad extrema (22 a 27 sem)			
	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sin toxicomanía	41	55.4	0	0.0	0	0.0	41	55.4
Alcohol	0	0.0	22	29.7	7	9.5	29	39.2
Cigarrillos	4	5.4	0	0.0	0	0.0	4	5.4
Total:	45	60.8	22	29.7	7	9.5	74	100.0

Nota: Ficha

**FIGURA 6 TOXICOMANÍA RELACIONADA A PARTO PREMATURO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRÍGUEZ 2022.**



Nota: Tabla 6



## TABLA y GRÁFICO N<sup>ro</sup>. 6.

Se observa la toxicomanía relacionada a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez. Del 100% de casos: el 55.4% no tenían toxicomanías.

Según la clasificación del parto prematuro tardío: el 55.4% no tenían toxicomanías. Según la clasificación del parto prematuro moderado: el 29.7% consumían alcohol. Según la clasificación del parto prematuro extremo: el 9.5% consumían alcohol.

La prueba estadística nos muestra que el chi cuadrado es 13.19; es mayor al valor de chi cuadrado 9.49 y un nivel de significancia de 0.000.

La prueba de chi cuadrado nos muestra que la toxicomanía se relaciona con el parto prematuro en gestantes.

Como plantea Agapito A. Lambayeque 2021 Informó que el 4.88% de las gestantes tenían hábitos nocivos como era el consumo de bebidas alcohólicas en el embarazo (24)

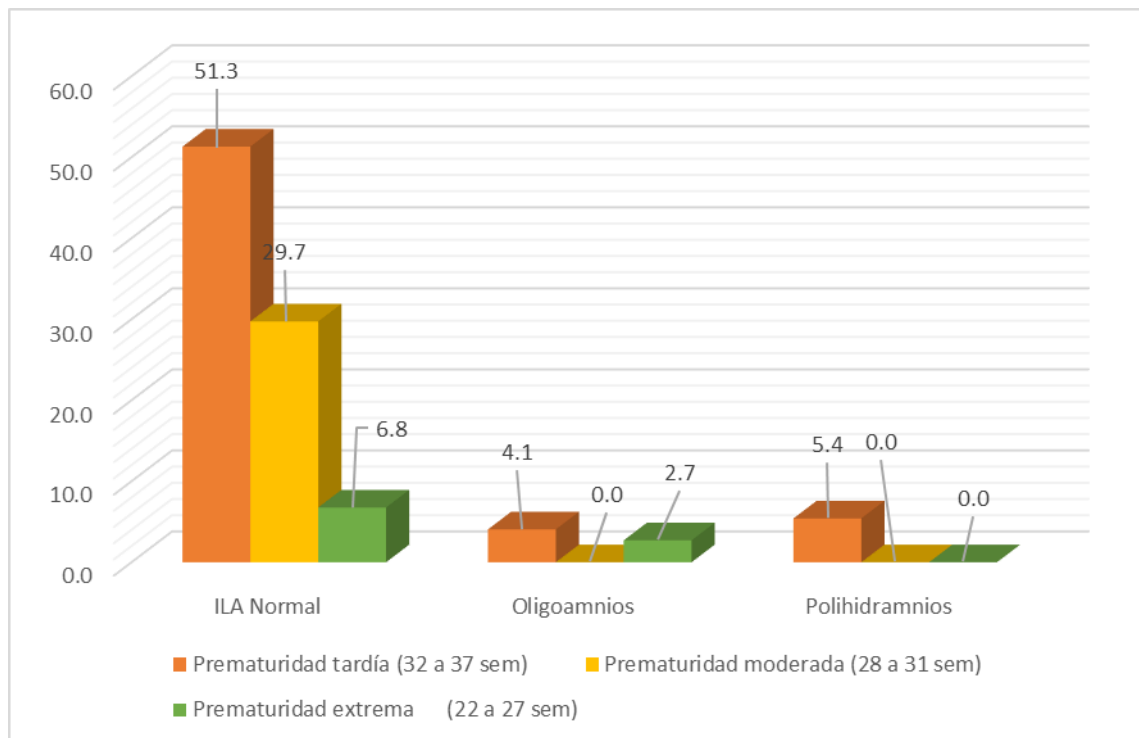
En la investigación se identificó que el 44.6% de las de las gestantes tenían toxicomanías como era el consumir bebidas alcohólicas y fumar. Estas sustancias se relacionan con la presencia de partos prematuros.

**TABLA 7 LÍQUIDO AMNIÓTICO RELACIONADA A PARTO PREMATURO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRÍGUEZ 2022.**

Líquido amniótico	Tipo de parto prematuro						Total	
	Prematuridad tardía (32 a 37 sem)		Prematuridad moderada (28 a 31 sem)		Prematuridad extrema (22 a 27 sem)			
	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
ILA Normal	38	51.3	22	29.7	5	6.8	65	87.8
Oligoamnios	3	4.1	0	0.0	2	2.7	5	6.8
Polihidramnios	4	5.4	0	0.0	0	0.0	4	5.4
Total:	45	60.8	22	29.7	7	9.5	74	100.0

Nota: Ficha

**FIGURA 7 LÍQUIDO AMNIÓTICO RELACIONADA A PARTO PREMATURO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRÍGUEZ 2022.**



Nota: Tabla 7



Se aprecia el líquido amniótico relacionado con el parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez. Del 100% de casos: el 87.8% la cantidad de líquido amniótico era normal, seguido del 6.8% con disminución oligoamnios, y el 5.4% aumento polihidramnios.

Según la clasificación del parto prematuro tardío: el 51.3% la cantidad de líquido amniótico era normal. Según la clasificación del parto prematuro moderado: el 29.7% su ILA era normal. Según la clasificación del parto prematuro extremo: el 6.8% su ILA era normal.

La prueba estadística nos muestra que el chi cuadrado es 9.64; es mayor al valor de chi cuadrado 9.49 y un nivel de significancia de 0.046.

La prueba de chi cuadrado nos muestra que el líquido amniótico se relaciona con el parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

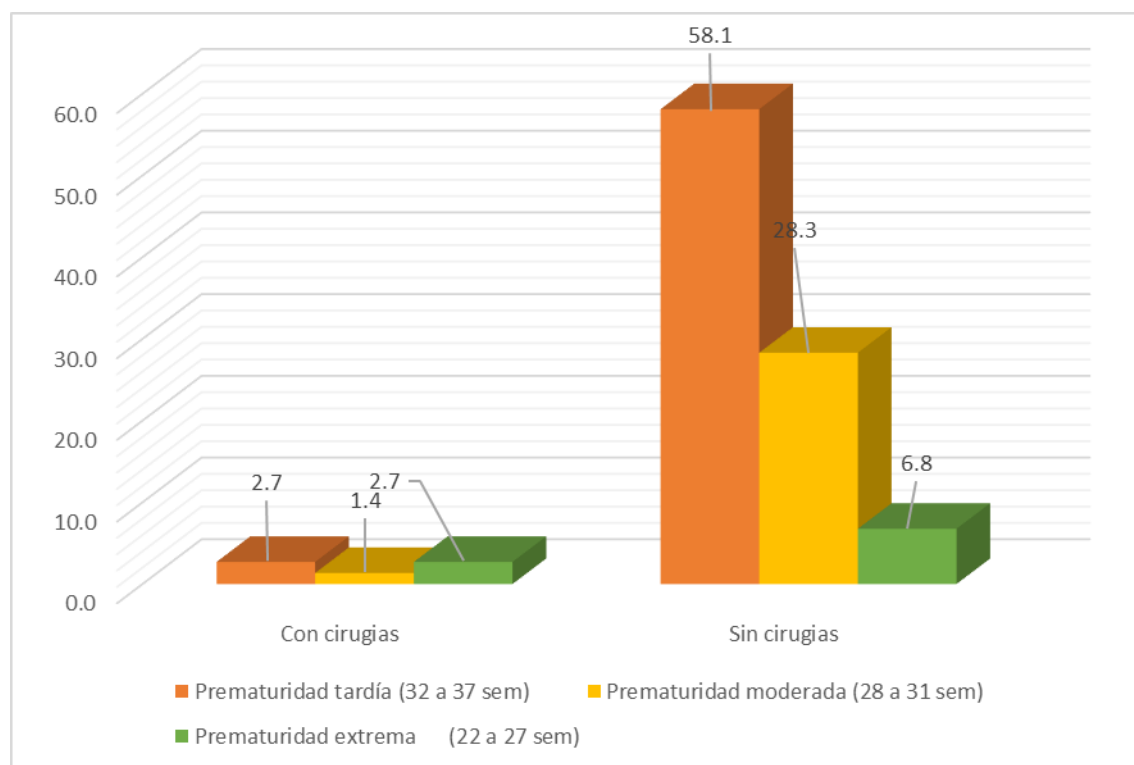
Como señala Valderrama D. Jaén, 2018" Comunicó que la pérdida de líquido amniótico durante la gestación se asocia al parto pretérmino. (28)

En la investigación se observó que el 12.2% de las gestantes presentaban alteraciones en la cantidad de líquido amniótico, lo cual origina una alteración en el medio fetal, que desencadenará partos prematuros.

**TABLA 8 CIRUGÍAS PREVIAS RELACIONADA A PARTO PREMATURO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRÍGUEZ 2022.**

Cirugías previas	Tipo de parto prematuro						Total	
	Prematuridad tardía (32 a 37 sem)		Prematuridad moderada (28 a 31 sem)		Prematuridad extrema (22 a 27 sem)			
	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Con cirugías	2	2.7	1	1.4	2	2.7	5	6.8
Sin cirugías	43	58.1	21	28.3	5	6.8	69	93.2
Total:	45	60.8	22	29.7	7	9.5	74	100.0

Nota: Ficha



Nota: Tabla 8.



Se observa las cirugías previas relacionada a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez. Del 100% de casos: el 93.2% no presento cirugías previas mientras que el 6.8% si presento cirugías previas. Según la clasificación del parto prematuro tardío: el 58.1% no presento cirugías previas. Según la clasificación del parto prematuro moderado: el 28.3% no presento cirugías previas. Según la clasificación del parto prematuro extremo: el 6.8% no presento cirugías previas.

La prueba estadística nos muestra que el chi cuadrado es 5.83; es menor al valor de chi cuadrado 5.99 y un nivel de significancia de 0.215.

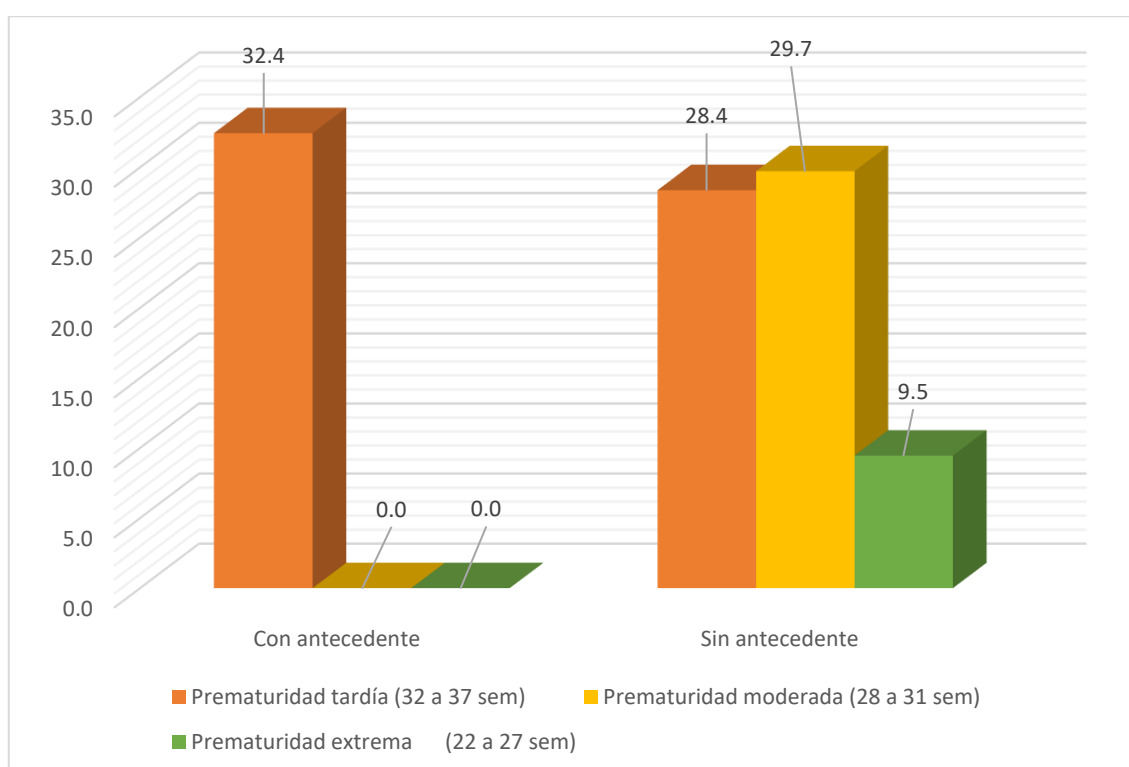
La prueba de chi cuadrado nos muestra que las cirugías previas **no** se relacionan con el parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

En la investigación se identificó que el 6.8% de las pacientes se habían realizado alguna intervención quirúrgica uterina, la misma que puede originar una ruptura uterina. Y no permitir un desarrollo completo del tiempo de gestación.

**TABLA 9 ANTECEDENTES DE LEGRADOS RELACIONADA A PARTO PREMATURO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRÍGUEZ 2022.**

Antecedentes de legrados	Tipo de parto prematuro						Total	
	Prematuridad tardía (32 a 37 sem)		Prematuridad moderada (28 a 31 sem)		Prematuridad extrema (22 a 27 sem)			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Con antecedente	24	32.4	0	0.0	0	0.0	24	32.4
Sin antecedente	21	28.4	22	29.7	7	9.5	50	67.6
Total:	45	60.8	22	29.7	7	9.5	74	100.0

**Nota:** Ficha de recolección de datos.



Nota: Tabla 9



Se observa los antecedentes de legrados relacionado a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez. Del 100% de casos: el 67.6% no presento ningún antecedente de legrado uterino y opuestamente el 32.4% si presentó

Según la clasificación del parto prematuro tardío: el 32.4% si presento antecedente de legrado uterino Según la clasificación del parto prematuro moderado: el 29.7% no presento ningún antecedente de legrado uterino Según la clasificación del parto prematuro extremo: el 9.5% no presento ningún antecedente de legrado uterino

La prueba estadística nos muestra que el chi cuadrado es 22.89; es mayor al valor de chi cuadrado 5.99 y un nivel de significancia de 0.000.

La prueba de chi cuadrado nos muestra que los antecedentes de legrados se relaciona con el parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Gallo Rodríguez.

Desde el punto de vista de Fernández, N. Huancavelica 2020. Informó que el 50% de las gestantes se realizaron prácticas abortivas (25).

Como afirma Vilca R. Juliaca 2019. Manifestó que 56.1% de las pacientes se realizaron un aborto previo. (30)

En la investigación se identificó que 32.4% de las participantes de realizaron legrados uterinos, sin especificar por retención de restos o prácticas abortivas

## CONCLUSIONES

**PRIMERA.** Se determinó que las hemorragias en la segunda mitad del embarazo se relacionan a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2022.

**SEGUNDA.** Los factores etiológicos de la placenta previa son: primiparidad 56.7% ( $\text{CHI}^2 = 14.34$ ; NS 0.002); grupo etario jóvenes 46% ( $\text{CHI}^2 = 13.08$ ; NS 0.001); periodo intergenésico largo 12.2% ( $\text{CHI}^2 = 11.87$ ; NS 0.011); se relacionan a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

**TERCERA.** Se describió que los factores etiológicos del desprendimiento prematuro de placenta son los antecedentes de DPP 6.8% ( $\text{CHI}^2 = 17.75$ ; NS 0.000); enfermedades hipertensivas como la preeclampsia leve 75.6% ( $\text{CHI}^2 = 30.9$ ; NS 0.000); toxicomanías de alcohol 39.2% ( $\text{CHI}^2 = 13.19$ ; NS 0.000); Oligoamnios 6.8% ( $\text{CHI}^2 = 9.64$ ; NS 0.046); se relacionan a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

**CUARTA.** Se reconoció que el factor etiológico de la rotura uterina fue antecedente de legrado uterino ( $\text{CHI}^2 = 22.89$ ; NS 0.000); se relacionó con el parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez



## RECOMENDACIONES

**PRIMERA.** Se recomienda al Jefe del Servicio de Obstetricia del Hospital Alfredo Callo Rodríguez trabajar en conjunto con la Oficina de Capacitación y la Estrategia Materna Perinatal de la Red de Salud Canas en la organización de capacitaciones periódicas al personal de salud. Estas sesiones deben centrarse en actualizar al personal de salud sobre el manejo clínico de la hemorragia en la segunda mitad del embarazo, que conduce a partos prematuros, entre las mujeres embarazadas bajo su cuidado dentro de la localidad.

**SEGUNDA.** A los profesionales obstetras, en coordinación con la Red de Salud Canas y la Oficina de Comunicación optimizar las informaciones, mediante tipo radial, televisivo y difusión con material impreso que indiquen los factores etiológicos de la placenta previa que se relacionan al parto prematuro, con la finalidad de aminorar su incidencia

**TERCERA.** A los obstetras del Hospital Alfredo Callo Rodríguez, mejorar la información, que se brindan en las atenciones prenatales con la finalidad de identificar los factores etiológicos del desprendimiento prematuro de placenta, como enfermedades hipertensivas, ILA anormal, que se relacionan al parto prematuro

**CUARTA.** A los obstetras del primer nivel de atención de la Red de Salud Canas que ejecuten actividades de prevención y promoción de Hemorragias en el desarrollo de la gestación con la finalidad de reducir las complicaciones maternas y fetales



## REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. Guía Técnica: La primera edición de la Guía Técnica de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas, publicada por el Ministerio de Salud, fue editada por Sinco y publicada en Lima en el año 2007. Su ISBN es 978-9972- 776-22-9.
2. Reyes L. El documento titulado "Hemorragias durante los tres trimestres del embarazo" fue publicado en diciembre de 2017 en el sitio web [coursework.ucc.edu.co](http://coursework.ucc.edu.co) como recurso didáctico. Su extensión total es de 13 páginas.
3. Acho S, Salvador J, Diaz J, Paredes J. La Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia publicó un estudio en junio de 2011 que se centró en casos de sangrado durante la segunda mitad del embarazo en un Hospital Nacional de Lima. El estudio se identifica como Volumen 57, Número 243.
4. OPS. Se puede acceder al sitio web de la OPS en <https://www3.paho.org/>. Este recurso en línea se actualizó por última vez en 2018 y fue citado el 20 de febrero de 2022. Contiene información valiosa sobre las tasas de embarazo adolescente en todo el mundo, y afirma que América Latina y el Caribe tienen las segundas tasas más altas de embarazo adolescente a nivel mundial. Para más información consultar esta fuente: [https://www3.paho.org/hq/index\\_content&view=article&id=14163-and-themid=1926&lang=en](https://www3.paho.org/hq/index_content&view=article&id=14163-and-themid=1926&lang=en).
5. Perez C. Sangrado en la segunda mitad del embarazo. Revista Peruana de Obstetricia y Ginecología. ISSN 2010: 2304-5124;56(1).



6. Carbajal J, Barrija M. Manual de Obstetricia y Ginecología. Décima edición 978-956-398-591-7IN, Editorial. Madrid; 2019.
7. Gustavo J. Obstetricia moderna. Editora de la tercera edición. ISBN 9803730169 9, Editorial: McGraw-Hill; 2019.
8. Manuals MSD. [cited 2022 06 30. Available from: <https://www.msdm.com/es-pe/professi%C3%ADa-y-obstetrical/evaluaci%C3%B3n-de-la-paciente-obst%C3%A9%20es%20el%20n%C3%BAmero,causa%20>.
9. Concepto. <https://concepto.de/>. [Online]. [cited 2022 06 30. Available from: <https://concepto.de/grupo-etario/>.
10. Gonzalez M. Obstetricia. 4th ed. Santiago de Chile: Mediterraneo; 2017.
11. Perez-Sánchez A, Donoso E. Ginecología y Obstetricia Manuales de consultas rapidas. 2nd ed. 9788498350739 I18I1, Editorial Panamericana; 2009
12. Manual de medicina y cirugía de la CTO. Versión 8: El Grupo CTO. Editorial CTO.
13. Bryce A, Alegria E, Valenzuela Gyc. Hipertensión durante el embarazo. Revista Peruana de Obstetricia y Ginecología. 2018;64(2).
14. Lapidus A, Unicef. Guías para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión en el embarazo Primera edición editada. Tucumán; 2010.
15. Línea Médica Plus. <https://medlineplus.gov>. [en línea]. [Citado el 8 de febrero de 2022. Disponible en:



- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007238.htm> consistir, a%20t rav%C3%A9s%20de%20la%20placenta.
16. Pascale A. Uso de medicamentos durante el embarazo. Modalidades de tratamiento y estrategias de prevención.
  17. Minsa. Boletín Epidemiológico del Perú Semana Epidemiológica (10 al 16 de noviembre) Lima: ISSN 2415-076 2; 2019.
  18. Moldenhauer J. [Citado el 29 de junio de 2022. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-delivery-y-cord%C3%B3n-umbilical> Prolapso %C3%B3n.
  19. Cuidate [cited 2022 07 01. Available from: <https://cuidateplus.marca.com/reproduccion/embarazo/legrado.html>.
  20. Lombardia J, Marisa. F. El documento titulado "Hemorragias durante los tres trimestres del embarazo" fue publicado en diciembre de 2017 en el sitio web [coursework.ucc.edu.co](http://coursework.ucc.edu.co) como recurso didáctico. Su extensión total es de 13 páginas.
  21. Supo J. nivel de investigación. [en línea]. ; 2014 [Consultado el 24 de mayo de 2016. Disponible en: <http://seminariosdeinvestigacion.com/niveles-de-investigacion/>.
  22. Yépez R. Sangrado uterino en la última etapa del embarazo (32 a 36 semanas), Hospital de Obstetricia y Ginecología Enrique C. Sotomayor". Papeles previos a la obtención del título de obstetra. Guayaquil, Ecuador: Facultad de Obstetricia, Universidad de Guayaquil; 2018.



23. Gómez I, Larrañaga C. Sangrado durante el embarazo. Almanaque del Sistema Navarro de Salud. 2019;32(81).
24. Díaz V. Díaz V. M Proporciona metodologías, investigación científica y bioestadística para profesionales y estudiantes de ciencias de la salud. Segunda edición. Editor R, Editor. Santiago, Chile; 2016.
25. Villanueva J. "Asociación entre sangrado vaginal en el primer trimestre y parto pretérmino, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2017".
26. Mayorga F. "Hemorragia obstétrica en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo, 2020". Universidad Nacional de Huancavelica; 2021.
27. Valderrama D. Valderrama D. "Factor de riesgo asociado al parto prematuro en gestantes del Hospital General de Jaén, 2018". Cajamarca
28. Pezo K. "Etiología del Sangrado en Mujeres Embarazadas Atendidas en el Hospital N°1, Moyobamba II-1, 2018". Trabajo Académico Seleccionado Segunda Designación de Especialidad en el Campo de Emergencias y Alto Riesgo Óseo. Lima: Facultad de Obstetricia y Enfermería, 2020
29. López P, Fachelli S. Métodos cuantitativos de investigación social. primera edición Universidad Autónoma de Barcelona; 2015.
30. Fonseca A, Martel S. Investigaciones científicas en salud con enfoque cuantitativo. 1st ed. Huanuco: Unheval; 2012.



# ANEXOS



ANEXO N° 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

1. Hemorragias en la segunda mitad del embarazo

1.1. Factores etiológicos de la placenta previa

1.1.1. ¿Cuántos partos ha tenido usted?

- Nuliparidad
- Secundípara
- Multípara

1.1.2. ¿Ha que grupo etario pertenece usted?

- Adolescentes menores de 18 años
- Juventud (19 a 30 años)
- Adultos jóvenes (30 a 45 años)

1.1.3. ¿Cuál es su periodo intergenésico

- Corto
- Adecuado
- Largo

1.2. Factores etiológicos del desprendimiento prematuro de placenta

1.2.1. ¿Presentó anteriormente desprendimiento prematuro de placenta?

- Con antecedentes
- Sin antecedentes

1.2.2. ¿En su embarazo presento enfermedades hipertensivas?

- Preeclampsia leve
- Preeclampsia severa
- Eclampsia

1.2.3. ¿Usted consume sustancias toxicas?

- Alcohol
- Cigarrillos
- Drogas

1.2.4. ¿El líquido amniótico era el recomendado?

- Polihidramnios
- Oligohidramnios
- ILA Normal

1.3. Factores etiológicos de la rotura uterina

1.3.1. ¿Usted le han realizada alguna intervención quirúrgica?

- Con intervención
- Sin intervención

1.3.2. ¿Presentó anteriormente algún legrado?

- Con antecedentes
- Sin antecedentes

2. ¿Qué tipo de recién nacido pretérmino

- Prematuridad extrema (22 a 27 sem)
- Prematuridad moderada (28 a 31 sem)
- Prematuridad tardía (32 a 37 sem)



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital [X]

Fecha de entrega: 17 Julio 2024

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: Maria Elizabeth Flores Coila

Dirección: Jr. José Antonio Encinas N° 275

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 01318151

Teléfono: 974761004 email: elinaflores2@hotmail.com

Nombres y Apellidos:

Dirección:

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°:

Teléfono: email:

Facultad y/o Escuela de Posgrado: Posgrado

Escuela Profesional o Mención: Segunda especialidad

Título o Grado Académico a optar: Alto riesgo y emergencias Obstétricas

Asesor:

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación [ ] Tesis [ ] Trabajo de Suficiencia Profesional [ ] Trabajo Académico [X]

Título: Hemorragias en la segunda mitad del embarazo relacionadas a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2022

Palabras claves, (3 a 5 términos): Factores Etiológicos de Placenta previa, DPP.

¿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
- Titulo
- 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 - SEGOY

Firma de Autor



huella digital

17-Julio-2024

Fecha