

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD
DEL EMBARAZO EN GESTANTES DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA
(2014- 2018)”**

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

PRESENTADO POR:

ALEXANDRA FLOR ROMERO

ASESOR:

MÉDICO GERSON ROBERTO GÓMEZ ZAPANA

TACNA – PERÚ

2021

DEDICATORIA

A mis padres, mis pilares fundamentales, por haberme apoyado en todo momento, quienes me motivaron constantemente para alcanzar mis metas, a nunca rendirme y seguir adelante. Y en especial a mi ángel, mi abuela Vicenta, con tu bendición a diario a lo largo de mi vida que me protege y me lleva por el camino.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por todo el amor que me han brindado y por el esfuerzo que han realizado para que yo pudiera cumplir esta meta, así como a todas aquellas personas que han estado a mi lado y que colaboraron en forjarme como persona.

Agradezco a mi asesor de tesis Mgr. Gerson R. Gómez Zapana y al Dr. Alberto Flor Chávez por su orientación y consejos en el desarrollo de mi tesis desde el inicio hasta el final.

Así mismo a mis jurados conformado por Dr. Pedro Cárdenas Rueda, Dra. Flormira Quispe Calderón y Méd. Paola Arias Huanacune por su aporte de sugerencias.

ÍNDICE

ÍNDICE	4
ÍNDICE DE TABLAS	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I.....	11
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	13
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.	13
1.3.1. OBJETIVO GENERAL:	13
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	13
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	14
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
1.6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	16
CAPÍTULO II.....	19
REVISIÓN DE LA LITERATURA	19
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES:.....	19
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES:	21
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES:	27
2.2. MARCO TEÓRICO:.....	28
2.2.1. HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO.....	28
2.2.1.1. DEFINICIÓN:	28
2.2.1.2. CAUSAS:	28
PLACENTA PREVIA.....	28
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA.....	31
ROTURA UTERINA.	33

2.2.2. FACTORES ASOCIADOS.....	35
2.2.2.1. FACTORES MATERNOS.	35
2.2.2.1.1. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS.	35
2.2.2.1.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	36
2.2.2.2. FACTORES OBSTÉTRICOS.....	38
CAPÍTULO III.....	40
HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	40
3.1. HIPÓTESIS.	40
3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	40
CAPÍTULO IV.....	42
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	42
4.1. DISEÑO.	42
4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO.....	42
4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.	42
4.3.1. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	42
4.3.2. MARCO MUESTRAL.....	43
4.3.3. DISEÑO MUESTRAL.....	43
4.3.4. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	43
4.3.5. MUESTRA DE CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD.....	43
4.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	44
CAPÍTULO V	45
PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS.....	45
5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS.....	45
5.2. ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS.....	45
5.3. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	46
5.4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	54
CAPÍTULO VI.....	61
CONCLUSIONES.....	61
CAPÍTULO VII.....	62
RECOMENDACIONES	62

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	68

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN LAS CAUSAS DE HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO	46
Tabla 2. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS	47
Tabla 3. DISTRIBUCIÓN SEGÚN FACTORES MATERNOS Y HEMORRAGIA	48
Tabla 4. DISTRIBUCIÓN SEGÚN FACTORES OBSTÉTRICOS Y HEMORRAGIA	51

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar qué factores están asociados a hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna (2014 -2018).

MATERIALES Y METODOS: Se realizó un estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal y analítico. El diseño es no experimental de casos y controles. El universo de estudio fue total de gestantes atendidas durante el periodo de estudio. El muestreo: Se seleccionó un total de 251 gestantes (caso), y a través de un muestreo aleatorio simple siguiendo una relación 2:1 se seleccionan 502 gestantes (control).

RESULTADOS: En el grupo de gestantes con hemorragia, la PP y el DPP fueron las causas de mayor frecuencia con 57,4% y 41,4% respectivamente, un 59,8% presentó IMC PG alterado, un 62,2% tuvieron un CPN inadecuado, respecto a la anemia se observó en un 49,8%, la ITU en un 44,6%, un 9,6% presentó diabetes mellitus pregestacional y un 6,4% HTA crónica. Los factores maternos asociados a hemorragias de la segunda mitad del embarazo fueron el CPN inadecuado ($p = 0,000$; OR = 2,61; IC = 1,91 – 3,56), la anemia ($p = 0,000$; OR = 2,61; IC = 1,90 – 3,58), la ITU ($p = 0,007$; OR = 1,53; IC = 1,12 – 2,08) y la diabetes mellitus pregestacional ($p = 0,000$; OR = 52,9; IC = 7,12 – 393,9). Los factores obstétricos asociados fueron la multiparidad ($p = 0,000$; OR = 2,06; IC = 1,47 – 2,89), la edad gestacional < 37 semanas ($p = 0,000$; OR = 3,58; IC = 2,38 – 5,38), la APP ($p = 0,000$; OR = 2,85; IC = 1,68 – 4,83), la preeclampsia ($p = 0,001$; OR = 2,84; IC = 1,51 – 5,34) y la RPM ($p = 0,000$; OR = 4,53; IC = 2,29 – 8,95).

CONCLUSIONES: Los factores maternos asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo fueron el CPN inadecuado, la anemia, la ITU y la diabetes mellitus pregestacional; dentro de los factores obstétricos los que presentaron asociación fueron la multiparidad, la edad gestacional < 37 semanas, la APP, la preeclampsia y la RPM.

PALABRAS CLAVES: Hemorragia de la segunda mitad del embarazo, factores de riesgo, factores maternos, factores obstétricos.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine which factors are associated with bleeding in the second half of pregnancy at the Hospital Hipólito Unanue de Tacna (2014 -2018).

MATERIALS AND METHODS: An observational, retrospective, cross-sectional and analytical study was carried out. The design is non-experimental of cases and controls. The study universe was total of pregnant women cared for during the study period. Sampling: A total of 251 pregnant women were selected (case), and through a simple random sampling following a 2: 1 ratio, 502 pregnant women (control).

RESULTS: In the group of pregnant women with bleeding, PP and PPD were the most frequent causes with 57,4% and 41,4% respectively, a 59,8% had altered PG BMI, 62,2% had an inadequate CPN, with respect to anemia it was observed in 49,8%, UTI in 44,6%, 9,6% had pre-pregnancy diabetes mellitus and 6,4% chronic HTA. The maternal factors associated with bleeding in the second half of pregnancy were inadequate CPN ($p = 0,000$; OR = 2,61; CI = 1,91 – 3,56), anemia ($p = 0,000$; OR = 2,61; CI = 1,90 – 3,58), UTI ($p = 0,007$; OR = 1,53; CI = 1,12 – 2,08) and pregestational diabetes mellitus ($p = 0,000$; OR = 52,9; CI = 7,12-393,9). The associated obstetric factors were multiparity ($p = 0,000$; OR = 2,06; CI = 1,47 – 2,89), gestational age <37 weeks ($p = 0,000$; OR = 3,58; CI = 2,38 – 5,38), the APP ($p = 0,000$; OR = 2,85; CI = 1,68 – 4,83), preeclampsia ($p = 0,001$; OR = 2,84; CI = 1,51 – 5,34) and RPM ($p = 0,000$; OR = 4,53; CI = 2,29 – 8,95).

CONCLUSIONS: The maternal factors associated with bleeding in the second half of pregnancy were inadequate ANC, anemia, UTI, and pre-pregnancy diabetes mellitus; Among the obstetric factors, those that presented association were multiparity, gestational age <37 weeks, APP, preeclampsia and RPM.

KEY WORDS: Hemorrhage in the second half of pregnancy, risk factors, maternal factors, obstetric factors.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia de la segunda mitad del embarazo, representa un problema de salud pública, debido a que en los últimos años sus patologías han llevado a complicaciones más graves para el feto como para la madre, llegando inclusive a la muerte de ambos.

Considerando que existen factores de riesgo, ya conocidos, que se asocian a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo, es necesario generar mayor conocimiento sobre las frecuencias que estos tienen en la morbilidad y mortalidad materna que, a pesar de los avances en la tecnología y el conocimiento médico para su atención, estos mantienen su incidencia sin ninguna tendencia a declinar, evidenciado que no han logrado mejoras en el manejo de las gestantes en la prevención de riesgos.

No obstante, el conocimiento ya adquirido sobre el tema a desarrollar, es necesario realizar investigaciones o estudios que permitan conocer dicha problemática en el contexto local, lo cual permitirá generar nuevos conocimientos y reafirmar, si fuese el caso, los ya establecidos.

Por ello, es necesario continuar con el análisis del contexto en el que se da la morbi-mortalidad materna causada por la hemorragia obstétrica, cumpliendo el objetivo del presente trabajo que es determinar qué factores de riesgo están asociados a la hemorragia en la segunda mitad del embarazo, en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna el 2014 - 2018.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.

La hemorragia de la segunda mitad del embarazo es un problema de salud pública desde hace muchos años atrás, originada principalmente por patologías como la placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y con menos frecuencia la rotura uterina, sin embargo, en los últimos años se le ha dado mayor importancia por ser una patología que puede tener complicaciones graves para el feto y para la madre, llegando incluso a la muerte. Se le toma en cuenta debido al aumento de casos, es por ello que día tras día se da más importancia el conocer los factores de riesgo asociados ya que es un eje sumamente importante en la prevención de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

Según la OMS en el mundo cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto. (1) En la actualidad 15 de cada 100 mujeres que se embarazan cada año desarrollan complicaciones de riesgo vital. Es por ello que, entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el objetivo 3 está referido a garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades y dentro de este la meta 3.1 se propone para el año 2030 disminuir la razón mundial de mortalidad materna por debajo de 70 por cada 100,000 nacidos vivos. (2)

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo, parto o puerperio. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer.

En el Perú, la hemorragia anteparto junto con la hemorragia postparto, representan las principales complicaciones causantes del 50% de muerte materna a nivel nacional. La hemorragia es causa frecuente y potencialmente grave en la atención de urgencias durante la gestación. Y el sangrado en la segunda mitad del embarazo, ocurre en 3 a 4% de las gestaciones.

Según la Guía de Práctica y de Procedimientos en Obstetricia y Ginecología del 2018, en su reporte epidemiológico nos reporta que en el caso de placenta previa se presenta en el 2,8 por cada 1000 gestantes; y en el caso de desprendimiento prematuro de placenta se presenta en una frecuencia de 1 por cada 100 a 200 partos, con una recurrencia del 10% después de un episodio previo y un 25% de frecuencia después de dos episodios. La prevalencia en el Perú por desprendimiento prematuro de placenta es del 0,7%. (3)

En el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, el Departamento de Gineco Obstetricia, es el de mayor demanda de atención hospitalaria y representa el 39% del total de atenciones durante el año 2018. Asimismo, Ticona R. (4) reporta una tasa promedio de 51.1% de cesáreas sobre el total de partos, 0,28% presentó hemorragia de la segunda mitad del embarazo.

En ese contexto la hemorragia durante la segunda mitad del embarazo se considera como un problema de salud pública, esta evidencia lo encontramos en el estudio de Julca (5) en el cual el shock hipovolémico como causa de hospitalización en las gestantes con morbilidad materna extrema que ingresaron a la UCI del Hospital Unanue de Tacna en el periodo 2017 al 2018 se sitúa alrededor del 16,81%, siendo propiciado principalmente por el desprendimiento prematuro de placenta y la placenta previa en un 3,36% con valores similares y en menor proporción la rotura uterina con un 0,84%; eventos obstétricos que muchas veces vienen asociadas a ciertas condiciones endógenas y exógenas que

pueden incrementar el riesgo de padecer estas patologías en este periodo de la gestación, y que se constituyen en causas de mortalidad materna y fetal.

La importancia del presente estudio se encuentra en identificar los principales factores de riesgo asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo, para que en base a eso se contemplen acciones de identificación temprana de los riesgos y su abordaje integral, ya que en Tacna muy pocos son los estudios relacionados sobre este tema, por lo que tenemos la necesidad de actualizar información permanentemente, y de esta manera adoptar la mejor estrategia para reducir dicho riesgo.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Qué factores están asociados a hemorragia de la segunda mitad del embarazo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2014 -2018?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.3.1.OBJETIVO GENERAL:

Determinar qué factores están asociados a hemorragia de la segunda mitad del embarazo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2014 -2018.

1.3.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.3.2.1. Determinar las características clínico-epidemiológicas de las gestantes con hemorragia de la segunda mitad del embarazo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2014 -2018.

1.3.2.2. Determinar qué factores maternos están asociados a hemorragia de la segunda mitad del embarazo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2014 -2018.

1.3.2.3. Determinar qué factores obstétricos están asociados a hemorragia de la segunda mitad del embarazo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2014 -2018.

1.4. JUSTIFICACIÓN.

La hemorragia de la segunda mitad del embarazo es considerada una de las complicaciones más graves que ocurren durante la gestación; así mismo debido a su frecuencia y magnitud, es considerada una prioridad de salud pública, que ha ido en aumento, sobre todo en los países que están en vías de desarrollo.

Por lo que este estudio a nivel teórico se justifica ya que pretende complementar los vacíos teóricos que se tiene en el ámbito del manejo integral de la atención de la hemorragia en la segunda mitad del embarazo, específicamente los factores asociados que aún se mantienen en controversia y que en nuestro hospital aún no han sido estudiados a profundidad.

Nuestra justificación práctica, ya que va a permitir a que el Departamento de Gineco Obstetricia de Hospital Hipólito Unanue de Tacna en base a los resultados obtenidos, proponga acciones coordinadas con los establecimientos de salud del primer nivel de atención y se realice un manejo integral de la gestante con factores de riesgo para hemorragia de las segunda mitad del embarazo, de tal forma que se identifique tempranamente el riesgo, se haga el diagnóstico y la referencia oportuna y a nivel hospitalario el manejo oportuno de calidad para evitar la morbilidad materna extrema y mortalidad materna perinatal.

Referente a la justificación práctica, los eventos obstétricos como las hemorragias de la segunda mitad del embarazo, pueden ser prevenidos cuando se detectan oportunamente, de ahí que surge la necesidad de afianzar más esta línea de investigación. El personal de salud del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, muchas veces tiene que esforzarse al máximo cuando se activa la clave roja para poder salvar la vida de la mujer

gestante; por lo que los resultados de este estudio pueden servir para que haya una mejor interrelación entre los servicios de atención primaria y el hospital, ya que es allí donde se detectan los riesgos y se da el tratamiento inicial para la referencia oportuna, para que finalmente en el hospital se brinde el manejo especializado para evitar la morbilidad materna extrema y mortalidad materna perinatal.

Este estudio presenta relevancia social ya que al conocer los factores de riesgo que presentan las gestantes de nuestra región y se brinde una atención prenatal de calidad, seguido de un manejo adecuado de la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en el ámbito hospitalario, se estará contribuyendo con tener mujeres saludables en la esfera reproductiva y por ende su desarrollo en el ámbito familiar y social.

Así mismo, cabe resaltar que se encontraron escasos antecedentes de investigaciones relacionados al tema a nivel local, por ende, esta investigación permitirá conocer esa problemática a nivel local y así poder tomar las medidas preventivas adecuadas, considerando que la hemorragia de la segunda mitad del embarazo es un determinante muy importante de morbilidad y mortalidad materno neonatal.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.

El contexto por la pandemia COVID 19 y ante las medidas sanitarias impuestas por el Ministerio de Salud, impidió que se tenga acceso a las historias clínicas de las pacientes ya seleccionadas, sin embargo, se tuvo acceso a la información de la Base de datos del SIP del departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, lo que permitió cumplir con los objetivos del trabajo de investigación.

1.6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

1.6.1.Hemorragia de la segunda mitad del embarazo: Sangrado vaginal variable que puede estar acompañado o no de dolor en una mujer con más de 22 semanas de embarazo, con o sin trabajo de parto. (3)

1.6.2.Placenta previa: Es la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero, muy cerca del orificio cervical interno (OCI) o cubriendo el mismo, ya sea de manera total o parcial.(3)

1.6.3.Desprendimiento prematuro de placenta: Es la separación prematura parcial o total de la placenta normalmente insertada, después de las 22 semanas de embarazo y antes del nacimiento del feto, con hemorragia dentro de la decidua basal. (3)

1.6.4.Rotura uterina: Solución de continuidad de la pared del útero localizada con mayor frecuencia en el segmento inferior, con o sin expulsión del feto, durante el embarazo o en el trabajo de parto.(3)

1.6.5.Edad materna avanzada: Mujeres con edad igual o mayor a 35 años que estén en curso de un embarazo.(6)

1.6.6.Control prenatal (CPN): Es el seguimiento que se realiza durante todo el periodo de gestación, identifica factores de riesgos y permite prevenir complicaciones durante el embarazo.

- **CPN adecuado:** Se considera cuando la gestante ha cumplido su sexta atención prenatal.
- **CPN inadecuado:** Cuando la gestante no ha cumplido su sexta atención prenatal. (7)

1.6.7.Índice de masa corporal pregestacional (IMC PG): Relación entre el peso pregestacional con la talla elevada al cuadrado de la gestante. Su

fórmula de cálculo es la siguiente: $IMC\ PG = \frac{\text{Peso pregestacional (kg)}}{\text{Talla (m)}^2}$

- **IMC normal:** Se considera dentro de los rangos de $\geq 18,5$ y $< 25,0$.
- **IMC alterado:** Se considera a la delgadez, sobrepeso y obesidad, en los rangos de $<18,5 - \geq 25,0$. (8)

1.6.8. Hipertensión arterial crónica: Presión arterial igual o mayor a 140/90 mmHg antes del embarazo o diagnosticada antes de la semana 20 de gestación, que persiste hasta 12 semanas después del parto. (3)

1.6.9. Diabetes mellitus pregestacional: Es aquella diabetes conocida previamente a la gestación actual. Es una enfermedad metabólica crónica, en la que hay una insuficiencia de insulina circulante, que resulta en hiperglicemia y glicosuria, aumento de catabolismo proteico y graso, y una tendencia a cetoacidosis. (9)

1.6.10. Edad gestacional: Tiempo de duración de la gestación, se mide a partir del primer día del último período menstrual normal y el momento en que se realiza el cálculo. Se considera:

- **Pretérmino:** < 37 semanas de gestación.
- **A término:** Entre las 37 – 41 semanas de gestación.
- **Postérmino:** ≥ 42 semanas de gestación.

1.6.11. Multiparidad: Corresponde a aquella condición por la cual la gestante ha tenido 2 o más partos. (10)

1.6.12. Preeclampsia: Trastorno de la gestación con una presión arterial igual o mayor a 140/90 mmHg, que se presenta después de las 20 semanas, caracterizado por la aparición de hipertensión arterial asociada a proteinuria.(3)

1.6.13. Morbilidad materna extrema: Es una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, dentro de los 42 días de la terminación del embarazo que pone en riesgo la vida de la mujer.(11)

1.6.14. Defunción materna: Fallecimiento dentro del periodo de embarazo o periodo de 42 días consecutivos al parto. (11)

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

Carpio Montero, Dalushka (2019), con el trabajo de investigación “Prevalencia de desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en un hospital de la ciudad de Guayaquil”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en un Hospital en ciudad de Guayaquil en el año 2018, por medio de un estudio retrospectivo. Se estudió las variables sociodemográficas, antecedentes médicos, factores asociados y complicaciones. Teniendo como resultados: edad materna entre 33 a 40 años (43%), la multiparidad (50%), el control prenatal (64%) y la edad gestacional entre las 35 a 39 semanas (29%); se destaca entre los factores asociados la cesárea previa (56%) y ruptura prematura de placenta (76%); de las complicaciones destacan la transfusión sanguínea (37%), muerte fetal intrauterina (32%), y nacimiento prematuro (26%). (12)

Elizalde-Valdés V.M. et.al. (2015) según su estudio “Abruptio placentae: morbimortalidad y resultados perinatales”, cuyo objetivo fue describir los resultados neonatales y las complicaciones maternas en pacientes que presentaron abruptio placentae en el HGO del IMIEM. Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo. Teniendo como resultados: edad promedio del grupo de estudio estuvo entre 21 y 35 años (61,6%), el 20,9% fueron mujeres mayores de 35 años y el 17,4% menores de 20 años, con un promedio de 25 años ($\pm 15/41$); el 33,7% eran primigestas y el 66,3% multigestas. Entre los principales factores de riesgo el 34,6% presentó cuadros hipertensivos del embarazo, seguido por la rotura prematura de

membranas con un 22,1%. De los síntomas que las llevaron al hospital, el sangrado transvaginal fue el predominante con un 25,6%, hipertonia uterina un 22,1-10,5% de las pacientes ingresaron sin cuadro clínico de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Las complicaciones que se presentaron fueron: choque hipovolémico el 15,1%, útero de Couvelaire el 8,1%, atonía uterina el 5,8%, y el 69,8% de las pacientes evolucionaron sin complicaciones; al 1,2% se les realizó histerectomía obstétrica. La vía de nacimiento fue en su mayoría abdominal con un 97,7-2,3% por vía vaginal. La tasa de mortalidad perinatal fue del 10,5%, de esta el 8,1% fueron muertes fetales. Como conclusión se determinó que el abruptio placentae es una catástrofe obstétrica que conlleva un alto riesgo materno-fetal, el diagnóstico y la interrupción oportuna del embarazo disminuyen de forma importante la morbilidad perinatal.(13)

Peña Mena G. et.al. (2012) en su proyecto de investigación “Prevalencia y factores de riesgo de placenta previa en pacientes que ingresaron al servicio de patología obstétrica del Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora de Quito, durante el período comprendido entre Enero – Diciembre del 2011”, fijó como objetivo identificar la prevalencia y factores de riesgo de placenta previa, realizó un estudio retrospectivo en el Hospital Gineco – Obstétrico Isidro Ayora de Quito. Se estudió las variables: edad, procedencia, paridad, volumen de sangrado, tipo de inserción placentaria, tipo de terminación del embarazo, patologías sobreañadidas, complicaciones post parto y otros. Teniendo como resultados: edad materna 31 a 40 años 40%, factores de riesgo: procedencia urbana 64%, multiparidad 88 %, etnia negra 12%, tipo de inserción placentaria oclusiva total 42 %, cesárea 100%, pérdida sanguínea de 500 a 999 cc 80% y la mayor complicación histerectomía 44%, patologías sobreañadidas: anemia 30% y diabetes mellitus 18%. (14)

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES:

Rivera Robles, Karolinne (2020) en su trabajo de investigación “Factores de riesgo asociados a hemorragias de la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, Ica – Perú en el periodo 2017 – 2019”, donde su objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a hemorragias de la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco. El trabajo de investigación fue estudio analítico, retrospectivo, observacional, transversal con casos y control. Se utilizó una ficha de recolección de datos, con una muestra de 107 historias clínicas de pacientes que presentaron hemorragia en la segunda mitad de su embarazo. Teniendo como resultados que los factores de riesgo asociados a hemorragias de la segunda mitad del embarazo fueron la nacionalidad peruana ($p= 0,001$; $OR=3,085$; $IC95\%: 1,517-6,291$), placenta previa ($p= 0,001$; $OR= 33,199$; $IC95\%: 13,283-82,975$), desprendimiento prematuro de la placenta ($p= 0,001$; $OR=14,140$; $IC95\%: 4,169-47,964$), con antecedente de cesárea anterior ($p=0,032$; $OR= 2,205$; $IC95\%: 1,059-4,587$) y menor a 6 controles prenatales ($p=0,001$; $OR= 2,971$; $IC95\%: 1,634-5,404$). (15)

Quispelazo Ramos, Cristhian (2019), según su estudio “Incidencia y factores de riesgo asociados a placenta previa en pacientes hospitalizados en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, el Agustino en el año 2018”, estableció como objetivo identificar la incidencia y los factores de riesgos asociados a placenta previa en pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital nacional Hipólito Unanue, enero a diciembre del 2018; siendo su estudio observacional, analítico, retrospectivo de corte transversal, casos y controles. Obteniéndose los siguientes resultados: La edad materna promedio fue de 29.6 años, 30.4 años para los casos, 28.8 para los

controles, el mayor porcentaje de la muestra presentó una edad materna entre 20-35 años. Respecto al estado civil el 70% (41/58) eran convivientes, sobre los factores de riesgo se encontraron: multiparidad OR 3,6 IC 95% (1,8-7,1), antecedente de aborto OR 3,4 IC 95% (1,7- 6,7), antecedente de AMEU yo/legrado OR 3,3 IC 95% (1,6-6,8), antecedente de placenta previa OR 5,9 IC 95% (1,5-23,4), PIC OR 3,2 IC 95% (1,1-8,9). Antecedente de cesárea OR 1,6 IC 95% (0,8-3,3), edad materna avanzada OR 1,8 IC95% (0,8-3,6), IMC desnutrición y/o obesidad OR 1,6 IC 95% (0,8-3,1), anemia en el I trimestre OR 0,8 IC 95% (0,3-1,7). (16)

Arizapana Zamata, César (2019) en su trabajo de investigación “Factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano - Juliaca durante el año 2018”, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo asociado a placenta previa. El estudio fue descriptivo, analítico, retrospectivo de observación indirecta. Obteniéndose resultados de un total de 3260 gestantes que tuvieron atención de parto durante el 2018, 53 gestantes fueron diagnosticadas con placenta previa, encontrándose una incidencia de 1,6%. De éstas 53 gestantes: el 47,2% presentaron el tipo de placenta previa total, además el 35,8% presentó placenta previa parcial, 9,4% presentó placenta de inserción baja y 7,5 % placenta previa marginal. Las variables en estudio fueron: Edad de las gestantes, cesárea anterior, aborto, periodo intergenésico, multiparidad, embarazo múltiple. Se observó que, de las 53 pacientes: el 50,9% eran gestantes con edad mayor o igual a 35 años; el 60,4% tenía antecedente de cesárea; el 34% tenía antecedente de aborto; el 45,3% eran multíparas; el 49,1% presentaban periodo intergenésico corto y sólo el 3,8 % presentó embarazo múltiple. Los factores de riesgo asociados, estadísticamente significativos para placenta previa fueron edad de las gestantes, antecedente de cesárea, multiparidad,

y periodo intergenésico corto. En general se comprueba que sí hay factores de riesgo asociados a placenta previa y son la edad de las pacientes (mayor o igual a 35 años), antecedente de cesárea, multiparidad y periodo intergenésico corto. En tanto el aborto y el embarazo múltiple no presentaron una asociación estadística significativa, por lo que no se considera como factor de riesgo para placenta previa. (17)

Miranda Pilco, Silvia (2019) en su estudio “Características maternas y fetales de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales - Comas, 2016-2017”, con la finalidad de determinar las características maternas y fetales de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales-Comas. Su estudio fue observacional, retrospectivo, transversal, univariado, descriptivo. Dentro de sus resultados se determinó que la edad más frecuente fue de ≥ 35 años (50,6%), siendo la mayoría convivientes, con estudios secundarios; 43,2% presentó ruptura prematura de membranas, 42% fueron múltiparas, 81,8% fueron pretérminos, 47,7% de las madres no tuvieron un control prenatal adecuado y 29,25% presentó infección del tracto urinario. (12)

Guevara Fustamante, Susana (2018) en su trabajo de investigación “Factores de riesgos sociodemográficos y obstétricos y la amenaza de parto pretérmino Hospital José Hernán Soto Cadenillas - Chota, 2018”, se fijó como objetivo determinar la relación entre los factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas-Chota. Corresponde a un tipo de estudio descriptivo correlacional con diseño no experimental de corte transversal, se realizó en un total de 89 gestantes que acudieron a emergencias del mencionado Hospital y se obtuvo los siguientes resultados: el mayor porcentaje de mujeres perteneció al grupo

etario de 20-24 años (33,7%); la mayoría tuvo como grado de instrucción secundaria completa (30,3%), el 71,9% eran amas de casa, el 83,1% fueron convivientes, el 58,4% procedentes de la zona rural, el 66,3% no presentó antecedente de aborto, 65,2% presentaron entre 4-6 atenciones prenatales, el 56,2% tuvo preeclampsia tanto leve como severa, el 74,2% no presentó rotura prematura de membranas, el 37,1% fueron multíparas, el 88,8% no tuvieron desprendimiento prematuro de placenta, el 86,5% no tuvo placenta previa, el 71,9% no presentaron antecedente de parto pretérmino y la mayor parte de gestantes tenían entre 32 a < 37 semanas de gestación (85,4%). Se encontró asociación entre las variables amenaza de parto pretérmino y el antecedente de aborto ($p= 0,022$); amenaza de parto pretérmino y la preeclampsia ($p= 0,050$); amenaza de parto pretérmino y placenta previa ($p= 0,004$). (18)

Poma Chiroque, Helen (2018) en su investigación “Hemorragias de la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de San Jerónimo, Andahuaylas en el 2016”, estableció como objetivo determinar las hemorragias en la segunda mitad del embarazo de gestantes. El método de investigación es descriptivo. En sus resultados las gestantes que presentaron hemorragia en la segunda mitad del embarazo fueron 75 gestantes de una población 175, que acudieron al Centro de Salud San Jerónimo. Donde se encontró con placenta previa 40%, desprendimiento prematuro de placenta 5,3%. Las características sociodemográficas encontradas fueron; edad materna predominante fue entre 19 a 35 años que fue el 45,3%, estado civil se encontró 44% fueron convivientes y ocupación materna el 48% son agricultoras. En las características obstétricas, número de controles prenatales el 61,3% fue adecuado >4 atenciones. Numero de gestaciones previas el 40% son multíparas. En antecedentes personales el 38,7% fue cirugía pélvica anterior. Tipo de parto el 70,7% fue por vía

vaginal. Los días de hospitalización de las gestantes que acudieron al Centro de Salud San Jerónimo fue mayor de 7 días con el 53,3%.(19)

Agapito Simon, Marilia (2017) en su trabajo de investigación “Factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes en el Hospital Regional de Ica, durante el periodo Enero – Diciembre del 2016”, cuyo objetivo es determinar qué factores de riesgo están asociados al desprendimiento prematuro de placenta, por medio de un estudio analítico, retrospectivo y transversal, reporta que los factores de riesgo que se encuentran asociados son la edad mayor de 35 años, el bajo nivel educativo, el trabajo de campo o en el hogar, provenir de zona rural, el mal control prenatal, entre las patologías obstétricas: la ruptura prematura de membrana, haber tenido algún traumatismo en el embarazo y que terminarían en cesárea y óbito fetal.(20)

Acho Mego S.C. et.al (2011) en su trabajo “Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un Hospital de Lima”, con finalidad de determinar la frecuencia de hemorragias de la segunda mitad del embarazo, mediante un estudio descriptivo. Cuyos resultados fueron: edad entre 20 a 35 años (67.7%), con promedio de 28 años, 62,7% DPP, 34,8% placenta previa y 2,5% rotura uterina; 7,5% con CPN adecuado y 92,6% < 5 controles; 77,6% con hemorragia de la segunda mitad del embarazo. Los investigadores concluyen en que 1.68% presento hemorragia de la segunda mitad del embarazo en el periodo estudiado. Este trabajo aporta en gran parte a nuestro proyecto ya que evidencia la frecuencia de la hemorragia, así como algunas características epidemiológicas.(21)

Turín Turín, Giannina (2011) cuya investigación “Factores asociados al riesgo de desprendimiento prematuro de placenta en el Instituto Materno Perinatal de Lima 2007 -2009” estuvo orientada a determinar los factores

asociados al riesgo de desprendimiento prematuro de placenta, por medio de un estudio analítico observacional retrospectivo de casos y controles, se utilizaron 2 controles por cada caso encontrado. Los instrumentos empleados estuvieron conformados por una ficha de recolección de datos convenientemente elaborada para los fines de estudio. Se obtuvo una muestra de 185 casos y 370 controles. Se concluye en el estudio que: Los factores de riesgo materno asociados al desprendimiento prematuro de placenta en el INMP son el embarazo múltiple, los CPN menores de 4 y el antecedente de aborto. Ningún factor de riesgo patológico materno está asociado al desprendimiento prematuro de placenta en el INMP; y la posición fetal complicada está asociado al desprendimiento prematuro de placenta en el INMP. Existen otros factores de riesgo asociados a DPP, que deberían ser motivo de realización de nuevos trabajos de investigación en nuestro medio que ayuden a establecer dicha asociación.(22)

Celedonio Salvador, Magnolia (2004) en su trabajo de investigación “Factores asociados y complicaciones materno perinatales del Desprendimiento Prematuro de Placenta”, con la finalidad de determinar los principales factores asociados al desprendimiento prematuro de placenta y sus complicaciones materno perinatales en el Instituto Materno Perinatal de Lima – Perú durante el período comprendido entre enero y diciembre del 2003. Se realizó un estudio observacional analítico de tipo casos y controles comparando 110 gestantes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta con 110 pacientes quienes no lo presentaron. La tasa de desprendimiento prematuro de placenta fue 0,6 por 100. procedimientos. El antecedente de haber tenido un recién nacido muerto ($P < 0,0001$) y el diagnóstico de hipertensión ($P < 0,0001$), el sangrado vía vaginal ($P < 0,0001$) y la disminución de movimientos fetales ($P = 0,002$) durante la gestación actual se asociaron significativamente con

desprendimiento prematuro de placenta. Los principales signos y síntomas al ingreso hospitalario fueron: sangrado vía vaginal, sensibilidad uterina, hipertoniá uterina y presencia de coágulos retro placentarios. La muerte perinatal ocurrió en el 28,1% de casos de desprendimiento prematuro de placenta, y su principal componente fue la muerte fetal intraútero. La rotura prematura de membranas ($P = 0,003$), preeclampsia / eclampsia ($P = 0,004$) y parto pretérmino ($P = 0,006$) fueron las interurrencias asociadas a desprendimiento prematuro de placenta, mientras que las principales complicaciones maternas y fetales fueron: histerectomía de emergencia ($P = 0,02$), necesidad de transfusión de hemoderivados ($P = 0,001$), atonía uterina postparto ($P = 0,03$) y distress fetal ($P < 0,0001$). (23)

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES:

Huerta Humpiri, Evelyn (2016) en su investigación “Factores de riesgo en una gestante con placenta previa, Hospital Hipólito Unanue de Tacna - 2016”, reporta su trabajo académico descriptivo orientado a estudiar los factores de riesgo en general en una paciente que conlleva esta patología durante la evolución de su embarazo. El caso clínico se presentó en el servicio de emergencia obstétrica del Hospital Hipólito Unanue, Tacna en el mes de junio del año 2016. En el caso, la gestante de 39 años se presentó manifestando dolor moderado en la zona pélvica y lumbar con sangrado vaginal de leve a moderada cantidad, con antecedentes de un parto por vía vaginal y dos partos que terminaron en cesárea. Se evidencia contracciones uterinas de leve a moderada intensidad, se observa sangrado rojo, no se realizó tacto vaginal, puño de percusión positivo. La impresión diagnóstica fue: Multigesta de 28 semanas por fecha de menstruación, descartar desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa e ITU. Paciente queda internada por 10 días para controlar el sangrado y la infección urinaria; siendo dada de alta en buenas condiciones y determinando que su

parto será cesárea electiva. El caso es importante porque la gestante que es alto riesgo por sus antecedentes acude oportunamente a la emergencia. Se ha visto que los antecedentes de cesáreas es un factor para desarrollar placentas previas sea parcial o total, entonces queda hacer una buena atención integral. (24)

2.2. MARCO TEÓRICO:

2.2.1. HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO.

2.2.1.1. DEFINICIÓN:

Es el sangrado vaginal variable que puede estar acompañado o no de dolor en una mujer con más de 22 semanas de gestación, con o sin trabajo de parto, siendo las causas más frecuentes la placenta previa, y el desprendimiento prematuro de placenta, así como la rotura uterina.(3)

2.2.1.2. CAUSAS:

PLACENTA PREVIA.

La placenta previa es una condición en la cual la placenta se encuentra implantada en el segmento uterino bajo, muy cerca del orificio cervical interno (OCI) o cubriendo el mismo ya sea de manera parcial o total. (4)

Clasificación:

Basada según el grado de oclusión del orificio cervical interno.

- A. Placenta de inserción baja:** Se implanta en el segmento uterino inferior sin llegar al orificio cervical interno.
- B. Placenta marginal:** La placenta llega justo al borde del orificio cervical sin sobrepasarlo.
- C. Placenta previa parcial u oclusiva parcial:** El orificio cervical interno está cubierto de manera parcial por la placenta.

D. Placenta previa total u oclusiva total: El orificio cervical interno está cubierto totalmente por la placenta.(10)

Incidencia:

En embarazos únicos es de 2.8 por 1000 gestaciones y de 3.9 en embarazos gemelares. La placenta previa se asocia en el 40% de casos con antecedente de tres cesáreas.(3)

Factores de riesgo:

- A. Gran multípara.
- B. Mayor de 35 años.
- C. Gestaciones múltiples.
- D. Antecedente de legrado uterino, cesárea, miomectomía, endometritis.
- E. Antecedente de placenta previa. (4)

Fisiopatología:

La placenta previa tiene como característica que se desprende marginalmente, de manera espontánea o secundariamente a manipulación, dinámica uterina, etc. La ubicación de la placenta previa en el segmento inferior del útero la hace más proclive a sangrar, ya que a ese nivel la decidua es más delgada y con menor vasculatura por lo que la placenta es más extendida, aplanada e irregular, con escaso desarrollo de tabiques entre cotiledones. Además, el segmento inferior tiene menos fibras musculares y mayor fibra colágena, por ello menor potencial de colapsar vasos sanguíneos, dificultando la hemostasia. (25)

Clínica:

El hecho más característico es la hemorragia indolora de sangre roja y brillante, de presentación insidiosa, escasa o abundante, recurrente según avanza la gestación. (1) La hemorragia se encuentra presente en un 80%, la hemorragia con dinámica uterina en un 10 – 20% y un 10% son

asintomáticas, siendo detectadas solo por ecografía. Al examen físico la anemia materna se correlaciona con la cuantía de la metrorragia; a la palpación, el útero presenta consistencia normal. (24)

En algunas mujeres, en particular aquellas con una placenta implantada cerca del orificio cervicouterino, pero no sobre el mismo, la hemorragia no aparece sino hasta el inicio del trabajo de parto. Entonces, puede variar de leve a profusa, y puede imitar en clínica al desprendimiento prematuro de placenta. (10)

Diagnóstico:

Siempre debe sospecharse placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta en mujeres con hemorragia uterina durante la segunda mitad del embarazo.

- A. Exploración obstétrica externa (maniobras de Leopold):** Se encuentra un útero relajado e indoloro.
- B. Ecografía:** La ecografía transvaginal y ecografía abdominal para localizar la placenta. El hallazgo de una placenta previa, parcial o marginal, antes de la semana 24 debe interpretarse con precaución, más aún si la paciente está asintomática; debe realizarse un seguimiento ecográfico hasta el tercer trimestre, antes de establecer un diagnóstico definitivo.
- C. Especuloscopia:** permite comprobar el origen uterino de la hemorragia y confirmar o descartar otras causas locales de hemorragia.
- D. Tacto vaginal:** no se recomienda realizar, ya que puede ocasionar hemorragia torrencial. (3)

Manejo:

- A. De acuerdo a la magnitud del sangrado:**

- **Hemorragia leve, sin cambios hemodinámicos:** Actitud conservadora dependiendo de la madurez pulmonar fetal. En caso de un feto inmaduro (edad gestacional > 22 - < 34 semanas) se procede a maduración pulmonar con betametasona 12 mg c/24 horas, por dos días, y culminar el embarazo por la vía más apropiada. En caso de un feto maduro se culmina la gestación por parto vaginal o cesárea según sea el caso.
- **Hemorragia severa, con cambios hemodinámicos (taquicardia, hipotensión arterial):** Cesárea, cualquiera sea la edad gestacional. (25)

B. Según la localización de la placenta:

- **Placenta previa total:** Cesárea.
- **Placenta previa marginal o inserción baja:** Parto vaginal monitorizado.
- **Placenta previa parcial:** Vía vaginal si el parto es inminente y el sangrado es escaso. Cesárea si el sangrado es profuso. (25)

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA.

Es la separación prematura parcial o total de la placenta normalmente insertada, después de las 22 semanas de gestación y antes del nacimiento del feto, con hemorragia dentro de la decidua basal. (3)

Clasificación:

- A. Grado 0:** Asintomático.
- B. Grado I:** Leve, metrorragia escasa (150 – 500ml) y desprendimiento <30% de la placenta, discreta hipertensión.
- C. Grado II:** Moderado, metrorragia intensa (>500ml) y desprendimiento de 30 – 50% de la placenta, puede haber sufrimiento fetal, no hay trastornos de coagulación

D. Grado III: Severo, metrorragia muy intensa e hipertonía manifiesta, con desprendimiento de 50 – 100%, óbito fetal y coagulopatías. (26)

Incidencia:

La frecuencia es de alrededor 1 en 100 a 200 partos (0,5-1 %). Se ha reportado una tasa de recurrencia de 10 % después de un episodio y 25 % después de dos episodios. La prevalencia es de 0,7 % en el Perú. (3)

Factores de riesgo:

- A. Edad mayor de 35 años.
- B. Multiparidad.
- C. Hipertensión crónica.
- D. Diabetes mellitus.
- E. Antecedente del desprendimiento prematuro de placenta.
- F. Preeclampsia.
- G. Rotura prematura de membrana.
- H. Gestación múltiple. (10)

Fisiopatología:

El desprendimiento prematuro de placenta se inicia con hemorragia hacia las deciduas basales, que luego se dividen y dejan una capa delgada adherida al miometrio. En consecuencia, el proceso en sus primeras etapas consta de la aparición de un hematoma decidual que da pie a separación, compresión y destrucción final de la placenta adyacente al mismo. (3)

En algunas circunstancias, una arteria espiral decidual se rompe y causa un hematoma retroplacentario, que conforme se expande rompe más vasos y separa más placenta. (10)

Clínica:

El sangrado es rojo oscuro, de inicio súbito y cuantía variable, lo que podría comprometer el estado general. Según su ubicación, si el hematoma es retro

placentario y aumenta, es posible observar en horas que el útero crece. La irritabilidad del útero va progresando: contracciones uterinas, polisistolia e hipertonia, palpándose finalmente un útero de consistencia leñosa, típico de este cuadro. (3)

Diagnóstico:

Por medio de un diagnóstico ecográfico se puede identificar tres principales localizaciones del DPP: subcoriónico, retro placentario y pre placentario. La identificación de un hematoma retroplacentario apoya el diagnóstico clínico, su apariencia en la fase aguda del DPP es hiperecogénica a isoecogénica; más tarde, dentro de una semana, se vuelve hipoecogénico y a las dos semanas sonoluciente. También se consideran otros parámetros, donde se incluyen las colecciones líquidas subcoriales, restos ecogénicos en el líquido amniótico o una placenta engrosada.(27)

Manejo:

El tratamiento para el desprendimiento prematuro de placenta varía con la edad gestacional y el estado de la madre y del feto.

En caso de un feto inmaduro, se procede a observación, ecografías obstétricas seriadas y maduración pulmonar. En cambio, con un feto de edad viable, y si el parto vaginal no es inminente, se culmina el embarazo por cesárea. Ante la inminencia de parto, con dilatación mayor a 8 cm, se puede intentar el parto vaginal con soporte hemodinámico. En caso de óbito fetal la decisión de la vía del parto se hará individualmente. (3)

ROTURA UTERINA.

Se define como una solución de continuidad de la pared uterina, localizada con mayor frecuencia en el segmento inferior, con o sin expulsión del feto, durante el embarazo o en el trabajo de parto. Es una condición grave del embarazo, que condiciona sufrimiento fetal agudo y/o muerte del producto

de la concepción; además pone en peligro la salud de la paciente, pudiendo hasta ocasionar su muerte.(3)

Clasificación:

- A. Rotura completa:** Es la solución de continuidad que afecta a todas las estructuras de la pared uterina.
- B. Rotura incompleta:** No está afectado todo el espesor de la pared uterina, con conservación del peritoneo visceral.(28)

Incidencia:

Poco frecuente, se produce en el 0,02-0,08 % de todos los partos. El riesgo aumenta en gestantes con antecedente de una cesárea previa (0,2-1,5 %). (10)

La causa más común en países desarrollados, es la apertura de una cicatriz previa; y en los países en vías de desarrollo, la causa más frecuente es el parto traumático. (1)

Factores de riesgo:

- A.** Cirugía uterina previa (cesárea previa, miomectomía).
- B.** Parto traumático (instrumental, parto podálico, distocia de hombros, maniobra de Kristeller).
- C.** Distensión uterina excesiva (macrosomía fetal, embarazo múltiple).
- D.** Hiperestimulación uterina: uso incorrecto de oxitocina y misoprostol.
- E.** Multiparidad.
- F.** Antecedente de legrado uterino a repetición. (3)

Clínica:

- A. Rotura completa:** Hay compromiso del bienestar fetal, así como disminución de dinámica uterina y ascenso de la presentación fetal, se manifiesta dolor abdominal agudo y punzante al momento de la rotura.

Así mismo, como consecuencia de las estructuras vasculares afectadas, se produce hemorragia vaginal.

- B. Rotura incompleta:** Se manifiesta con dolor abdominal leve, de preferencia a nivel de la cicatriz. Así mismo, no se suele reconocer hasta después del parto o durante la cesárea. Una pequeña hemorragia o la revisión digital de la cicatriz es lo que la pone en evidencia. (10)

Manejo:

Cuando el diagnóstico es intraparto, se considera:

- A. Laparotomía inmediata:** Con extracción del feto y placenta, con revisión de cavidad abdominal.

B. Reparación quirúrgica:

- **Histerorrafia:** Si la rotura no es extensa, se delimita con precisión y no están afectados los vasos uterinos.
- **Histerectomía:** Si la lesión es extensa, anfractuosa, irregular, con extensión a vasos uterinos.(3)

2.2.2. FACTORES ASOCIADOS.

Entendemos por factores a aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos.

2.2.2.1. FACTORES MATERNOS.

Consideramos las características clínico epidemiológicas de la madre:

2.2.2.1.1. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS.

- A. Edad materna avanzada:** Mujeres con edad igual o mayor a 35 años, que cursan con gestación, representa alto riesgo de presentar una serie de patologías propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas.(29)

B. Control prenatal (CPN): Conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la gestante con la finalidad de identificar factores de riesgo y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo. Las características del control prenatal son:

- **Precoz:** Desde el comienzo del embarazo.
- **Periódico:** Se requiere un mínimo de 6 controles para considerar que la gestante lleva un control adecuado. Antes de las 32 semanas debe ser mensual, entre las 32 – 36 semanas quincenal y en mayores de 37 semanas debe ser semanal.
- **Completo:** Abordaje integral.
- **Extenso:** Amplia cobertura. (7)

C. Índice de masa corporal pregestacional (IMC PG): Relación entre el peso corporal con la talla elevada al cuadrado de la persona. Sirve para clasificar el estado nutricional previo al embarazo, y a partir de esa información estimar la ganancia de peso que debe tener durante la gestación. (8)

Clasificación del estado nutricional de la gestante según el IMC pregestacional:

- Delgadez: $< 18,5$
- Normal: $18,5 - < 25,0$
- Sobrepeso: $25,0 - < 30,0$
- Obesidad: $\geq 30,0$ (4)

2.2.2.1.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Patologías maternas como:

A. Diabetes mellitus pregestacional: Es un trastorno metabólico que se caracteriza por hiperglucemia crónica y trastornos del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas como consecuencia de anomalías de la secreción o del efecto de la insulina, que se diagnostica antes del embarazo, utilizando los criterios estándar para la Diabetes Mellitus tipo 2 en la población en general. (30)

Criterios diagnósticos:

- Glucosa plasmática en ayuno ≥ 126 mg/dl.
- Glucosa plasmática al azar ≥ 200 mg/dl.
- Glucosa plasmática 2 horas pos carga oral de 75g ≥ 200 mg/dl.
- Hemoglobina glicosilada $\geq 6.5\%$.

El mal control de una diabetes preexistente aumenta el riesgo de los siguientes eventos: malformaciones congénitas mayores, aborto espontáneo, preeclampsia, distocia de hombro, cesárea, feto muerto, macrosomía fetal (en general definida como un peso fetal > 4000 g o > 4500 g al nacer). (30)

B. Hipertensión arterial crónica: Presión arterial $\geq 140/90$ mmHg que precede al embarazo, detectada antes de las 20 semanas de gestación o que persiste mucho después del embarazo hasta 12 semanas postparto.(3)

C. Anemia: En las gestantes es un trastorno en el cual la concentración de hemoglobina disminuye por hemodilución secundaria a retención. Suele ser asintomática, los síntomas y signos clínicos de la anemia son inespecíficos cuando es de

grado moderado o severo. Se clasifica según sus niveles de hemoglobina en: Leve (10.0 - 10.9 g/dl), moderada (7.0 – 9.9 g/dl) y severa (< 7.0 g/dl).(31)

D. Infección del tracto urinario (ITU): Se define como la existencia de bacterias en el tracto urinario, mediante el análisis de orina, se debe probar la presencia de bacteriuria significativa (> 100.000 unidades formadoras de colonias (UFC)/ml de un único uro patógeno recogida por micción espontánea en 2 muestras consecutivas, > 1.000 UFC/ml si se recoge por sondaje vesical, o cualquier cantidad si la muestra se obtiene por punción supra púbica).(10) Es considerada la complicación más frecuente durante el embarazo con una incidencia de 5 – 10%, durante la gestación la progesterona y la hormona gonadotropina coriónica inducen una relajación del músculo liso del uréter y del detrusor, esto aunado al efecto compreso del útero grávido nos da como resultado un aumento del riesgo de infección urinaria por estasis de la orina. (3)

2.2.2.2. FACTORES OBSTÉTRICOS.

A. Multiparidad: Se considera cuando una mujer ha tenido dos o más embarazos y menor de seis hasta las 20 semanas o más, por cualquier vía, cuyo resultado fue un producto viable.(10)

B. Edad gestacional: Tiempo de duración de la gestación, se mide a partir del primer día del último período menstrual normal y el momento en que se realiza el cálculo. La edad gestacional se expresa en días o semanas completas. Se considera pretérmino, cuando cumple menos de 37 semanas

de gestación, a término cuando se encuentra entre las 37 – 41 semanas gestación y postérmino cuando es ≥ 42 semanas de gestación. (8)

- C. Amenaza de parto pretérmino (APP):** Presencia de contracciones uterinas evidenciables al tacto (frecuencia de 1/10 minutos y 30 segundos de duración, en 60 minutos), cursa con borramiento del cérvix $<50\%$ y dilatación $<3\text{cm}$. Dentro de los factores de riesgo placentarios asociados se encuentran la placenta previa y el desprendimiento prematuro. (3)
- D. Rotura prematura de membranas (RPM):** Rotura de las membranas corioamnióticas después de las 22 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto, se presenta con una frecuencia entre el 4 – 18% de los partos y es causa del 50% del parto pretérmino. Así mismo, también se consideran dentro de sus factores de riesgo a la placenta previa y al desprendimiento prematuro de placenta. (10)
- E. Preeclampsia:** Trastorno de la gestación que se presenta con Presión Arterial $\geq 140/90$ mmHg, después de las 22 semanas de gestación, con proteinuria (dosaje de proteínas en orina 300mg en orina de 24h). (10)
- F. Embarazo múltiple:** Gestación simultánea de dos o más fetos en la cavidad uterina. Proviene de la fecundación de uno a más óvulos en un mismo proceso de gestación, dando origen a dos o más embriones. Dentro de las complicaciones se consideran a la placenta previa y al desprendimiento prematuro de placenta, posterior a la salida del gemelo I. (9)

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1. HIPÓTESIS.

Los factores maternos y obstétricos tienen una asociación estadísticamente significativa a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo, en las gestantes hospitalizadas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable	Indicador	Categoría	Escala de medición
V D Hemorragia en la segunda mitad del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> - Placenta previa - Desprendimiento prematuro de placenta - Rotura uterina 	<ul style="list-style-type: none"> - Sí - No 	Nominal
V I Características clínico epidemiológicas y factores maternos	- Edad materna avanzada	<ul style="list-style-type: none"> - < 35 años - ≥ 35 años 	Ordinal
	- IMC pregestacional	<ul style="list-style-type: none"> - Normal - Alterado 	Nominal
	- Control prenatal	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuado - Inadecuado 	Nominal
	Enfermedades concomitantes <ul style="list-style-type: none"> - Anemia - ITU - Diabetes mellitus pregestacional - Hipertensión arterial crónica 	<ul style="list-style-type: none"> - Sí - No 	Nominal
V I Factores obstétricos	- Multiparidad	<ul style="list-style-type: none"> - Sí - No 	Nominal
	- Edad gestacional	<ul style="list-style-type: none"> - ≥ 37 semanas - < 37 semanas 	Ordinal
	- Amenaza de parto pretérmino	<ul style="list-style-type: none"> - Sí - No 	Nominal

	- Preeclampsia	- Sí - No	Nominal
	- Rotura prematura de membranas	- Sí - No	Nominal
	- Embarazo múltiple	- Sí - No	Nominal

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. DISEÑO.

El presente trabajo de investigación es de tipo observacional, retrospectivo, transversal y analítico. El diseño es no experimental de casos y controles.

El nivel de investigación es relacional porque trata de medir el grado de relación o asociación entre variables.

4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO.

Se desarrolló en el Departamento de Gineco Obstetricia, ubicado en el 3er piso, conformado por los Servicios de Ginecología, Servicio de Obstetricia y Servicio de Sala de Partos, Ofertando un total de 48 camas para la atención en los diferentes periodos de atención durante el proceso del parto. El Departamento cuenta con un sistema de información y registro de todas las atenciones prestadas. (SIP)

El personal que labora en el Departamento está integrado por Médicos Especialistas (8) Enfermeras (8) Obstetras (15), personal Técnico de Enfermería (20).

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.

4.3.1. POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Se consideró como universo de estudio al total de gestantes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2014 - 2018.

4.3.2.MARCO MUESTRAL.

Estuvo compuesto por el total de gestantes registrados en el libro de atenciones del Departamento de Gineco Obstetricia del HHUT, durante los años 2014 - 2018.

4.3.3.DISEÑO MUESTRAL.

El muestreo fue no probabilístico, intencional, ya que ingresaron al estudio las pacientes que presentaron hemorragia en la segunda mitad del embarazo durante el periodo de estudio.

4.3.4.SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Para la selección de la muestra no se hizo cálculo de tamaño de muestra ya que estuvo representada por el total de gestantes que presentaron hemorragia en la segunda mitad de embarazo, registradas en los últimos cinco años.

Se contó con un total de 251 gestantes que conformaron el grupo estudio (caso) y a través de un muestreo aleatorio simple siguiendo una relación 2:1 se seleccionaran 502 gestantes que cumplieron con criterios de grupo control.

4.3.5. MUESTRA DE CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD.

4.3.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Para ser considerado dentro del grupo caso se tuvo en cuenta las madres con hemorragia gestacional en la segunda mitad, con datos completos en el Sistema de registro SIP del Departamento de Gineco Obstetricia

Para ser considerado dentro del grupo control, se tuvo en cuenta las madres sin hemorragia gestacional, con datos completos en el Sistema de Registro SIP del Departamento de Gineco Obstetricia.

4.3.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

No fueron consideradas las madres cuyas HCL registradas no tenían los datos completos.

4.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Técnica: la observación y revisión documental de los libros de registro de atención en el Departamento de Gineco Obstetricia, y base de datos del Sistema informático Perinatal del Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Instrumento: Ficha de recolección de datos, según variables propuestas en los objetivos planteados.

CAPÍTULO V

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS.

- A.** Aprobación en la presentación del Proyecto en la Departamento Académico de la Universidad Particular de Tacna.
- B.** Se realizó la revisión por Juicio de expertos, y se elaboraron correcciones obtenidas de los expertos.
- C.** Se solicitó a las autoridades pertinentes como: Director del Hospital, Jefe de la Unidad de capacitación y Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue la autorización respectiva en la obtención de los datos.
- D.** Se revisó el marco muestral (Libro de ingresos y egresos) para obtener la lista de las historias clínicas que serán revisadas según criterios de inclusión.
- E.** Se procedió al análisis de los datos exportados de SIP según variables de estudio.

5.2. ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS.

- A.** Se revisó minuciosamente las variables de la base de datos del SIP para su codificación y procesamiento en el programa SPSS V21.
- B.** En el análisis descriptivo para el caso de las variables cualitativas se utilizó tablas de distribución de frecuencias y tablas de contingencia en las que se presentó la distribución de los factores por grupos de casos y controles.
- C.** Para el análisis inferencial se empleó la prueba de independencia mediante Chi cuadrado para las variables cualitativas, con un nivel de confiabilidad del 95 % y un valor de $p < 0,05$.
- D.** Se determinó el OR con IC >1 , para confirmar asociación y nivel de riesgo entre la variable dependiente y las independientes

5.3. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN LAS CAUSAS DE HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO, EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA (2014 – 2018)

Tabla 1. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN LAS CAUSAS DE HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

CAUSAS DE HEMORRAGIA	Nº	%
Placenta previa	144	57,4
Desprendimiento prematuro de placenta	104	41,4
Rotura uterina	3	1,2
Total	251	100,0

FUENTE: REGISTRO DE SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL (SIP) HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA.

ANÁLISIS:

Se estudiaron 251 gestantes que presentaron hemorragia en la segunda mitad del embarazo, la placenta previa se presentó en 144 gestantes (57,4%); seguido de desprendimiento prematuro de la placenta en 104 gestantes (41,4%) y la rotura uterina en 3 gestantes (1,2%).

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLOGICAS DE LAS GESTANTES CON HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO, EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA (2014-2018)

Tabla 2. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLOGICAS

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLOGICAS		N°	%
Edad materna avanzada	< 35 años	207	82,5
	≥ 35 años	44	17,5
IMC pregestacional	Normal	101	40,2
	Alterado	150	59,8
Control prenatal	Adecuado	95	37,8
	Inadecuado	156	62,2
Anemia	No	126	50,2
	Sí	125	49,8
ITU	No	139	55,4
	Sí	112	44,6
Diabetes mellitus pregestacional	No	227	90,4
	Sí	24	9,6
Hipertensión arterial crónica	No	235	93,6
	Sí	16	6,4
Total		251	100,0

FUENTE: REGISTRO DE SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL (SIP) HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA.

ANÁLISIS:

De las 251 gestantes que presentaron hemorragia en la segunda mitad del embarazo, se observa que las gestantes con edad materna avanzada fueron el 17,5% (44 gestantes); con un IMC pregestacional alterado en el 59,8% (150 gestantes); un 62,2% tuvieron CPN inadecuado (156 gestantes); el 49,8% presentaron anemia (125 gestantes); la ITU se dio en el 44,6% (112 gestantes); un 9,6% presentó diabetes mellitus pregestacional (24 gestantes) y un 6,4% tuvo hipertensión arterial crónica (16 gestantes).

DISTRIBUCIÓN SEGÚN FACTORES MATERNOS Y HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN GESTANTES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA (2014-2018)

Tabla 3. DISTRIBUCIÓN SEGÚN FACTORES MATERNOS Y HEMORRAGIA

FACTORES MATERNOS		Hemorragia de la segunda mitad del embarazo				Total		Estadísticos
		Control		Caso		N°	%	
		N°	%	N°	%			
Edad materna avanzada	<35 años	429	85,46	207	82,47	636	84,46	X2: 1,138 P valor: 0,286 OR: 1,25 IC: 0,83-1,8
	≥35 años	73	14,54	44	17,53	117	15,54	
IMC pregestacional	Normal	233	46,41	101	40,24	334	44,36	X2: 2,585 P valor: 0,108 OR: 1,28 IC: 0,94-1,74
	Alterado	269	53,59	150	59,76	419	55,64	
Control prenatal	Adecuado	308	61,35	95	37,85	403	53,52	X2: 37,167 P valor: 0,000 OR: 2,61 IC: 1,91-3,56
	Inadecuado	194	38,65	156	62,15	350	46,48	
Anemia	No	364	72,51	126	50,2	490	65,07	X2: 36,648 P valor: 0,000 OR: 2,61 IC: 1,90-3,58
	Sí	138	27,49	125	49,8	263	34,93	
ITU	No	329	65,54	139	55,38	468	62,15	X2: 7,342 P valor: 0,007 OR: 1,53 IC: 1,12-2,08
	Sí	173	34,46	112	44,62	285	37,85	
Diabetes mellitus pregestacional	No	501	99,8	227	90,44	728	96,68	X2: 45,697 P valor: 0,000 OR: 52,9 IC: 7,12-393,9
	Sí	1	0,2	24	9,56	25	3,32	
Hipertensión arterial crónica	No	483	96,22	235	93,63	718	95,35	X2: 2,532 P valor: 0,112. OR: 1,73 IC: 087-3,43
	Sí	19	3,78	16	6,37	35	4,65	
Total		502	100,00	251	100,00	753	100,00	

FUENTE: REGISTRO DE SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL (SIP) HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA.

ANÁLISIS:

La tabla 3 nos muestra la relación de los factores maternos con la hemorragia de la segunda mitad del embarazo. El grupo de casos estaba integrado por 251 gestantes frente a 502 del grupo control.

Respecto a la edad materna avanzada, se observó en el grupo de casos que el porcentaje fue de 17,53% ligeramente superior al 14,54% (73 gestantes) del grupo control. El análisis bivariado no mostro diferencias estadísticamente significativa ($X^2= 1,138$; $P=0.286$), lo que nos indica que no existe asociación entre la edad materna avanzada y hemorragia de la segunda mitad del embarazo.

Con referencia al índice de masa corporal pregestacional (IMC PG), se observó en el grupo de casos que el mayor porcentaje 59,76% tuvieron un IMC PG alterado (150 gestantes) ligeramente superior al 53,59% (269 gestantes) del grupo control. El análisis bivariado no mostro diferencias estadísticamente significativa ($X^2= 2,585$; $P=0.108$), lo que nos indica que no existe asociación entre el IMC PG y hemorragia de la segunda mitad del embarazo.

Sobre el control prenatal, se observó en el grupo de casos que en un 62,15% fue inadecuado (156 gestantes) muy superior al 38,65% (194 gestantes) del grupo control. El análisis bivariado mostro diferencias estadísticamente significativa ($X^2= 37,167$; $P=0.000$), lo que nos indica que existe asociación entre el control prenatal y hemorragia de la segunda mitad del embarazo; además el valor OR encontrado ($OR=2,61$) indica que el tener un control prenatal inadecuado representa 2,6 veces más riesgo para presentar hemorragia en la segunda mitad del embarazo.

En el factor anemia, se observó en el grupo de casos que un 49,80% tuvo anemia (125 gestantes) superior al 27,49% (138 gestantes) del grupo control. El análisis bivariado mostro diferencias estadísticamente significativa ($X^2= 36,648$; $P=0.000$), lo que nos indica que existe asociación entre la anemia y hemorragia

de la segunda mitad del embarazo; además el valor OR encontrado (OR=2,61) indica que desarrollar anemia representa 2,6 veces más riesgo para presentar hemorragia en la segunda mitad del embarazo.

Por su parte en el factor ITU, se observó en el grupo de casos que un 44,62% tuvo ITU (112 gestantes) superior al 34,46% (173 gestantes) del grupo control. El análisis bivariado mostro diferencias estadísticamente significativa ($X^2=7,342$; $P=0.007$), lo que nos indica que existe asociación entre la ITU y hemorragia de la segunda mitad del embarazo; además el valor OR encontrado (OR=1,53) indica que desarrollar ITU representa 1,5 veces más riesgo para presentar hemorragia en la segunda mitad del embarazo.

En el factor diabetes mellitus pregestacional, se observó en el grupo de casos que un 9,56% tuvo diabetes mellitus pregestacional (24 gestantes) superior al 0,20% (1 gestante) del grupo control. El análisis bivariado mostro diferencias estadísticamente significativa ($X^2=45,697$; $P=0.000$), lo que nos indica que existe asociación entre la DM pregestacional y hemorragia de la segunda mitad del embarazo; además el valor OR encontrado (OR=52,9) indica que desarrollar diabetes mellitus pregestacional representa 52,9 veces más riesgo para presentar hemorragia en la segunda mitad del embarazo.

Mientras en el factor hipertensión arterial crónica, se observó en el grupo de casos que un 6,37% tuvo hipertensión arterial crónica (16 gestantes) superior al 3,78% (19 gestantes) del grupo control. El análisis bivariado no mostro diferencias estadísticamente significativa ($X^2=2,532$; $P=0.112$), lo que nos indica que no existe asociación entre la hipertensión arterial crónica y hemorragia de la segunda mitad del embarazo.

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN FACTORES OBSTÉTRICOS Y HEMORRAGIA DE
LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN GESTANTES
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA (2014-2018)**

Tabla 4. DISTRIBUCIÓN SEGÚN FACTORES OBSTÉTRICOS Y HEMORRAGIA

FACTORES OBSTÉTRICOS		Hemorragia de la segunda mitad del embarazo				Total		Estadísticos
		Control		Caso		N°	%	
		N°	%	N°	%			
Multi - paridad	No	395	78,69	161	64,14	556	73,84	X ² : 18,318 P valor: 0,000 OR: 2,06 IC: 1,47-2,89
	Si	107	21,31	90	35,86	197	26,16	
Edad gestacional	≥ 37 semanas	454	90,44	182	72,59	636	84,46	X ² : 40,983 P valor: 0,000 OR: 3,58 IC: 2,38 – 5,38
	< 37 semanas	48	9,56	69	27,49	117	15,54	
Amenaza de parto pretérmino	No	475	94,62	216	86,06	691	91,77	X ² : 16,249 P valor: 0,000 OR: 2,85 IC: 1,68-4,83
	Si	27	5,38	35	13,94	62	8,23	
Pre - eclampsia	No	484	96,41	227	90,44	711	94,42	X ² : 11,347 P valor: 0,001 OR: 2,84 IC: 1,51-5,34
	Si	18	3,59	24	9,56	42	5,58	
Rotura prematura de membranas	No	489	97,41	224	89,24	713	94,69	X ² : 22,191 P valor: 0,000 OR: 4,53 IC: 2,29-8,95
	Si	13	2,59	27	10,76	40	5,31	
Embarazo múltiple	No	496	98,80	247	98,41	743	98,67	X ² : 0,203 P valor: 0,65 OR: 1,34 IC: 0,37-4,78
	Si	6	1,20	4	1,59	10	1,33	
Total		502	100,00	251	100,00	753	100,00	

FUENTE: REGISTRO DE SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL (SIP) HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA.

ANÁLISIS:

La tabla 4 nos muestra la relación de los factores obstétricos con la hemorragia de la segunda mitad del embarazo. El grupo de casos estaba integrado por 251 gestantes frente a 502 del grupo control.

En el factor multiparidad, se observó en el grupo de casos que un 35,86% fueron multíparas (90 gestantes) superior al 21,31% (107 gestantes) del grupo control. El análisis bivariado mostro diferencias estadísticamente significativa ($X^2=18,318$; $P=0.000$), lo que nos indica que existe asociación entre la multiparidad y hemorragia de la segunda mitad del embarazo; además, el valor OR encontrado ($OR=2,06$) indica que ser multípara representa 2 veces más riesgo para presentar hemorragia en la segunda mitad del embarazo.

Por su parte en el factor edad gestacional, se observó en el grupo de casos que un 27,49% estuvieron en edad gestacional < 37 semanas (69 gestantes) superior al 9,56% (48 gestantes) del grupo control. El análisis bivariado mostro diferencias estadísticamente significativa ($X^2=40,983$; $P=0.000$), lo que nos indica que existe asociación entre la edad gestacional y hemorragia de la segunda mitad del embarazo; además, el valor OR encontrado ($OR=3,58$) indica que estar en una edad gestacional < 37 semanas representa 3,5 veces más riesgo para presentar hemorragia en la segunda mitad del embarazo.

En el análisis del factor amenaza de parto pretérmino, se observó en el grupo de casos que un 13,94% tuvo amenaza de parto pretérmino (35 gestantes) superior al 5,38% (27 gestantes) del grupo control. El análisis bivariado mostro diferencias estadísticamente significativa ($X^2=16,249$; $P=0.000$), lo que nos indica que existe asociación entre la amenaza de parto pretérmino y hemorragia de la segunda mitad del embarazo; además el valor OR encontrado ($OR=2,85$) indica que desarrollar amenaza de parto pretérmino representa 2,8 veces más riesgo para presentar hemorragia en la segunda mitad del embarazo.

Mientras en el factor preeclampsia, se observó en el grupo de casos que un 9,56% tuvo preeclampsia (24 gestantes) superior al 3,59% (18 gestantes) del grupo control. El análisis bivariado mostro diferencias estadísticamente significativa ($X^2= 11,347$; $P=0.001$), lo que nos indica que existe asociación entre la preeclampsia y hemorragia de la segunda mitad del embarazo; además el valor OR encontrado ($OR= 2,8$) indica que desarrollar preeclampsia representa 2,8 veces más riesgo para presentar hemorragia en la segunda mitad del embarazo.

Respecto al factor rotura prematura de membranas, se observó en el grupo de casos que un 10,76% tuvo rotura prematura de membranas (27 gestantes) superior al 2,59% (13 gestantes) del grupo control. El análisis bivariado mostro diferencias estadísticamente significativa ($X^2= 22,191$; $P=0.000$), lo que nos indica que existe asociación entre la rotura prematura de membranas y hemorragia de la segunda mitad del embarazo; además el valor OR encontrado ($OR=4,53$) indica que desarrollar rotura prematura de membranas representa 4,5 veces más riesgo para presentar hemorragia en la segunda mitad del embarazo.

Por su parte en el factor embarazo múltiple, se observó en el grupo de casos que un 1,59% tuvo embarazo múltiple (4 gestantes) superior al 1,20% (6 gestantes) del grupo control. El análisis bivariado no mostro diferencias estadísticamente significativa ($X^2= 0,203$; $P=0.65$), lo que nos indica que no existe asociación entre el embarazo múltiple y hemorragia de la segunda mitad del embarazo.

5.4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Se llevó a cabo este estudio para determinar qué factores están asociados a hemorragia de la segunda mitad del embarazo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en el periodo del 2014 al 2018.

En relación a las características de las gestantes el estudio encontró que, de las 251 gestantes que presentaron hemorragia durante la segunda mitad del embarazo, la causa más frecuente fue la placenta previa (57,37%), seguido del desprendimiento prematuro de placenta (41,43%), y en menor frecuencia los casos de rotura uterina (1,19%). Al respecto **Acho et.al.** (21) en su investigación resalta que el 34,8% de las gestantes presentaron placenta previa, el 62,7% DPP y el 2,5% rotura uterina; por su lado **Poma** (19) presenta como resultado que el 40% de las gestantes presentaron placenta previa y el 5,3% desprendimiento prematuro de placenta, no contempla resultados en rotura uterina; en base a los comparativos con **Acho et. Al** (21) se observa que los porcentajes difieren en un rango de 22 puntos porcentuales en placenta previa, 21 puntos porcentuales en DPP y de 1,3 puntos porcentuales en rotura uterina. Un estudio de prevalencia de hemorragia en la segunda mitad de la gestación, nos daría más luces para poder confrontar el comportamiento de esta eventualidad en distintos ámbitos geográficos.

Respecto a las características clínicas epidemiológicas asociadas a hemorragia en la segunda mitad del embarazo, nuestro estudio encontró que el porcentaje de la atención prenatal inadecuada fue mayor en las gestantes con hemorragia y resulto ser significativa, siendo el OR mayor a 2, lo que incrementa el riesgo para presentar hemorragia en este periodo de la gestación; este resultado guarda consistencia con estudios realizados en nuestro país como el de **Rivera** (15) y **Turín** (22) quienes han encontrado asociación entre el control prenatal inadecuado y hemorragias en la segunda mitad del embarazo. La explicación de

este resultado conlleva a fomentar controles prenatales de calidad, siempre cumpliendo los requisitos de precocidad, oportunidad e integralidad de la atención prenatal.

Con referencia a la edad materna avanzada no se encontró asociación con la hemorragia, este resultado difiere de otros estudios como el de **Arizapana** (17) quien encontró asociación con las gestantes que tienen una edad mayor a 35 años. Esto nos demuestra que los embarazos en edades en los extremos de vida reproductiva son más propensos a presentar patologías obstétricas, pero en nuestra población no fue significativa que podría explicarse por la menor cantidad de casos.

Un estudio previo realizado por **Quispelayo** (16) encontró que el estado nutricional inadecuado se presentó con mayor frecuencia en las gestantes que tuvieron hemorragia de la segunda mitad del embarazo, el mismo que incrementa el riesgo en 1,6 veces; este resultado es diferente a nuestro estudio, ya que el análisis estadístico no mostro diferencias significativas en ambos grupos. La escasa cantidad de estudios que relacionan el estado nutricional con hemorragia de la segunda mitad del embarazo nos hace suponer que esta característica no podría influir en presentar esta condición obstétrica, de todas maneras, se requieren más estudios para aseverarlo.

Del análisis de los factores maternos, este estudio encontró una mayor proporción de casos de anemia, infección del tracto urinario y diabetes mellitus pregestacional en el grupo con hemorragia de la segunda mitad del embarazo, las mismas que resultaron significativas y la medida de riesgo OR. estuvieron por encima de 1; mientras que la hipertensión arterial crónica no mostro asociación significativa.

Respecto a la asociación anemia y hemorragia en la segunda mitad del embarazo, nuestros resultados son concordante con **Peña** (14) y **Quispelayo** (16), quienes

encontraron que el riesgo para presentar hemorragia en la segunda mitad del embarazo se incrementa cuando la gestante presenta anemia en los primeros estadios del embarazo. Cuando la gestante cursa con anemia y se presenta un cuadro hemorrágico, la vida de la mujer corre un riesgo mayor, lo que conlleva al actuar inmediato de los servicios de emergencia, trayendo consigo mayores gastos al sistema público.

Sobre el factor materno infección del tracto urinario, **Miranda** (32) indica que la ITU se presentó con mayor frecuencia en las mujeres que tuvieron desprendimiento prematuro de placenta, resultado concordante con el nuestro. La patología urinaria es muy frecuente en la segunda mitad del embarazo, pero existen pocos estudios que lo han relacionado con la hemorragia durante esta etapa, por lo que nuestros resultados deben ser tomados con mucha cautela para considerarlo como un factor de riesgo, para lo cual se deberán ampliar con otros estudios.

Otro factor materno que resulto asociado a hemorragia de la segunda mitad del embarazo fue la diabetes mellitus pregestacional, resultado no concordante con **Turín** (22) quien determinó que el antecedente de diabetes mellitus no se encuentra asociado con el riesgo de desprendimiento prematuro de placenta ($P = 0.579$); por su parte, **Peña et.al.** (14) concluye que el antecedente de diabetes mellitus fue la segunda patología sobreañadida más frecuente con un 18% en gestantes con placenta previa. Como se observa la no concordancia de los resultados puede deberse al tipo de variable estudiado, ya que **Turín** (22) solo tomo una de las causas de hemorragia en la segunda mitad del embarazo como lo es el desprendimiento prematuro de placenta; de acuerdo con este resultado, la presencia de diabetes está ocurriendo con mayor frecuencia en esta población, condición que pueda incrementar el riesgo para desarrollar la hemorragia.

El otro factor materno estudiado fue la hipertensión arterial crónica, en nuestro estudio no mostro asociación significativa, contrastando con otros estudios no son concordantes, al respecto **Celedonio** (23) encontró asociación entre la HTA y DPP, además que en la bibliografía medica se plantea que la enfermedad hipertensiva del embarazo, así como la hipertensión crónica son factores para presentar hemorragia. Una posible explicación de nuestro resultado puede deberse a la pequeña cantidad de gestantes que tuvieron esta patología, y cuando se compara con las que no presentaron hemorragia la diferencia es mínima. Pero, aun así, las mujeres con antecedentes de HTA deben ser catalogadas de riesgo para presentar el desprendimiento prematuro de placenta y ser manejadas por equipos especialistas en el nivel hospitalario.

Referente a los factores obstétricos asociados a hemorragia en la segunda mitad del embarazo, el presente estudio encontró diferencias significativas en los porcentajes entre el grupo de casos y controles, resultando estar asociados la multiparidad, la edad gestacional < 37 semanas, la amenaza de parto pretérmino, preeclampsia y ruptura uterina, por su parte el embarazo doble no mostro asociación.

Los estudios han demostrado que la multiparidad se constituye como un factor de riesgo para presentar placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta, tal como se ha encontrado en nuestro estudio; el mismo que tiene 2 veces de riesgo para presentar hemorragia. Este resultado es concordante con **Quispelayo** (16) quien reporta que la multiparidad está asociada a placenta previa, de la misma forma **Arizapana** (17) concluye que si existe relación entre placenta previa y la multiparidad. En base a este resultado se confirma nuestro planteamiento que el tener más de tres partos se asocia hemorragia en la segunda mitad del embarazo, considerando que al insertarse la placenta en la pared uterina altera persistentemente su estructura, y al presentarse un siguiente embarazo es más posible que se implante en un lugar diferente, aspecto importante que se debe

tener al momento de realizar el control prenatal y se debería estar vigilante a la aparición de esta eventualidad.

Los resultados del presente estudio indican que otro factor asociado a hemorragia en la segunda mitad del embarazo es la edad gestacional < 37 semanas, donde el riesgo se incrementa 3,5 veces respecto a la edad gestacional ≥ 37 semanas. Respecto a estos resultados **Rivera** (43), indica que la mayor frecuencia de casos de hemorragias se produjo en las semanas 22 a 34 semanas. Este resultado aun crea controversias, por lo que se debería tener mayor cantidad de estudios para poder aseverar con mayor evidencia.

Cuando se asoció la amenaza de parto pretérmino con la hemorragia, esta demostró significancia estadística, aumentando el riesgo de presentar hemorragia en esta etapa hasta en 2,8 veces respecto a las gestantes que no cursan con amenaza de parto pretérmino; este resultado es similar al encontrado por **Guevara** (18) quien encontró asociación significativa entre las variables placenta previa y amenaza de parto pretérmino; en la literatura médica también se ha encontrado que la hemorragia en la segunda mitad del embarazo está estrechamente relacionada con el parto prematuro, esto se ha visto con mayor frecuencia cuando se presenta los cuadros de placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta.

Otro resultado positivo de nuestro estudio es la asociación de preeclampsia y hemorragia en la segunda mitad de la gestación, en la cual existe un riesgo de 2,8 veces de sufrir de hemorragia cuando se tiene preeclampsia. Este resultado es similar al de **Celedonio** (23) quien manifiesta que la principal intercurencia asociada al desprendimiento prematuro de placenta es la preeclampsia; así mismo con el **Elizalde et.al.** (13) quien encontró que el principal factor de riesgo asociado son los cuadros hipertensivos inducidos durante el embarazo; por su parte la evidencia medica indica que los estados hipertensivos del embarazo

aumentan mucho más el riesgo de presentar desprendimiento prematuro de placenta. La preeclampsia como un cuadro asociado a hemorragia en la gestación merece darle mucha importancia, ya que el personal sanitario se está enfrentando a dos de las principales causas de mortalidad materna perinatal.

Un factor obstétrico importante es la rotura prematura de membranas, esta eventualidad conlleva a presentar principalmente desprendimiento prematuro de placenta, en esta perspectiva, nuestro estudio encontró que la rotura prematura de membranas se asocia significativamente con la hemorragia en este periodo de la gestación, siendo el riesgo de presentarse en 4,5 veces más cuando se tiene rotura prematura de membranas. Otros investigadores como **Elizalde et.al.** (13) afirman que, entre los principales factores de riesgo para el desprendimiento prematuro de placenta, se encuentra la rotura prematura de membranas, siendo el riesgo hasta de 4,5 veces respecto a las gestantes que no tienen esa condición; por su parte **Celedonio** (23) concluye que entre las principales interurrencias asociadas se consideró la rotura prematura de membranas. Como se sabe la rotura prematura de membranas, en muchas ocasiones es un cuadro abrupto que trae consigo contracciones incordinadas que pueden hacer desprender la placenta, ocasionando una hemorragia poniendo en peligro a la mujer y a su producto, por lo que los equipos de salud deben siempre contemplar el riesgo que trae esta patología.

Con referencia al embarazo múltiple, este estudio no encontró asociación con la hemorragia en la segunda mitad del embarazo; este resultado es concordante con **Arizapana** (17) quien no encontró diferencias significativas entre los grupos con y sin embarazo múltiple, por lo que no presento asociación significativa; en nuestra población podría explicarse por la escasa cantidad de casos.

Nuestro estudio confirma que la mayoría de factores propuestos están asociados a la hemorragia después de las 20 semanas de gestación, por lo que los servicios

de atención materna deben tener en cuenta dichos factores, siempre teniendo el precedente que la presencia de sangrado es uno de los eventos más peligrosos para la salud de la madre y el feto, las cuales si no se actúan en su debido tiempo se corre el riesgo de tener morbilidad extrema, así como muerte materna y fetal.

Algunas de las limitaciones que presento nuestro estudio, es ser retrospectivo, donde los datos no fueron tomados a propósito de la investigación y estos pueden conllevar a algunos sesgos, que fueron minimizados con un adecuado filtro; así mismo, este estudio no contemplo algunos factores como el trabajo de parto prolongado, antecedentes de cirugías uterinas previas, y otras maniobras obstétricas como la Kristeller que en la mayoría de hospitales no son reportadas.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- 6.1.** Las características clínico-epidemiológicas de las gestantes con hemorragia de la segunda mitad del embarazo que se destacan son: el índice de masa corporal pregestacional se encuentra alterado en el 59,8% de los casos; el 62.2% de los casos presentan un control prenatal inadecuado; dentro de las patologías clínicas se encontró, que el 49,80% de las pacientes presentan anemia, el 44,62% infección del tracto urinario, el 9,6% diabetes mellitus pregestacional y el 6,4% hipertensión arterial crónica.
- 6.2.** Los factores maternos que muestran asociación a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo son el control prenatal inadecuado, la anemia, la infección del tracto urinario y la diabetes mellitus pregestacional con valor $p < 0,05$.
- 6.3.** Los factores obstétricos que muestran asociación a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo son la multiparidad, la edad gestacional < 37 semanas, la amenaza de parto pretérmino, la rotura prematura de membranas y la preeclampsia con valor $p < 0,05$.

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES

- 7.1.** Concientizar a las gestantes en el primer nivel de atención para que acudan a sus controles prenatales de manera periódica de acuerdo a su cartilla, para realizar el reconocimiento precoz ante un signo de alarma para actuar oportunamente y prevenir las complicaciones.
- 7.2.** Darle mayor importancia en la realización de los respectivos controles prenatales para detectar los factores de riesgo asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo y estar alertas ante una posible aparición.
- 7.3.** Realizar más investigaciones donde se tomen en cuenta otras variables de estudio, para identificar otros factores de riesgo no considerados en la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Mortalidad materna [Internet]. 2015 [citado 29 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Gamez MJ. Objetivos y metas de desarrollo sostenible [Internet]. Desarrollo Sostenible. [citado 29 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
3. Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología del 2018.pdf [Internet]. 2da edición. Lima, Perú; 2018 [citado 13 de junio de 2021]. 536 p. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf?fbclid=IwAR18UYPVriBgtx3tSdf6WdL2adE-cFao06G7EYrL4IbUAG43AmuBuOIYf0>
4. Ticona Rendón M, Huanco Apaza D. Morbimortalidad del recién nacido a término precoz en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2000 a 2014 [Internet]. [Perú]; 2017 [citado 29 de junio de 2021]. Disponible en: <http://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/289>
5. Julca Maquera KL. “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA AÑO 2017-2018” [Internet]. [Tacna]: Universidad Privada de Tacna; 2019 [citado 27 de junio de 2021]. Disponible en: [file:///C:/Users/LAPTOP/Downloads/Julca-Maquera-Kety%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/LAPTOP/Downloads/Julca-Maquera-Kety%20(2).pdf)
6. Montiel Ramírez ML. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica [Internet]. [México]; 2014 [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2014/eo143c.pdf>
7. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna.pdf [Internet]. Vol. 01. Lima, Perú; 2013 [citado 13 de junio de 2021]. 61 p. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf
8. Ministerio de Salud. GUÍA TÉCNICA PARA LA VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA DE LA GESTANTE [Internet]. [Lima, Perú]; 2019 [citado 15 de junio de 2021]. Disponible en: <https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/depydan/documentosNo>

rmativos/Guia%20T%C3%A9cnica%20VNA%20Gestante%20Final%20%20-
%20Versi%C3%B3n%20Final%20-
.pdf?fbclid=IwAR3SnZIdIR_2XuMTIxisfEPgfem4l0gAdGZ4enERvAg2hyPD3
YQvoPrEHiQ

9. Ministerio de Salud. Guías técnicas para la atención, diagnóstico y tratamiento de 10 condiciones obstétricas.pdf [Internet]. Lima, Perú; 2011 [citado 13 de junio de 2021]. 75 p. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1889.pdf>
10. Cunningham FG, Williams JW. Obstetricia de Williams [Internet]. México: McGraw-Hill Interamericana; 2011 [citado 13 de junio de 2021]. Disponible en: [file:///C:/Users/LAPTOP/Downloads/Williams_obstetricia%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/LAPTOP/Downloads/Williams_obstetricia%20(1).pdf)
11. Ministerio de Salud. Morbilidad materna.pdf [Internet]. Lima, Perú; 2020 [citado 13 de junio de 2021]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095751/rm_249-2020-minsa.pdf
12. Carpio Montero, Dalushka. Prevalencia de desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en un Hospital de la ciudad de Guayaquil [Internet]. [Guayaquil, Ecuador]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2019 [citado 13 de junio de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12461/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-513.pdf>
13. Elizalde-Valdés VM, Calderón-Maldonado AE, García-Rillo A, Díaz-Flores M. «Abruptio placentae»: morbimortalidad y resultados perinatales [Internet]. 2015 [citado 13 de junio de 2021]. Disponible en: [file:///C:/Users/LAPTOP/Downloads/S2214310615000369%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/LAPTOP/Downloads/S2214310615000369%20(2).pdf)
14. Peña Mena G, Salazar Alcívar, Gioconda. Prevalencia y factores de riesgo de placenta previa en pacientes que ingresaron al servicio de patología obstétrica del Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora de Quito, durante el período comprendido entre Enero – Diciembre del 2011 [Internet]. [Quito, Ecuador]: Universidad Central del Ecuador; 2012 [citado 13 de junio de 2021]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3724/1/T-UCR-006-77.pdf>
15. Rivera Robles, Karolinne. Factores de riesgo asociados a hemorragias de la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, Ica - Perú en el periodo 2017 - 2019 [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Privada San Juan Bautista; 2020 [citado 13 de junio de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/2489/T-TPMC->

KAROLINNE%20MICAELA%20MELIZZA%20RIVERA%20ROBLES.pdf?sequence=1&isAllowed=y

16. Quispelazo Ramos C. Incidencia y factores de riesgo asociados a placenta previa en pacientes hospitalizados en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, el Agustino en el año 2018 [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2019 [citado 13 de junio de 2021]. Disponible en:
http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2917/UNFV_QUISPELAYO_RAMOS_CRISTHIAN_ESEQUIEL_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR3w8Ti2F1_WtDN70LKCL-2DARUEOAb9FFL-N8pStKBTXtOWKpngKYSDx3s
17. Arizapana Zamata, César. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PLACENTA PREVIA EN GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA DURANTE EL AÑO 2018 [Internet]. [Puno, Perú]: Universidad Nacional del Altiplano; 2019 [citado 13 de junio de 2021]. Disponible en:
http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11190/Arizapana_Zamata_C%C3%A9sar_Abraham.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Guevara Fustamante S. Factores de riesgos sociodemográficos y obstétricos y la amenaza de parto pretérmino Hospital José Hernán Soto Cadenillas - Chota, 2018 [Internet]. [Cajamarca, Perú]: Universidad Nacional de Cajamarca; 2018 [citado 13 de junio de 2021]. Disponible en:
https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2275/T016_46659970_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Poma Chiroque, Helen. Hemorragias de la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de San Jerónimo, Andahuaylas en el 2016 [Internet]. [Huancavelica, Perú]: Universidad Nacional de Huancavelica; 2018 [citado 13 de junio de 2021]. Disponible en:
http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1724/TESIS%20POMA%20CHIROQUE.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR2HRlvXDra3y_XWICl9JA0ypfdBgsk_PDvQ5h-kc8L6oIKd7MQnipZGgkI
20. Agapito Simon, Marilia. Factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes en el Hospital Regional de Ica, durante el periodo Enero - Diciembre del 2016 [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Privada San Juan Bautista; 2017 [citado 13 de junio de 2021]. Disponible en:
<http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/583/T-TPMC-Marilia%20Regina%20Agapito%20Simon.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

21. Acho Mego SC, Salvador Pichilingue, Jorge. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un Hospital Nacional de Lima [Internet]. [Lima, Perú]; 2011 [citado 13 de junio de 2021]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v57n4/a06v57n4.pdf>
22. Turín Turín, Gianina. Factores asociados al riesgo de desprendimiento prematuro de placenta en el Instituto Materno Perinatal de Lima 2007 -2009 [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011 [citado 13 de junio de 2021]. Disponible en:
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/14948/Turin_tg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. Celedonio Salvador, Magnolia. Factores asociados y complicaciones materno perinatales del Desprendimiento Prematuro de Placenta [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004 [citado 13 de junio de 2021]. Disponible en:
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/1954/Celedonio_sm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Huerta Humpiri ER. Factores de riesgo en una gestante con la placenta previa, Hospital Hipólito Unanue de Tacna - 2016 [Internet]. [Ica, Perú]: Universidad Privada de Ica; 2016 [citado 13 de junio de 2021]. Disponible en:
<file:///C:/Users/LAPTOP/Downloads/HUERTA%20HUMPIRE.pdf>
25. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de Placenta Previa [Internet]. [Lima, Perú]; 2019 [citado 14 de junio de 2021]. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2020/RD_496-2019-HCH-DG.pdf
26. Arnedillo Sánchez M. Actuación en un desprendimiento prematuro de placenta normoinsera [Internet]. [Sevilla, España]; 2018 [citado 14 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol9n2pag24-26.pdf>
27. Viruega Cuaresma, Dakota. Abruptio Placentae [Internet]. [España]: Universidad de Cantabria; 2016 [citado 15 de junio de 2021]. Disponible en:
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8731/ViruegaCuaresmaD.pdf?sequence=4>
28. Castro Anaya, Esteban. ROTURA UTERINA.pdf [Internet]. [México]; 2010 [citado 15 de junio de 2021]. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom104i.pdf>

29. Donoso E, Carvajal JA, Vera C, Poblete JA. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Rev Médica Chile. febrero de 2014;142(2):168-74.
30. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención [Internet]. [Lima, Perú]; 2016 [citado 15 de junio de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
31. Ministerio de Salud. Anemia en gestantes [Internet]. [Lima, Perú]; 2017 [citado 15 de junio de 2021]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf?fbclid=IwAR2BaLstG-NGlZMI_VXKWVdbm3Nip53MucFgNWC7z2qeY3V_sPSxkXRS9UE
32. Miranda Pilco S. Características maternas y fetales de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales - Comas, 2016-2017 [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Privada Arzobispo Loayza; 2019 [citado 13 de junio de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ual.edu.pe/bitstream/handle/UAL/186/T-OBS-0085%20MIRANDA%20PILCO%20Y%20NICOLAS%20ALBERCO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NÚMERO DE FICHA:

HCL:

CASO () CONTROL ()

Nombre de la gestante:

Estado civil:

Grado de instrucción:

Fecha de parto:

HEMORRAGIA EN LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO	- Placenta previa	- Sí () No ()
	- Desprendimiento prematuro de placenta	- Sí () No ()
	- Rotura uterina	- Sí () No ()
	- Otro:	
CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE LA MADRE	- Edad..... años	- < 35 años () - ≥35 años ()
	- IMC	
	Peso:.....	- Normal ()
	Talla:.....	- Alterado ()
	- N° Control prenatal :	- Adecuado () - Inadecuado ()
	- Enfermedades concomitantes	
	Anemia	- Sí () No ()
	ITU	- Sí () No ()
	Diabetes mellitus pregestacional	- Sí () No ()
	Hipertensión arterial crónica	- Sí () No ()
	Otras:	- Sí () No ()
FACTORES OBSTÉTRICOS	- Multiparidad	- Sí () No ()
	- Edad gestacional	- ≥ 37 semanas () - <37 semanas ()
		- Sí
	- Amenaza de parto pretérmino	- No

	- Preeclampsia	- Sí
		- No
	- Rotura prematura de membranas	- Sí
		- No
	- Embarazo múltiple	- Sí
		- No