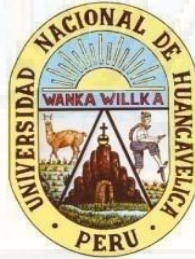


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(CREADA POR LEY N°25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TESIS

**CARACTERÍSTICAS DE LAS USUARIAS CON
HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL
EMBARAZO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
DOMINGO OLAVEGOYA, JAUJA 2019.**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
SALUD MATERNA, PERINATAL Y NEONATAL**

PRESENTADO POR:

Obsta. TORRES VELIZ, BETTY BENILDA

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO**

HUANCAMELICA – PERÚ

2020

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huancavelica a los veintinueve días del mes de septiembre a las 12:20 horas del año 2020 se reunieron los miembros del jurado evaluador de la sustentación de tesis del (la) egresado(a):

TORRES VELIZ, BETTY BENILDA

Siendo los jurados evaluadores:

Presidente : Dr. Leonardo LEYVA YATACO
Secretario : Dra. Lina Yubana CARDENAS PINEDA
Vocal : Dra. Jenny MENDOZA VILCAHUAMAN

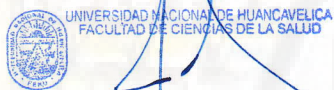
Para calificar la sustentación de la tesis titulada:

CARACTERISTICAS DE LAS USUARIAS CON HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA, JAUJA 2019.

Concluida la sustentación de forma síncrona, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 112-2020-D-FCS-R-UNH, concluyendo a las 13:00 horas. Acto seguido, el presidente del jurado evaluador informa al o los sustentantes que suspendan la conectividad para deliberar sobre los resultados de la sustentación llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.

Observaciones:

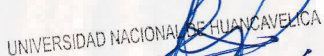
Ciudad de Huancavelica, 29 de septiembre del 2020



DR. LEONARDO LEYVA YATACO
PRESIDENTE



Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman
SECRETARIO



Dra. LINA YUBANA CARDENAS PINEDA
VOCAL



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
VºBº DECANO
DECANA



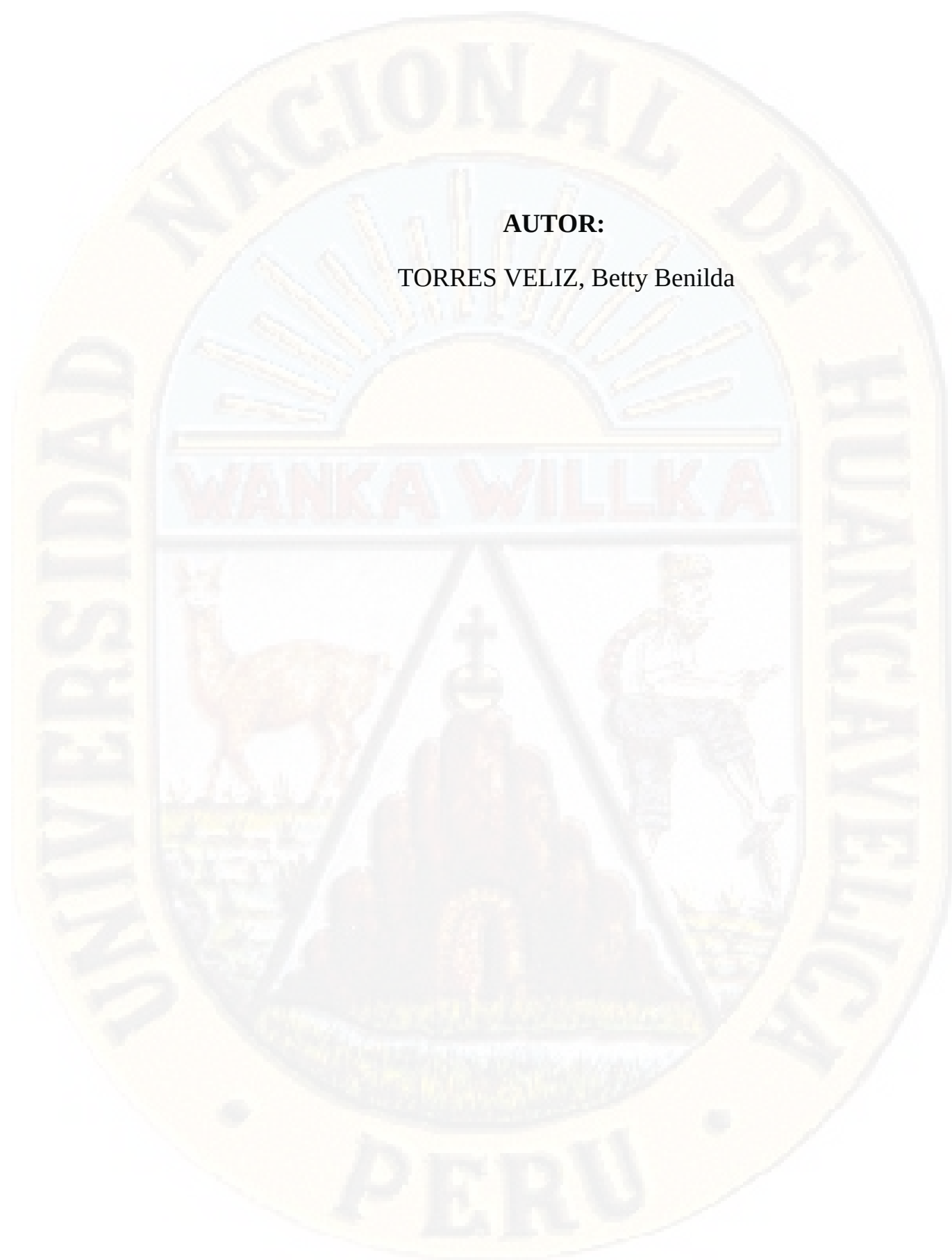
Kelly Y. Rivas Laurente
SECRETARIA
VºBº SECRETARIA DOCENTE

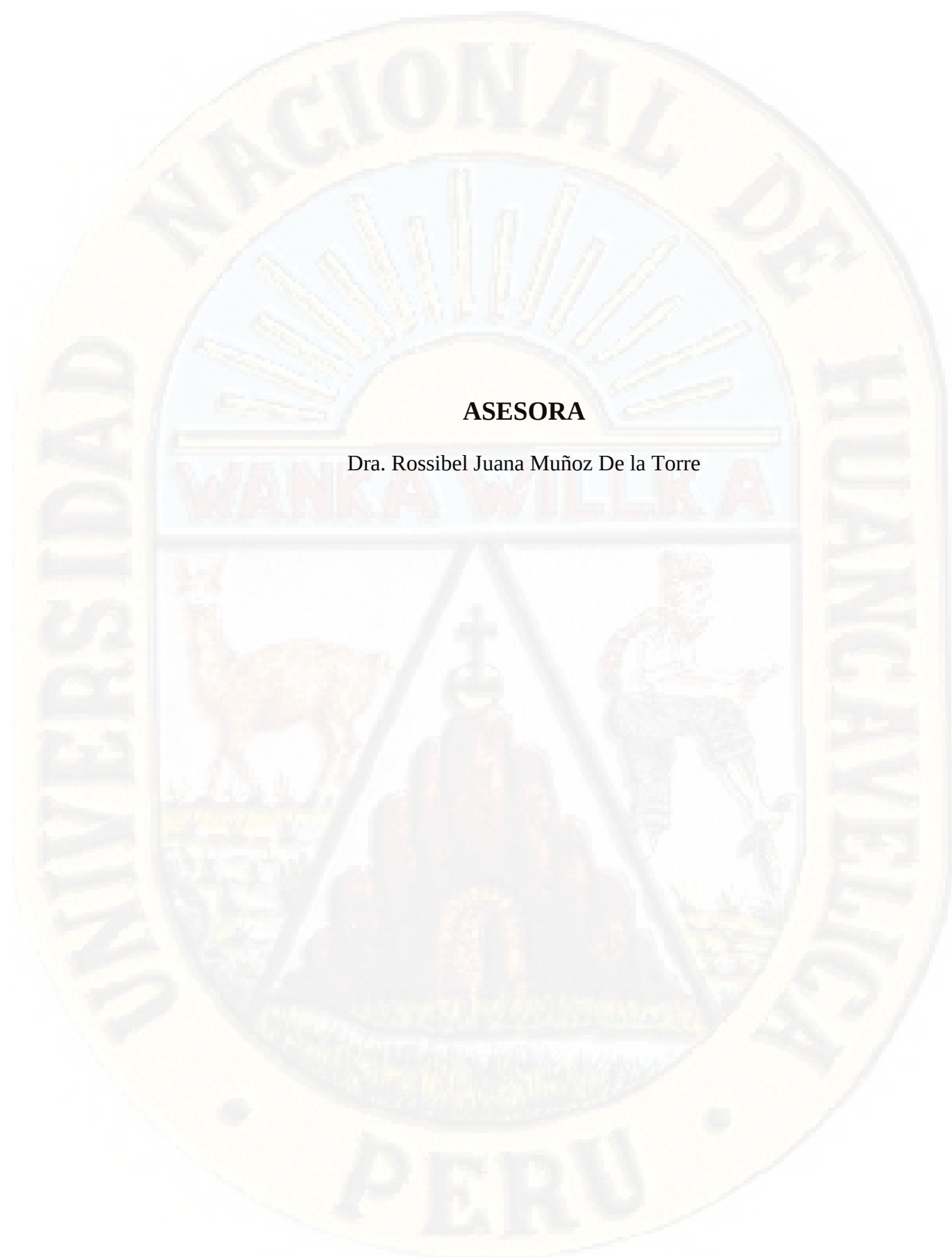
TITULO

**CARACTERÍSTICAS DE LAS USUARIAS CON HEMORRAGIAS
DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA, JAUJA 2019.**

AUTOR:

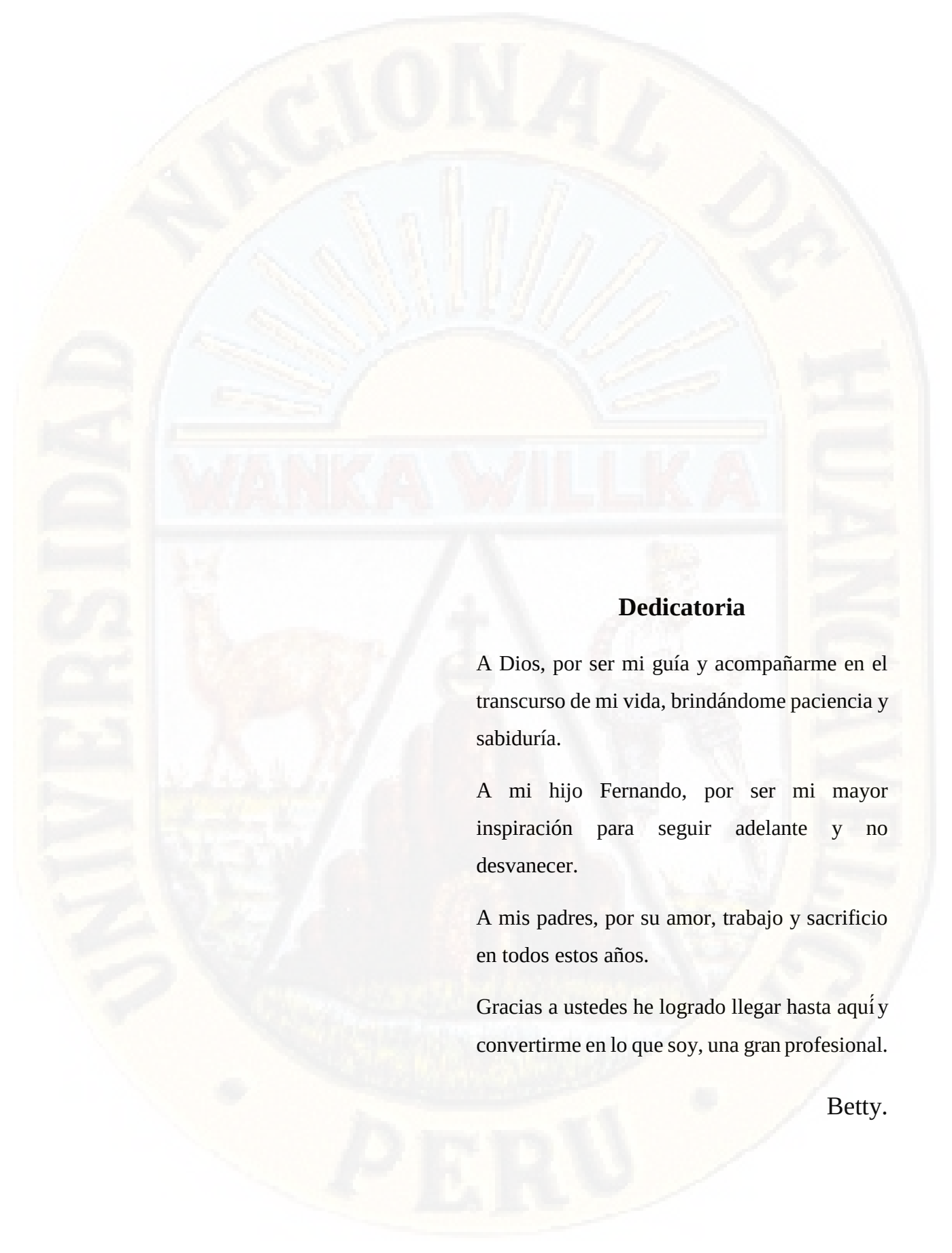
TORRES VELIZ, Betty Benilda





ASESORA

Dra. Rossibel Juana Muñoz De la Torre



Dedicatoria

A Dios, por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría.

A mi hijo Fernando, por ser mi mayor inspiración para seguir adelante y no desvanecer.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años.

Gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy, una gran profesional.

Betty.

Agradecimiento

Al personal de salud del Hospital Domingo Olavegoya, quienes contribuyeron en la accesibilidad de los datos para la ejecución del presente estudio.

A los docentes de la Universidad Nacional de Huancavelica, quienes me impartieron sus conocimientos para mejorar como profesional.

A los colegas con quienes compartimos el aula de formación en la especialidad quienes brindaron aliento para continuar con el trabajo.

Así mismo, agradecer a mi tutora Rossibel Muñoz por haberme orientado en la realización de mi tesis.

A todos ellos, mis agradecimientos.

La autora.

TABLA DE CONTENIDO

Portada	i
Acta de sustentación	ii
Título	iii
Autor	iv
Asesor	v
Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Tabla de contenido	viii
Tabla de contenido de cuadro	x
Resumen	xi
Abstract	xii
Introducción	xiii
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Fundamentación del problema	14
1.2. Formulación del problema	15
1.2.1. Problema general	15
1.2.2. Problemas específicos	15
1.3. Objetivos de la investigación	16
1.3.1. Objetivo general	16
1.3.2. Objetivos específicos	16
1.4. Justificación e importancia	16
1.5. Limitación de la investigación	17
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación	18
2.2. Bases teóricas	21
2.3. Formulación de hipótesis	36
2.4. Definición de términos	36
2.5. Identificación de variables	37
2.6. Operacionalización de variables	37

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1.	Ámbito de estudio	40
3.2.	Tipo de investigación	41
3.3.	Nivel de investigación	41
3.4.	Diseño de investigación	41
3.5.	Población, muestra y muestreo	41
3.6.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	42
3.7.	Procedimiento de recolección de datos	42
3.8.	Técnicas de procesamiento y análisis de datos	43

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1.	Presentación de resultados y su discusión	44
------	---	----

	CONCLUSIONES	52
--	--------------	----

	RECOMENDACIONES	53
--	-----------------	----

	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	54
--	----------------------------	----

	APENDICE	57
--	----------	----

	Apéndice 1: Matriz de consistencia	58
--	------------------------------------	----

	Apéndice 2: Instrumento de recolección de datos	61
--	---	----

	Apéndice 3: Juicio de expertos	63
--	--------------------------------	----

	Apéndice 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar	66
--	--	----

	Apéndice 5: Fotografías	68
--	-------------------------	----

TABLA DE CONTENIDO DE CUADROS

	Pg.
Cuadro N°1 Hemorragias de la primera mitad del embarazo en usuarias atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja 2019	44
Cuadro N°2 Características personales de las usuarias con hemorragias de la primera mitad del embarazo, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja 2019.	46
Cuadro N°3 Edad gestacional de diagnóstico de la hemorragia de la primera mitad del embarazo en las usuarias, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja 2019.	48
Cuadro N°4 características obstétricas en las usuarias con hemorragia de la primera mitad del embarazo, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja 2019.	49
Cuadro N°5 Morbilidades presentes en usuarias con hemorragias de la primera mitad del embarazo, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja 2019.	51

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características de las usuarias con hemorragias de la primera mitad del embarazo atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja 2019.

Métodos y materiales: Se desarrollo un estudio descriptivo, observacional retrospectivo, transversal; el diseño empleado fue descriptivo; la población y muestra fueron las usuarias con hemorragia de la I mitad del embarazo atendidas en el Hospital de Jauja; se aplicó una ficha de recolección de datos para el análisis de las historias clínicas.

Resultados: Las hemorragias de la primera mitad del embarazo en usuarias del Hospital Domingo Olavegoya fue el aborto 92.2%, la edad materna es de 20 a 34 años de edad 53.4% y en edades extremas el 46.6%; el grado de instrucción de la mayoría es secundaria 52.6%, seguido de 18.1%; la procedencia de la mayoría es rural 62.1% y la ocupación es casa 71.6%; el estado civil es convivientes 61.2% y solteras 31.9%. La edad gestacional promedio en que se presentó la hemorragia es 10 semanas, además que el 75% de ellas tiene más de 7 semanas; la multiparidad es el 43.1%, nulípara el 31.9%; las atenciones prenatales son de 0 a 1 el 97.4%; el índice de masa pre gestacional es normal 74.1%. Las morbilidades fueron la anemia 20.7%, seguido de infección del tracto urinario 14.7% y EPI 6.9%.

Conclusiones: La hemorragia de la primera mitad del embarazo fue el aborto, entre las características destacan edades de 20 a 34 años, nivel de educación secundario, convivientes, multíparas y la edad gestacional de diagnóstico promedio es 7 semanas.

Palabras clave: hemorragia y embarazo, características, I mitad del embarazo.

ABSTRACT

Objective: To determine the characteristics of the users with hemorrhages from the first half of pregnancy attended at the Domingo Olavegoya Hospital, Jauja 2019.

Methods and materials: A descriptive, observational, retrospective, cross-sectional study was carried out; the design used was descriptive; the population and sample were the users with hemorrhage from the first half of pregnancy attended at the Hospital de Jauja; A data collection form was applied to analyze the medical records.

Results: The hemorrhages of the first half of pregnancy in users of the Domingo Olavegoya Hospital were abortion 92.2%, the maternal age was 20 to 34 years old, 53.4% and in extreme ages 46.6%; the majority grade of education is secondary 52.6%, followed by 18.1%; the origin of the majority is rural 62.1% and the occupation is house 71.6%; marital status is cohabiting 61.2% and single 31.9%. The average gestational age at which bleeding occurred is 10 weeks, in addition that 75% of them are older than 7 weeks; the multiparity is 43.1%, null for 31.9%; prenatal care is from 0 to 1, 97.4%; the pre-gestational mass index is normal 74.1%. Morbidities were anemia 20.7%, followed by urinary tract infection 14.7% and EPI 6.9%.

Conclusions: The hemorrhage of the first half of pregnancy was abortion, among the characteristics are ages 20 to 34 years, secondary education level, cohabiting, multiparous and the gestational age of average diagnosis is 7 weeks.

Key words: bleeding and pregnancy, characteristics, I half of pregnancy.

INTRODUCCIÓN

Las hemorragias durante la primera mitad del embarazo se presentan en el 25%; de ellas más de la mitad culminan en aborto. Del total de abortos el 60% ocurren antes de la semana veintidós (1).

Las hemorragias de la primera mitad del embarazo son una de las causas que conllevan a la morbi mortalidad materna perinatal (21), cuyo diagnóstico precoz de los embarazos trofoblásticos, aborto y embarazo ectópico hay logrado disminuir la mortalidad materna.

Las hemorragias siguen siendo una de las causas de consulta en los servicios de emergencias obstétricas afectando del 15 al 25% de todos los embarazos y las complicaciones pueden mostrarse severas desde la mortalidad materna, síndrome de asherman e infertilidad (2) en casos de la interrupción definitiva del embarazo.

En el Hospital Domingo Olavegoya el motivo de consulta en emergencias obstétricas son las hemorragias de la primera mitad del embarazo, siendo el aborto de mayor frecuencia cuyas características de las usuarias aun es desconocida, por tanto, el objetivo de la presente es determinar las características personales y gineco obstétricas de las usuarias con hemorragias.

El presente informe conta de cuatro capítulos: capítulo I sobre el planteamiento del problema, capítulo II, Marco teórico; capítulo III el método y materiales y el capítulo IV sobre la discusión de los resultados; seguido de conclusiones y recomendaciones.

La autora.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema

A través del tiempo, se consideraba que el 25% de las mujeres que podían presentar hemorragia de la primera mitad del embarazo; la mitad terminan en aborto; sin embargo, los avances tecnológicos han permitido establecer que entre el 12 y 20% de los embarazos reconocidos clínicamente terminan en abortos espontáneos. Del total de abortos el 60% ocurren antes de la semana 12(1). Debido al diagnóstico precoz de los embarazos ectópicos y embarazos molares la mortalidad materna ha disminuido, sin embargo, la frecuencia de abortos aún es impredecible.

Las hemorragias de la primera mitad del embarazo son una de las principales causas de consulta a los servicios de emergencias afectando del 15 al 25% de todos los embarazos; la mitad de ellas culminan en aborto y las que continúan tienen el riesgo de desprendimientos prematuros de placenta, parto pretérmino y neonato con bajo peso al nacer (2); cuando la historia clínica no es suficiente para el diagnóstico se realiza la ecografía transvaginal y la cuantificación de la HCG β para su diferenciación además de evaluar el pronóstico de las gestantes (3).

La incidencia del aborto en la población peruana actualmente es de 15% (4), el embarazo ectópico es responsable del 6% de muertes maternas en Estados Unidos (5).

Del total de muertes maternas en Perú, por hemorragias, el 79.2% fue durante el parto y post parto, el 7.7% por hemorragias en la segunda mitad del embarazo y el 6.4% por embarazo ectópico. Por lo tanto, el embarazo ectópico y el aborto son causantes del 8.4% de muertes maternas (6).

En un estudio de Villanueva, se halló la relación entre las hemorragias del primer trimestre y el parto prematuro; siendo el sangrado vaginal de la primera mitad del embarazo una patología que recobra importancia para el progreso y culminación de la misma.

En el Hospital Domingo Olavegoya, la frecuencia de sangrado vaginal en la primera mitad del embarazo va aumentando cada año, siendo el aborto la patología frecuente; es así que surge la idea de conocer las características de las usuarias que acudieron por una hemorragia de la primera mitad del embarazo para poder reorientar estrategias de intervención y prevenir la frecuencia.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características de las usuarias con hemorragias de la primera mitad del embarazo atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja – 2019?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las patologías de la primera mitad del embarazo en usuarias atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja 2019?
- ¿Cuáles son las características personales de las usuarias que padecieron de una hemorragia de la primera mitad del embarazo, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya 2019?
- ¿Cuáles son las características obstétricas de las usuarias que padecieron de una hemorragia de la primera mitad del embarazo, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya 2019?

- ¿Cuáles son las morbilidades que presentaron las usuarias con hemorragia de la primera mitad del embarazo, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja 2019?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

- Determinar las características de las usuarias con hemorragias de la primera mitad del embarazo atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja 2019.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las hemorragias de la primera mitad del embarazo en usuarias atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja 2019.
- Describir las características personales de las usuarias que padecieron de una hemorragia de la primera mitad del embarazo, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya 2019.
- Describir las características obstétricas de las usuarias que padecieron de una hemorragia de la primera mitad del embarazo, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya 2019.
- Identificar las morbilidades que presentaron las usuarias con hemorragia de la primera mitad del embarazo, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja 2019.

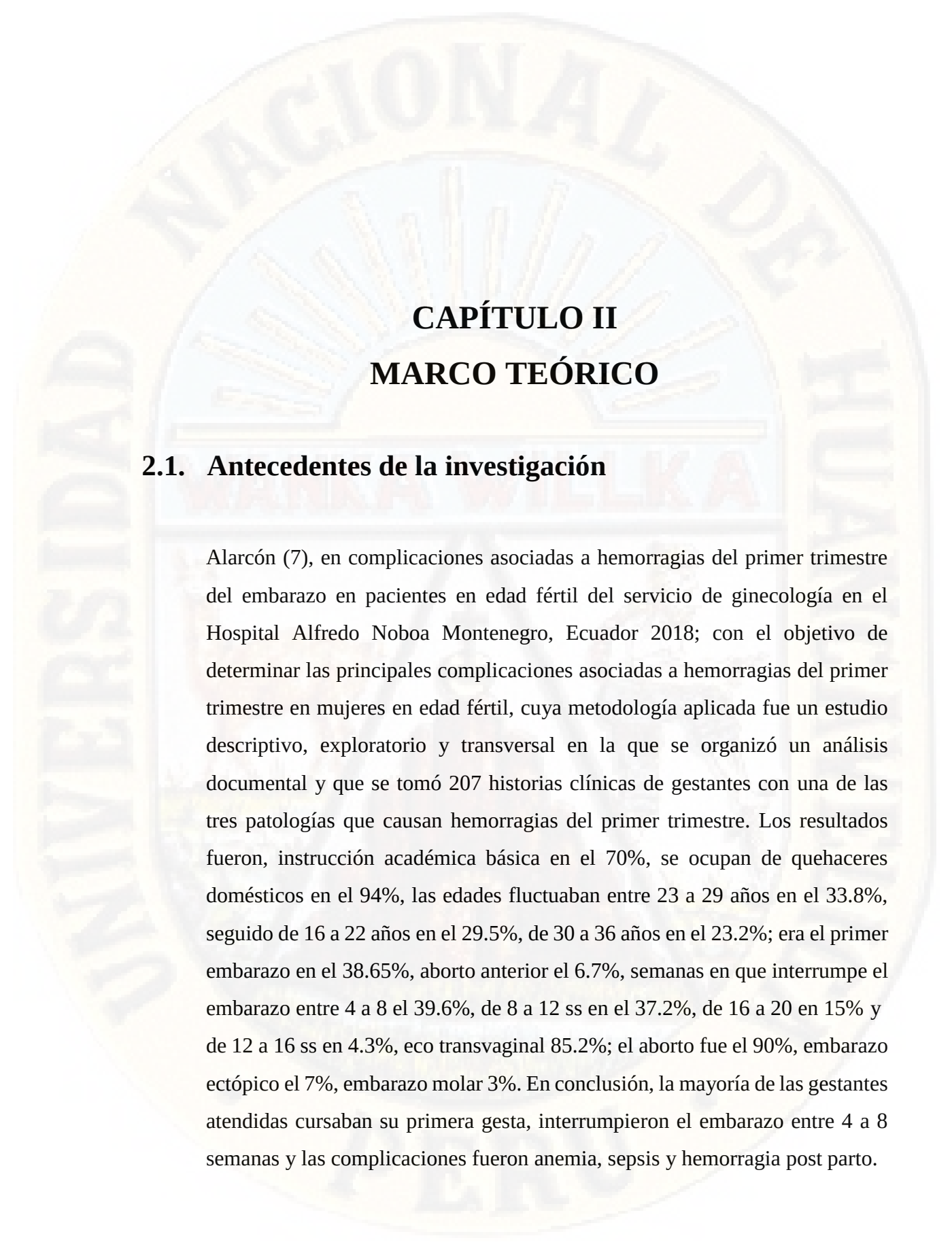
1.4. Justificación e importancia

Las hemorragias de la primera mitad del embarazo son motivo de consultas de las emergencias y urgencias obstétricas su incidencia es variables desde el aborto que es una patología con mayor frecuencia, luego el embarazo ectópico y finalmente algunos casos de embarazos molares; sin bien es cierto las tres patologías tienen factores de riesgo diversos; sin embargo, el contexto sociocultural en el que comparten las gestantes del Hospital domingo Olavegoya hace que sea una característica en común.

La presente investigación, tiene por finalidad conocer las características de las gestantes que acuden por consulta de emergencia por una hemorragia de la primera mitad del embarazo; para reorientar medidas preventivas que coadyuben a disminuir la frecuencia de estas patologías; así mismo, plantear otras investigaciones de mayor complejidad en cada una de estas patologías.

1.5. Limitación de la investigación

Los resultados de la investigación se limitan a la generalización de resultados, toda vez que es representativo al contexto social en el que fue desarrollado.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Alarcón (7), en complicaciones asociadas a hemorragias del primer trimestre del embarazo en pacientes en edad fértil del servicio de ginecología en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Ecuador 2018; con el objetivo de determinar las principales complicaciones asociadas a hemorragias del primer trimestre en mujeres en edad fértil, cuya metodología aplicada fue un estudio descriptivo, exploratorio y transversal en la que se organizó un análisis documental y que se tomó 207 historias clínicas de gestantes con una de las tres patologías que causan hemorragias del primer trimestre. Los resultados fueron, instrucción académica básica en el 70%, se ocupan de quehaceres domésticos en el 94%, las edades fluctuaban entre 23 a 29 años en el 33.8%, seguido de 16 a 22 años en el 29.5%, de 30 a 36 años en el 23.2%; era el primer embarazo en el 38.65%, aborto anterior el 6.7%, semanas en que interrumpe el embarazo entre 4 a 8 el 39.6%, de 8 a 12 ss en el 37.2%, de 16 a 20 en 15% y de 12 a 16 ss en 4.3%, eco transvaginal 85.2%; el aborto fue el 90%, embarazo ectópico el 7%, embarazo molar 3%. En conclusión, la mayoría de las gestantes atendidas cursaban su primera gesta, interrumpieron el embarazo entre 4 a 8 semanas y las complicaciones fueron anemia, sepsis y hemorragia post parto.

Guasch (8), en su estudio sobre hemorragia obstétrica: estudio observacional sobre 21726 partos en 28 meses; con el objetivo de describir el manejo de las pacientes sufrieron una hemorragia obstétrica grave. Los materiales y métodos fueron un estudio observacional prospectivo, desde julio 2005 a noviembre de 2007 en mujeres que precisaron el ingreso a UCIN por hemorragia. Los resultados fueron el parto instrumental tuvo un Odds ratio de 4.5 frente al 2.86 para la cesárea; la causa principal fue la atonía uterina en el 45.2%, desgarros vaginales el 26.6%. en conclusión, las principales complicaciones fueron ventilación mecánica post operatoria, isquemia miocárdica, edema pulmonar y fallo renal agudo.

Sumba (9), en su estudio sobre prevalencia de la hemorragia obstétrica del primer trimestre del embarazo en el hospital Verdi Cevallos balda de la ciudad de Portoviejo, propuesta de manejo terapéutico. desde septiembre del 2012 a febrero del 2013; con el objetivo de conocer las principales causas de hemorragias en el primer trimestre del embarazo en el Hospital Verdi Cevallos de la ciudad de Portoviejo. La metodología aplicada fue un estudio retrospectivo en la que se analizó 179 carpetas de pacientes con diagnóstico de hemorragias del embarazo desde el 1 de setiembre de 2012 a 28 de febrero de 2013. Los resultados fueron, multigestas en el 60.89%; menores de 20 años el 47.48%, seguido de 21 a 30 años con 25.6%, más de 41 años el 7.26%, con controles prenatales el 45.8%; de procedencia urbano-marginal en el 39.1%, urbano el 35.7% y rural el 25.13%; entre 7 a 10 semanas de gestación el 47.4%, más de 10 semanas el 30.7% y de 4 a 6 semanas el 21.7%; había presencia de sangrado en el 77%; la patología fue aborto incompleto en el 56.98%, aborto en curso el 30.1%, aborto séptico el 8.37%, embarazo ectópico el 2.79% y embarazo molar el 1.67%. en conclusión, la presencia de sangrado en el embarazo es un indicador que este no marcha bien y debe ser solucionado de forma inmediata.

Orellana et al (10), en su estudio sobre hemorragias de la primera mitad de la gestación asociadas a complicaciones obstétricas en pacientes atendidas en el

Hospital Iess Duran, octubre 2018 – abril de 2019; el objetivo fue determinar las hemorragias de la primera mitad de la gestación asociados a complicaciones obstétricas; la metodología empleada fue un estudio descriptivo observacional y no experimental cuya unidad de análisis es la historia clínica. Los resultados fueron el 75% de las gestantes acudió al hospital por presentar dolor a nivel hipogastrio como factor principal de complicación; de ellos el 94% terminó en aborto, síndrome de Asherman el 43% y llegaron a infertilidad por ooforectomía el 14%. En conclusión, el aborto fue la causa de las hemorragias durante la gestación y su complicación más frecuente fue el síndrome de Asherman seguido de la infertilidad.

Aldoradin (11), en su estudio sobre aspectos epidemiológicos de las gestantes que presentaron hemorragias en la primera mitad del embarazo en el hospital de Coracora - Parinacochas - Ayacucho 2014. El objetivo fue determinar los aspectos epidemiológicos de las gestantes que presentaron hemorragias en la primera mitad del embarazo. El material fue recolectar información de las historias clínicas de gestantes con hemorragias a través de una ficha de recolección de datos. Los resultados, se encontró una prevalencia del 17.3%, la mayor frecuencia fue en mayores de 20 años con el 51.3%; primíparas en el 45.1%, nulíparas en el 28.3%, multíparas en el 13.3%, zona rural en el 61%; las causas de la hemorragia son sobre todo por aborto en el 69%, mola hidatiforme de 3.5% y embarazo ectópico en el 27.4%.

Guevara (6), en la revisión sobre hemorragias de la primera mitad del embarazo, con el objetivo de revisar las causas de las hemorragias en la primera mitad del embarazo referente a la definición, clínica y manejo. Las conclusiones arribadas fueron que en el año 2007 las principales causas de muerte materna en el Perú son las hemorragias 41%, toxemia 19% e infección y aborto 6%; el 7.7% de las hemorragias en el segundo trimestre y el 6.4% por embarazo ectópico; por tanto, el 8.4% de las muertes maternas en el Perú se debe a embarazos ectópicos y abortos. En el Instituto Materno Perinatal el 2005

se atendió 4380 pacientes por aborto, 155 por embarazo ectópico y 147 con enfermedad trofoblástica.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Hemorragias de la primera mitad del embarazo

Es el sangrado por el canal vaginal en el primer trimestre del embarazo; esto es considerado como un proceso patológico.

La hemorragia genital causa alarmas, sin embargo, en algunos casos la implantación del embrión en la capa endometrial puede producir un sangrado pequeño, que puede ser confundido con la menstruación (12).

2211. Aborto

Es la interrupción del embarazo antes del inicio del periodo perinatal definido por la OMS CIE 10, a partir de la 22 semanas completas o 154 días de gestación; así mismo el peso del producto es igual o inferior a 500g (13). Es la terminación del embarazo por cualquier medio, antes de que el feto esté desarrollado para sobrevivir (12). El 65% ocurren antes de las dieciséis semanas (14) y del total de embarazos tiene una frecuencia de 15% a 20% (6).

En el enfoque clínico el aborto es la expulsión del producto hasta la vigésima semana de embarazo, con un peso hasta los 500g, reservándose la definición de inmaduro entre las 21 y 28 semanas (15).

a. Clasificación del aborto

De acuerdo a las semanas de embarazo se clasifica en:

- Aborto precoz, cuando ocurre antes de las 12 semanas (16).

- Aborto tardío, a partir de las 13 semanas hasta las 21 semanas, independientemente del factor causal (16).

Considerando la intervención del hombre, podemos hallar (6):

- Aborto espontáneo, cuando se produce una pérdida subclínica y el proceso reproductivo es altamente insuficiente para garantizar la evolución del embarazo. Las causas son genéticas, factores anatómicos, problemas endocrinológicos, hematológicos, inmunológicos, infecciones entre otros (6).
- Aborto inducido, es la interrupción del embarazo, puede ser legal terapéutico o clandestino; así mismo, puede ser en condiciones seguras o inseguras como en el caso de embarazos no deseados (6).

b. Factores etiológicos del aborto

Existen factores maternos y fetales desencadenantes de aborto, pero ambos términos son inseparables en la etiología de esta patología.

- Factores genéticos, por la presencia de monosomías que ocurren durante la meiosis de células germinales o triploidías cuando en el proceso de la fecundación existe la penetración de dos espermatozoides en el óvulo (16).
- Factores anatómicos, referidos a las alteraciones uterinas como miomas submucosa leiomioma, también están el síndrome de Asherman, endometritis crónica, miomectomías, etc.

- Factores endocrinológicos, referidos a la insuficiencia del cuerpo lúteo.
- Infecciones, la fiebre es un riesgo para alterar la vitalidad fetal

En la etiología del aborto espontáneo, se considera:

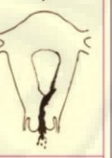
Aborto temprano:

- Factores fetales: desarrollo anormal del cigoto / embrión, anomalías genéticas, anomalías de placenta o decidua uterina.
- Factores maternos, edad avanzada, infección, enfermedades crónicas, malformaciones uterinas, anomalías inmunológicas.

Aborto tardío:

- Casusas idiopáticas
- Separaciones corio amnióticas
- Factores maternos, cuello uterino incompetente, inmunológica, infecciones.

c. Aspectos clínicos del aborto (13)

ETAPAS	Amenaza de aborto	Aborto inminente	Aborto consumado Incompleto	Aborto consumado Completo
DIAGNÓSTICO				
Metrorragia	Oscura y escasa	Roja, abundante y continua	Persiste	Minima
Contracciones uterinas dolorosas	Presentes	Aumentan frecuencia e intensidad	Persisten	Cesan y merma el dolor
Modificaciones cervicales	Cuello cerrado	Canal permeable	- Cuello abierto - Restos ovulares en útero y/o vagina	Cuello cerrado
Desprendimiento y expulsión	Ausentes	Protrusión parcial del huevo	Expulsión en dos tiempos. Retención de anexos	Expulsión total: huevo y anexos
Ecografía	Hemorragia decidual Coágulo subcorial Embrión vivo intrauterino	Expulsión en curso	Restos endocavitarios y vaginales	Útero involucionado y vacío

- **Amenaza de aborto**

Es una hemorragia escasa de varios días de evolución con dolor leve en hipogastrio leve o moderado y cuello cerrado (6).

La presencia de manchas de sangrado vaginal se presenta durante las primeras 22 semanas de gestación, acompañado de dolor leve a nivel de hipogastrio y cérvix cerrado (13). Se trata de una gestante que presenta sangrado genital en ausencia del dolor; al examen vaginal el cuello uterino es de longitud normal y se encuentra cerrado (1).

La ecografía confirma un embarazo intra útero y feto con actividad cardíaca no logrando asegurar su vitalidad, puesto que hay otros criterios a evaluar, pero si disminuye el riesgo de pérdida gestacional (14).

Cuando la gestante tiene menor a 35 años de edad la amenaza de aborto se puede convertir en una pérdida en un 2%; en el caso de mayores de 35 años este es del 16% (5).

Al examen de citología vaginal exfoliativa se encuentra en frotis luteínico con eosinófilos elevados (15).

- **Aborto en evolución**

Es un cuadro avanzado en el progreso del aborto; se caracteriza por sangrado genital, sin expulsión de estructuras gestacionales, contracciones uterinas esporádicas, cuello uterino corto, permeable sin apertura (16). El pronóstico es malo y menos del 25% llegan al final de la gestación (1).

- **Aborto inevitable**

Es aquel que se presenta con aumento progresivo del dolor, de las contracciones o hemorragias; el cuello uterino se encuentra dilatado y las membranas amnióticas se hallan rotas (6).

La paciente presenta sangrado genital, cuello dilatado donde se observan las membranas ovulares íntegras.

El pronóstico es reservado a pesar de contar con feto vivo. La expulsión del producto ocurre al poco tiempo y convertirse en un aborto completo o incompleto (13).

La citología del canal vaginal revela eosinofilia marcada y leucositosis para sobrepasar el 60% y producir inevitablemente el curso del aborto (15).

- **Aborto Incompleto**

Se presenta con sangrado profuso, dilatación de cuello cervical y expulsión de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico (6).

A la anterior se le agrega la expulsión de estructuras embrionarias con retención de membranas en la cavidad uterina.

Al examen físico, la paciente aqueja de dolor, el útero está blando con presencia de coágulos sanguíneos (13).

Al examen de lo expulsado se muestra el producto fragmentado, cérvix entreabierto, útero sub involucionado y sangrado por el cana vaginal (15).

- **Aborto completo**

Se aprecia la expulsión total del producto y anexos, sangrado escaso, el útero disminuido de tamaño (13); su manejo puede ser ambulatorio (6).

La eliminación es completa “aborto en bloque” y se produce antes de las 8 semanas de embarazo (15).

Al examen el útero está contraído, cuello semicerrado, sangrado vía vaginal muy escaso o nula (15).

- **Aborto retenido o frustrado**

Es la retención de un feto no viable dentro de la cavidad uterina por más de cuatro semanas o la detención de la progresión del embarazo (6).

El tejido de la placenta puede estar funcionalmente activo sobreviniendo a la muerte del producto, durante un tiempo donde aparentemente se mantiene el embarazo (15).

- **Aborto séptico**

Se presenta con infección del útero o anexos, que se presentan después de un aborto espontáneo, terapéutico o inducido. La infección post aborto es un proceso ascendente y sus principales causas de presencia de cervicovaginitis, mala técnica aséptica retención de restos que se infectan entre otros (6).

Es un aborto asociado a infección, existe la diseminación de microorganismos y toxinas que originan fiebre, endometritis, para metritis y septicemia.

La invasión de microorganismos es producto de prácticas abortivas ilegales; las infecciones son polimicrobianas derivadas de la flora vaginal y el cérvix, con la adición de agentes patógenos transmitidas sexualmente como los gram positivos, gram negativos y anaerobios (17). Este tipo de aborto, no existe en países donde el aborto es legal.

La infección se limita a los restos ovulares, luego se disemina a las paredes uterinas y finalmente a los anexos, parametrio y peritoneo (13).

Al examen se encuentra los signos y síntomas del aborto, acompañado de presencia de fiebre, escalofrío, hipotensión y colapso (15).

d. Tratamiento del aborto

El tratamiento difiere según la etapa clínica del aborto acorde a la intensidad de sus manifestaciones, a la hemorragia, tiempo de amenorrea y complicaciones sobreagregadas (15).

Consiste en minimizar el daño que puede ocasionar el aborto y reducir las secuelas que pueda producir, especialmente el aborto séptico (17).

El primer paso es el soporte de fluidos, luego soporte ventilatorio de ser necesario, legrado uterino o aspiración manual endouterina (12).

2212 Enfermedad trofoblástica

Es la degeneración del tejido derivado del corion con abundante producción de la hormona gonadotropina coriónica humana cuyo genoma es paterno.

Una vez que el óvulo ha sido fecundado, el cigoto o huevo resultante se diferencia y sufre divisiones celulares, de tal forma las células trofoblásticas permiten la nidación del útero y la formación de la placenta, y si no existe un embrión, el trofoblasto anida en el útero invirtiéndolo como si fuera un cáncer, se cree que está embarazada pero pronto se presenta signos de alarma(6).

Esta patología comprende un conjunto de lesiones proliferativas originadas en la placenta; estas lesiones difieren del grado tipo y patrón de proliferación trofoblástica presente, puede ser desde benigno hasta maligno (18).

a. Epidemiología

La frecuencia de la mola hidatiforme presenta variación geográfica significativa. En Estados Unidos es 1/600 y en otros países es de 1/1000; también puede deberse al lugar donde viven las madres, factores ambientales y dietéticos como la baja ingesta de carotenos y de grasa animal coadyuvan a la presencia de esta patología (18).

Los factores de riesgo asociados a la patología sería edad extrema (menores de 20 y mayores de 35 años); la mola parcial no aprecia una diferencia en la edad.

La historia de abortos e infertilidad, también estarían asociados.

b. Tipos de enfermedad trofoblástica

La enfermedad trofoblástica se subdivide en:

- **Mola hidatiforme**, presencia de vesículas y sangre como producto de la gestación, en lugar de un feto (13), es decir, hay presencia de vellosidades coriónicas edematizadas y vesiculosas con una cantidad variable de tejido trofoblástico proliferativo (19).

La mola hidatiforme puede ser:

- Completa o total, siendo la completa la forma usual de presentación, pues existe degeneración hidrópica de las vellosidades (19). Es un embarazo anembrionario porque existe un saco gestacional mayor de 18mm sin evidencia del embrión(5).

➤ Parcial o incompleta, es una mezcla de vellosidades aumentadas de tamaño y edematosas combinadas con las de aspecto normal, además de tejido embrionario (20).

- **Coriocarcinoma**, es la forma maligna de las neoplasias trofoblásticas, la cuantificación de la hormona HCG- B es la determinante de esta patología.

c. Tratamiento del embarazo molar

A pesar del escaso sangrado con cuello uterino cerrado, se recomienda un procedimiento quirúrgico; sin embargo, como no todo está al alcance se ha mostrado resultados favorables con misoprostol.

En una revisión sistemática sobre el manejo expectante versus quirúrgico, en la cual se incluyeron 5 estudios con 689 pacientes. Los autores concluyeron que el manejo expectante conlleva más riesgo de aborto incompleto, requiriendo posterior manejo quirúrgico, pero a su vez, el 147 manejo quirúrgico se asoció con mayor riesgo de infección (21).

2213 Embarazo ectópico

El embarazo ectópico es definido como la implantación del ovocito fuera de la cavidad uterina, pues es la causa de importancia en la morbilidad materna, así como una de las causas eventuales que disminuye el potencial reproductivo; esta patología es diagnosticado en el I trimestre del embarazo siendo la edad gestacional frecuente entre las seis a diez semanas (18).

Es la implantación embrionaria fuera de la capa endometrial de la cavidad uterina, siendo la trompa la implantación frecuente (ampular en el 80%, istmo 13%, fimbria 2%, intersticio 2%) (12).

Una de cada 500 gestantes presenta un embarazo ectópico y muchas de ellas se deben a causas como factores ovulares, factores tubáricos y factores extra tubáricos (6).

El embarazo ectópico es la nidación y desarrollo del huevo fuera de la cavidad uterina originando hemorragia; por su polimorfismo no siempre el diagnóstico inmediato (15).

La frecuencia del embarazo ectópico es 1/300 embarazos, en Perú la frecuencia es de 1/450 embarazos.

Entre los factores de riesgo, se halla (22):

- a. El uso de dispositivos intrauterinos.
- b. Antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica.
- c. Antecedente de infertilidad.
- d. Uso de progestágenos como anticonceptivo.
- e. Uso de inductores de la ovulación.
- f. Anormalidades del desarrollo tubárico.
- g. Técnicas de reproducción asistida.

a. Incidencia

La incidencia del embarazo ectópico varía en los distintos países del mundo, con tasas altas como 1 en 28 y 1 en 40 embarazos reportados en Jamaica y Vietnam. Estos números reflejan un incremento cinco veces más comparado en los años 90, siendo la tasa más alta en los 35 y 44 años de edad materna.

Una mujer con una historia de infertilidad presenta mayores posibilidades de sufrir un embarazo ectópico (18).

b. Etiología

Las causas del embarazo ectópico, son (15):

- Cuando existe un retardo en la postura ovular.
- El retraso de la migración del huevo hacia la cavidad uterina.

Las bridas o adherencias y estenosis que se producen en la trompa uterina como consecuencia, en su mayoría de casos, de procesos infecciosos originado en alguna infección (15).

c. Clínica del embarazo ectópico

De acuerdo a cuan complicado es el cuadro clínico, se designa un embarazo ectópico no complicado o complicado.

Embarazo ectópico no complicado, se manifiesta por alteraciones menstruales, tanto como en la calidad como en la duración, incluso con ausencia de sangrado (6).

Embarazo ectópico complicado, cuando se produce la rotura de trompa o del útero; la gestante aqueja entonces un aumento del dolor abdominal, hipotensión, palidez y sudoración con deterioro rápido del estado general, shock hipovolémico y abdomen agudo (6).

Es por ello, que la sintomatología puede variar desde un simple retraso mensual, sin dolor ni sangrado hasta un posible choque hipovolémico.

La triada clásica de amenorrea, sangrado genital irregular y dolor abdominal está en el presente 45% a 50% de los pacientes con embarazo ectópico (14, 22).

Siendo el dolor abdominal el síntoma común, se presenta en el 98% de las pacientes como único síntoma.

La determinación de la hormona gonadotropina coriónica humana en sangre permite realizar el diagnóstico del embarazo, luego este aumenta lentamente y falta el acmé de los niveles en comparación al embarazo normal, siendo un indicio del embarazo ectópico; por otro lado, la valoración de los niveles de progestágenos permite evaluar embarazos viables (23); en la ecografía transvaginal se muestra una masa anexial, con presencia de líquido en el fondo del saco de Douglas; sin embargo, puede ser confundido con un pseudo saco en la cavidad uterina que está presente en el 10% a 20% de embarazos ectópicos.

d. Evolución del embarazo ectópico

- **Rotura tubárica**

Se produce hemorragia interna, con estado de choque hipovolémico, anemia aguda e irritación peritoneal. Existe distensión de las paredes tubáricas, al desgarrarse se puede ocasionar rotura del huevo o cigoto (15).

- **Aborto tubárico**, el cigoto ubicado en la trompa puede ser abortado hacia la cavidad abdominal (15).

- **Hematoma enquistado**, la muerte del embrión y el desprendimiento del huevo de la pared tubárica rodeado por un hematoma, originando las

hemorragias a nivel del intersticio formando un hemosalpinx (15).

- **Enquistamiento**, el embrazo ectópico sin vitalidad retenida, se enquistan, hay una momificación del feto formando un litopedion (15)..

e. Tratamiento del embarazo ectópico (5)

El tratamiento es expectante, médico o quirúrgico. El expectante se aplica siempre y cuando no haya rotura tubárica, $HCG\beta \leq a 1000 \text{ mUI/mL}$ y se encuentra en declive y masa anexial menor de 3 cm y con ausencia de embriocardia.

El manejo médico con metrotexato siempre en cuando la paciente se encuentre estable sin signos de rotura, masa $< 3.5\text{cm}$ y $HCG\beta < 5000 \text{ mUI/mL}$.

El manejo quirúrgico se reserva para pacientes inestables y se actúa vía laparoscópica de acuerdo a la clínica.

Diagnóstico diferencial

Las hemorragias del primer trimestre, tienen un aspecto en común que es la separación de la membrana corion-amnios del lecho uterino generando sangrado; sin embargo, la diferencia se halla por la clínica en el sangrado genital, dolor y la ecosonografía.

El primer examen accesible para la diferenciación patológica entre el aborto, el abrupto placenta y el embarazo ectópico es la cuantificación de la $HCG\beta$ en el embarazo, ya que es una hormona segregada por la placenta cuando el blastocisto está implantado (8 días después de la fecundación); niveles muy elevados nos conduce a pensar e embarazos molares (5); luego se

cuenta con la ecografía transvaginal donde los hallazgos se observan a partir de la quinta semana al contar ya con un saco gestacional (14).

2.2.2. Complicaciones de las hemorragias de la primera mitad del embarazo

- a. **Shock hipovolémico**, la disminución de la volemia como consecuencia de una hemorragia aguda, generando un gasto cardiaco bajo con resistencia vascular sistémica incrementada. La clasificación del shock hipovolémico es (24):

PARÁMETROS	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
Pérdida de volemia (%)	< 15%	15– 30%	30– 40%	> 40%
Frecuencia del pulso	< 100	> 100	> 120	> 140
Presión arterial en posición supina	Normal	Normal Hipotensión ortostática	Baja	Baja
Diuresis (ml / hora)	> 30	20– 30	15 a 20	< 15
Estado mental	Ansioso o normal	Agitado	Confuso	Letárgico

- b. **Shock séptico**, cuando existe un elevado gasto cardiaco y disminución de la resistencia vascular. Su origen es una vasodilatación marcada, puede existir un índice cardiaco normal o elevado según el avance de la misma (13).

2.2.3. Características epidemiológicas del embarazo

- a. **Edad materna**, tiempo de vida contados desde el nacimiento hasta la actualidad; es un indicador bio demográfico que permite identificar ciertos factores de riesgo.

La edad materna es un factor de riesgo para el aborto y embarazo ectópico, sobre todo si tuvo tratamiento por infertilidad (18), así mismo, se demostró que oocitos nuevos implantados en úteros de

hembras añosas no produce aborto, pero si cuando se implantan oocitos viejos en hembras jóvenes (18).

b. Grado de instrucción, nivel de estudios logrado; este indicador está relacionado con la morbilidad materna. La educación materna permite asistencia responsable en el control del embarazo.

El 4% no tiene un nivel de instrucción y el 64% llegan en el mejor de los casos a nivel secundario y superior no universitario; es así, que en algunos países el bajo nivel educativo se asocia a menor número de hijos vivos y mayor número de abortos (18)

c. Procedencia, lugar de donde viene o principio de donde nace.

d. Ocupación, es la función productiva con éxito; por lo general se relaciona con ingresos económicos ganados (25).

El nivel económico bajo y los problemas conyugales como el abandono del esposo, son motivo de hijos indeseados (18).

e. Estado civil, condición civil del individuo en función a su situación legal (26), siendo estas soltero, conviviente, divorciado, separado, casado y viudo.

El 11% de los abortos provocados corresponden a mujeres con unión estable, el 60% solteras y el 22% en convivientes (18).

f. Paridad, la primiparidad tiene una asociación con la hemorragia del primer trimestre, en especial el aborto y tratamiento de infertilidad.

Las multíparas no se practican aborto con frecuencia, a pesar de que el 83% tuvo mínimamente un hijo (18).

g. Atención prenatal, consiste en vigilar, evaluar, prevenir diagnosticar y brindar tratamiento a complicaciones que puedan conllevar a morbilidades para lograr niño y madre sanos.

h. Peso antes de la gestación, el estado nutricional deficiente por exceso o por defecto antes del embarazo presentan mayor riesgo de morbilidad en el primer trimestre; el IMC pregestacional elevado aumenta el riesgo de aborto (27).

i. Violencia intrafamiliar y el abuso sexual, se relaciona con el aborto inducido en forma recurrente (18).

Estudios de antaño señalan que el perfil de la mujer con aborto, es decir de mujeres que la practican era el 97% son mujeres, de 33 años el 50% y el 50% menor de cincuenta años; el 23% era analfabeta y el 34% tenía educación secundaria incompleta (18).

2.3. Formulación de hipótesis

Carece de hipótesis

2.4. Definición de términos

a. Hemorragia en el embarazo, presencia de sangrado genital en cualquier etapa del embarazo, puede o no estar acompañada de contracciones uterinas.

b. Hemorragia de la primera mitad del embarazo, presencia de sangrado genital en las primeras 22 semanas de embarazo.

c. Aborto, interrupción del embarazo antes de las 22 semanas, con un producto menor a los 500 g.

d. Embarazo ectópico, nidación y desarrollo del huevo fuera de la cavidad uterina, originando cuadros hemorrágicos (15).

e. Embarazo molar, presencia de proliferación del trofoblasto en la cavidad uterina acompañada de degeneración hidrotópica del estroma de vellosidades coriales y defecto simultáneo del sistema vascular (15).

2.5. Identificación de variables

Univariable: Características de usuarias con hemorragia de la primera mitad del embarazo

2.6. Operacionalización de variables

VARIABLE DE CARACTERIZACION	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
Características de las usuarias con hemorragia de la primera mitad del embarazo	Conjunto de atributos propios de la mujer durante el embarazo.	Registro de las historias clínicas sobre los atributos personales y obstétricos de las pacientes que presentaron hemorragia del primer trimestre	Hemorragia de la primera mitad del embarazo	Aborto	Si () No ()	Nominal
				Embarazo molar	Si () No ()	
				Embarazo ectópico	Si () No ()	
			Características personales	Edad de la usuaria	1. Menor de 20 años () 2. Entre 20 a 34 años () 3. Mayor a 35 años ()	Ordinal
				Grado de instrucción	1. Inicial () 2. Primaria () 3. Secundaria () 4. Superior ()	Ordinal
				Procedencia	1. Urbano () 5. Rural ()	Nominal
				Ocupación	1. Casa () 2. Estudio () 3. Agricultor/ganadería() 2. Otros.....	Nominal
				Estado civil	1. Casada ()	

					2. Conviviente () 3. Soltera () 4. Viuda ()	Nominal
			Características obstétricas	Atención pre natal	1. 0 a 1 () 2. 2 a 5 () 3. Mayor a 6 ()	Ordinal
				Peso antes de la gestación	1. Bajo peso () 2. Normopeso () 3. Sobrepeso ()	Ordinal
				Paridad	1. Nulípara () 2. Primípara () 3. Multípara () 4. Gran multípara ()	Ordinal
			Morbilidades presentadas	Anemia	Si () No ()	Nominal
				EPI	Si () No ()	
				HTA	Si () No ()	
				ITU	Si () No ()	
				Otros	detalle	

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Ámbito de estudio

EL hospital Domingo Olavegoya, es un órgano descentralizado de la Dirección de la Red de salud Jauja con categoría II-1, de baja complejidad; responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito referencial a través de atenciones integrales ambulatoria y hospitalaria en cuatro especialidades (medicina, cirugía general, pediatría y gineco-obstetricia).

Brinda servicios a la población referencial provenientes de los establecimientos de salud de la jurisdicción de la dirección de la red de salud Jauja.

El Hospital Domingo Olavegoya está ubicado en el Jr. San Martín 1153, Jauja 12601, cuyos límites son:

Por el Este con la provincia de concepción

Por el Nor Oeste con la provincia de Yauli

Por el Sur Oeste con Lima

Por el Norte con la provincia de Tarma

Por el Nor Este con Chanchamayo.

El Hospital Domingo Olavegoya presta servicios de salud a 134,382 habitantes; al año las atenciones promedio son de 4,456 atenciones, teniendo brechas por cubrir.

3.2. Tipo de investigación

El estudio corresponde a una investigación básica o sustantiva, observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal porque no existe intervención del investigador, además que los datos reflejados son en su expresión natural ajena a la voluntad del investigador, se recolecta información suscitada con anterioridad de fuentes secundarias y la medición se realiza en una sola ocasión (28, 29) .

3.3. Nivel de investigación

Según la escala propuesta por Supo, la investigación corresponde a un nivel descriptivo, porque se describe, registra, analiza e interpreta la naturaleza actual y la composición de los procesos de los fenómenos (29).

3.4. Diseño de investigación

El diseño de investigación es descriptivo simple, donde el investigador no tiene un control directo de la variable, porque los hechos han ocurrido como tal (30); siendo el esquema:

M O

Donde:

M = gestantes con hemorragia del I trimestre

O = Características de las gestantes.

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

Considerada como el conjunto de elementos con características comunes (30); en este caso todas las gestantes tuvieron la misma patología y tienen en común el contexto sociocultural.

Estará conformado por todas las usuarias que presentaron hemorragias de la primera mitad del embarazo en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja, 2019

3.5.2. Muestra

La muestra es un grupo de elementos con representación significativa de la población (30), en este caso estará conformada por las gestantes que presentaron hemorragias de la primera mitad del embarazo y fueron atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja durante el 2019.

3.5.3. Muestreo

En la presente investigación no fue necesario.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1. Técnica

Análisis documental, que consiste en revisar las historias clínicas de las gestantes con hemorragias del primer trimestre, para poder obtener las fuentes secundarias o datos ya registrados.

3.6.2. Instrumento

Ficha de recolección de datos, basados en dos aspectos como las características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes con hemorragias de la I mitad del embarazo; fue validada cualitativamente por tres expertos en el tema.

3.7. Procedimiento de recolección de datos

Primero: Se solicitó los permisos respectivos a nivel institucional y personal al director del Hospital Domingo Olavegoya; Jauja.

Segundo: Se capacitó a un grupo de investigadores de campo para la recolección de datos de la investigación.

Tercero: Con la debida autorización y capacitación a los investigadores de campo se procedió a la administración de las fichas de recolección de datos para el análisis de las historias clínicas en los ambientes del Hospital.

3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se ordenaron y codificaron las encuestas recolectadas por las investigadoras de campo, luego se procedió a elaborar una base de datos en el spss versión 24 para su interpretación respectiva haciendo uso de la estadística descriptiva según la naturaleza del estudio.

Las tablas se presentaron en tablas de frecuencias absolutas y relativas.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Presentación de resultados y su discusión

En el presente estudio se caracterizaron a las gestantes que presentaron hemorragias de la primera mitad del embarazo y fueron atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja, siendo un total de 116 gestantes.

Cuadro N° 1: Hemorragias de la primera mitad del embarazo en usuarias atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja 2019.

Hemorragia del I trimestre del embarazo	<i>fi</i>	<i>hi</i>	HI
Amenaza de aborto	7	6.0%	6.0%
Aborto	107	92.2%	98.3%
Embarazo molar	2	1.7%	100.0 %
Total	116	100.0 %	

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicados en historias clínicas de usuarias atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja 2019.

En el Cuadro N° 1, se observa la frecuencia de las hemorragias de la primera mitad del embarazo que se presentaron en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja durante el año

2019, siendo el aborto en el 92.2% (107); embarazo molar 1.7% (2) y amenaza de aborto el 6% (7); resultados similares a Alarcón (7) y al estudio Orellana et al (10) en Ecuador, en ambos la frecuencia del aborto fue elevada (90% vs 94%). Por otro lado, el estudio de Aldoradin (11), Ayacucho halló una frecuencia de abortos de aborto en el 69% seguido de mola hidatiforme de 3.5% y embarazo ectópico en el 27.4%; estas semejanzas poder ser debido a que ambos países son subdesarrollados con contextos socioculturales parecidos.

Así mismo, se toma en cuenta la revisión de Guevara (6) en el que enfatiza que el 8.4% de las muertes maternas en el Perú se debe a los abortos y embarazos ectópicos.

Cuadro N° 2: Características personales de las usuarias con hemorragias de la primera mitad del embarazo, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja 2019.

Características personales	Fi n = 116	hi	HI
Edad materna en años			
< 20	24	20.7%	20.7%
De 20 - 34	62	53.4%	74.1%
> 35	30	25.9%	100.0%
Grado de instrucción			
Primaria	21	18.1%	18.1%
Secundaria	61	52.6%	70.7%
Superior No universitario	30	25.9%	96.6%
Ninguno	4	3.4%	100.0%
Procedencia			
Urbano	44	37.9%	37.9%
Rural	72	62.1%	100.0%
Ocupación			
Casa	83	71.6%	71.6%
Estudio	18	15.5%	87.1%
Comerciante	11	9.5%	96.6%
Agricultor	2	1.7%	98.3%
Empleada	2	1.7%	100.0%
Estado civil			
Convivientes	71	61.2%	61.2%

Soltera	37	31.9%	92.1%
Casada	8	6.9%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicados en historias clínicas de usuarias atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja 2019.

En el Cuadro N° 2, se observa las características personales de las usuarias con hemorragias de la primera mitad del embarazo; la edad materna de mayor frecuencia es de 20 a 34 años 53.4% (62); seguido de mayores de 35 años 25.9% (30) y finalmente menores de 20 años 20.7% (24). Similar a los resultados de Alarcón (7), pues las edades fluctuaban entre 23 a 29 años en 33.8%; así mismo, Aldoradin (11), halló una mayor frecuencia en mayores de 20 años en el 51.3%.

El grado de instrucción de las usuarias fue secundario el 52.6% (61), superior no universitario 25.6% (30), primaria 18.1% (21) y analfabeta 3.4% (4). Estos resultados se deben a que la accesibilidad a la educación ha ido cerrando brechas. Así mismo este resultado se opone a Alarcón (7) puesto que halló que la mayoría de las gestantes estudiadas cursaban la instrucción básica en el 70%.

Respecto a la procedencia es rural 62.1% (72) y urbano 37.9% (44); probablemente porque el Hospital es un establecimiento de referencia y porque la población referida son de los anexos; a la vez estos resultado se asemejan a Aldoradin (11), cuyas usuarias procedían de zonas rurales en el 61% y se oponen al estudio de Sumba (9) cuya población rural es del 25%.

La ocupación de las usuarias es casa 71.6% (83), estudios 15.5% (18), comerciante 9.5% (11), agricultor 1.7% (2) y empleada 1.7% (2); el 87.1% no tiene un ingreso económico; probablemente porque su procedencia en su mayoría es de la zona rural. No hallando estudios para su contraste.

El estado civil de las usuarias de mayor frecuencia es conviviente 61.2% (71), luego soltera 31.9% (37) y casada 6.9% (8). No se halló estudios para su contraste.

Cuadro N° 3: Edad gestacional de diagnóstico de la hemorragia de la primera mitad del embarazo en las usuarias, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja 2019.

Edad gestacional de diagnóstico							
N° de usuarias	Media	Moda	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
116	10	7	5	22	7	9	12

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicados en historias clínicas de usuarias atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja 2019.

La edad gestacional de diagnóstico en que se hizo el diagnóstico de la hemorragia de la primera mitad del embarazo en usuarias es a las 10 semanas en promedio, la hemorragia se presentó entre las 5 a 22 semanas; el 75% de las usuarias tenía más de 7 semanas, el 50% 9 semanas de embarazo y el 25% más de 12 semanas; estos resultados probablemente se deba a la alta interrupción de embarazos no deseados, puesto que los embarazos espontáneos tienen una incidencia a nivel nacional de 1.2%; así mismo, estos resultados se asemejan a Alarcón (7) quien halló la interrupción del embarazo entre las 4 a 8 semanas en su mayoría; del mismo modo, Sumba (9) halló la hemorragia entre las 7 a 10 semanas de gestación en el 47.4%, seguido de más de 10 semanas el 30.7%. Casi todos los estudios concuerdan en hallar abortos precoces, es decir menor a las 12 semanas.

Cuadro N° 4: Características obstétricas en las usuarias con hemorragia de la primera mitad del embarazo, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja 2019.

Características obstétricas	Fi n = 116	hi	HI
Paridad			
Nulípara	37	31.9%	31.9%
Primípara	23	19.8%	51.7%
Múltipara	50	43.1%	94.8%
Gran múltipara	6	5.2%	100.0%
Atención pre natal			
0 – 1	113	97.4%	97.4%
2 a 5	3	2.6%	100.0%
IMC pre gestacional			
Bajo	2	1.7%	1.7%
Normal	86	74.1%	75.9%
Sobrepeso	28	24.1%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicados en historias clínicas de usuarias atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja 2019.

En el cuadro N° 4, sobre las características obstétricas de las usuarias con hemorragia de la primera mitad del embarazo tenemos la multiparidad 43.1% (50), seguido de nuliparidad 31.9% (37), primiparidad 19.8% (23) seguido de la gran múltipara 5.2% (6).

Los resultados de la paridad se asemejan a Sumba (9), en su estudio de Ecuador cuyas mujeres con hemorragia de la primera mitad del embarazo eran multíparas en el 60.89% y se oponen a Aldoradin (11), quien halló que las usuarias de mayor frecuencia eran primíparas en el 45.1%.

En cuanto a la atención prenatal, las usuarias recibieron en su mayoría de 0 a 1 en 97.4% (113), seguido de 2 a 5 el 2.6%; estos resultados probablemente se deban al desinterés de las usuarias a acudir al establecimiento ante la ausencia de menstruación. No habiendo antecedentes para su contraste.

El índice de masa pregestacional es normal el 74.1% (86), bajo 1.7% (2) y con sobrepeso el 24.1% (28). Probablemente debido al contexto sociocultural mantienen una alimentación adecuada, no se halló estudios para su contraste.

Cuadro N° 5: Morbilidades presentes en usuarias con hemorragias de la primera mitad del embarazo, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja 2019.

Morbilidades presentadas		fi n = 116	hi
Anemia		24	20.7%
Infección del tracto urinario		17	14.7%
Enfermedad pélvica	inflamatoria	8	6.9%

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicados en historias clínicas de usuarias atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja 2019.

En el Cuadro N° 5, se aprecia las morbilidades presentes en las usuarias con hemorragias de la primera mitad del embarazo siendo la anemia 20.7% (24), seguido de infección urinaria 14.7% (17) y enfermedad inflamatoria pélvica 6.9% (8). No hallándose estudios para su contraste.

CONCLUSIONES

1. Las hemorragias de la primera mitad del embarazo con mayor frecuencia es el aborto.
2. Las características personales de las usuarias con hemorragias de la primera mitad del embarazo son: edad materna entre 20 a 34 años 53.4%, grado de instrucción secundaria 52.6%, procedencia rural 62.1%, ocupación su casa 71.6%, el estado civil es conviviente 61.2%.
3. Las características obstétricas son: edad gestacional de la hemorragia 7 semanas en promedio, el 25% de las gestantes tuvo más de 12 semanas, multíparas el 43.1%, con IMC pre gestacional normal.
4. Las morbilidades presentes en las usuarias con hemorragias de la primera mitad de le embarazo es anemia, infección urinaria y enfermedad inflamatoria pélvica.

RECOMENDACIONES

1. Al director del Hospital Domingo Olavegoya establecer alianzas estratégicas con instituciones educativas donde se halle a las mujeres entre 20 a 34 años para brindar consejerías en paternidad responsable.
2. Al Personal Obstetra, estar capacitado en la atención de hemorragias de la primera mitad del embarazo, puesto que muchas de ellas son en condiciones inseguras. Así mismo, desarrollar visitas domiciliarias para orientar a las familias sobre salud sexual y reproductiva responsable.

Desarrollar capacitaciones extensivas a todas las Mujeres en edad fértil de los anexos de Jauja para el cuidado de su salud reproductiva y evitar secuelas como la infertilidad a futuro.

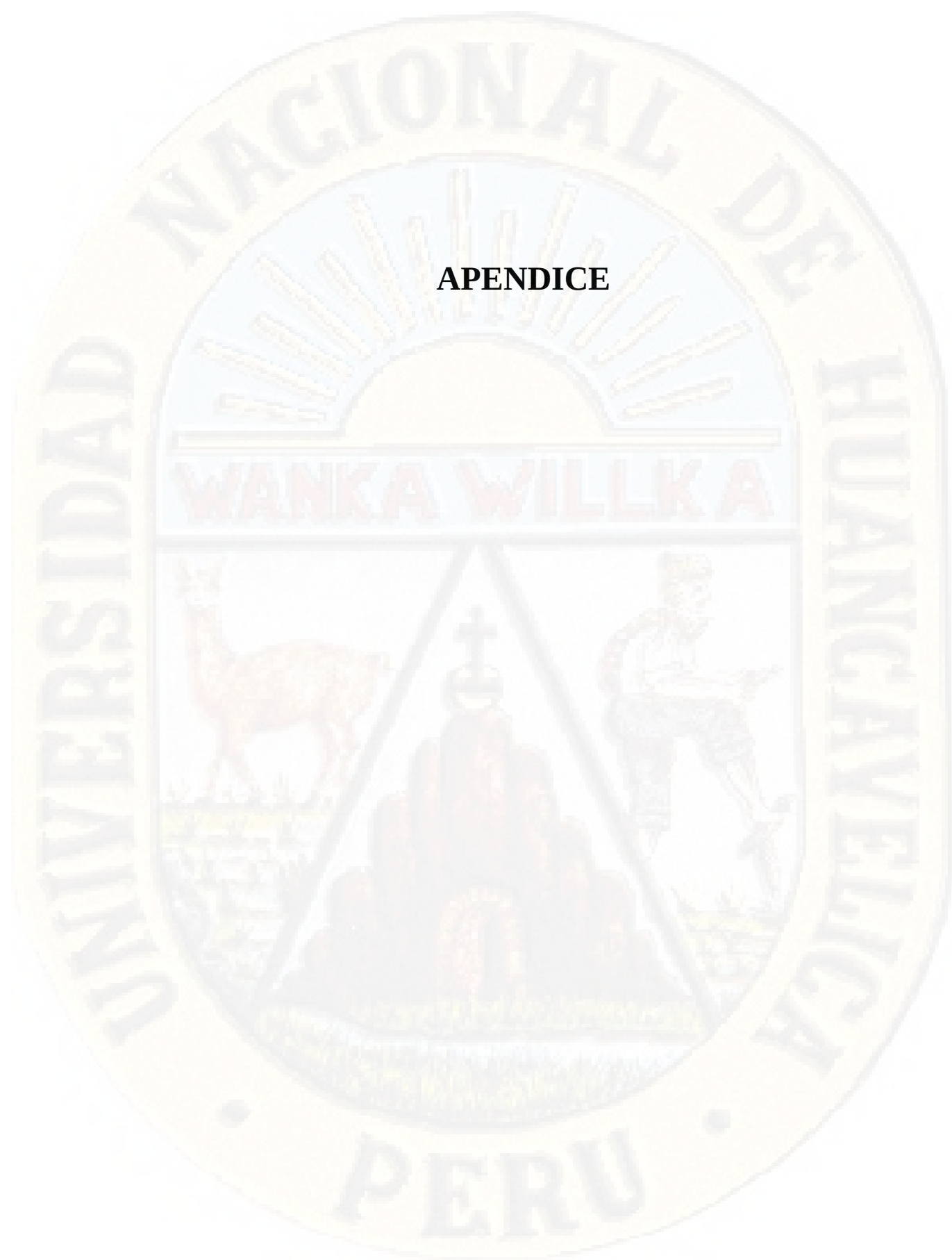
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Miller J, Williamson E, Glue J, Gordon Y, Grudzinskas J, Sykes A. Fetal loss after implantation: a prospective study. *The Lancet*. 1980;316(8194):554-6.
2. Robledo C, Zhang J, Troendle J, Barnhart K, Creinin MD, Westhoff C, et al. Clinical indicators for success of misoprostol treatment after early pregnancy failure. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2007;99(1):46-51.
3. Mesa CÁ. Hemorragias del primer trimestre. *Memorias Curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia*. 2011;19:143.
4. Pacheco J, De Michelena MI, Orihuela P, editors. Enfoque actual del aborto recurrente. *Anales de la Facultad de Medicina*; 2009: UNMSM. Facultad de Medicina.
5. Deutchman M, Tubay AT, Turok DK. First trimester bleeding. *American family physician*. 2009;79(11):985-92.
6. Ríos EG. Hemorragias de la primera mitad del embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2010;56(1):10-7.
7. Alarcón Herrera JE. Complicaciones asociadas a hemorragias del primer trimestre del embarazo en pacientes en edad fértil del servicio de ginecología en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro 2018.
8. Guasch E, Alsina E, Díez J, Ruiz R, Gilsanz F. Hemorragia obstétrica: estudio observacional sobre 21.726 partos en 28 meses. *Revista Española de Anestesiología y reanimación*. 2009;56(3):139-46.
9. Sumba Jadan LE. Prevalencia de la hemorragia obstétrica del primer trimestre del embarazo en el Hospital Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo, propuesta de manejo terapéutico. Desde septiembre del 2012 a febrero del 2013: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Obstetricia; 2013.

10. Suriaga Mendoza G, Mite Manzaba KA. " Hemorragias de la primera mitad de la gestación asociadas a complicaciones obstétricas en pacientes Atendidas en el Hospital Iess Duran. octubre 2018–abril 2019": Babahoyo: UTB, 2019; 2019.
11. Contreras A. Aspectos epidemiológicos de las gestantes que presentaron hemorragias en la primera mitad del embarazo en el Hospital de Coracora-Parinacochas-Ayacucho 2014. 2015.
12. Tineo R, Benjamín I. Hemorragias del primer trimestre. *Obstetricia Moderna* 3ª edición Caracas: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. 1999:234-9.
13. Embarazo VCJ. parto y puerperio. Principales complicaciones. La Habana. Editorial Ciencias Médicas [Internet]. 2009 [citado 9 mayo 2010].
14. Dighe M, Cuevas C, Moshiri M, Dubinsky T, Dogra VS. Sonography in first trimester bleeding. *Journal of Clinical Ultrasound*. 2008;36(6):352-66.
15. Mongrut A. Tratado de obstetricia normal y patológica. Perú. 2000;200:652-5.
16. Williams JW, Cunningham FG, Gant NF. Williams obstetricia: Médica Panamericana; 2004.
17. Burkman RT, Atienza MF, King TM. Culture and treatment results in endometritis following elective abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1977;128(5):556-9.
18. Pérez Sánchez A, Donoso Siña E. Obstetricia Pérez Sánchez. Mediterráneo. 1992;18:207-16.
19. Kurman RJ. Blaustein's pathology of the female genital tract: Springer Science & Business Media; 2013.
20. Szulman A, Surti U. The syndromes of hydatidiform mole: I. Cytogenetic and morphologic correlations. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1978;131(6):665-71.

21. Weeks A, Alia G, Blum J, Winikoff B, Ekwaru P, Durocher J, et al. A randomized trial of misoprostol compared with manual vacuum aspiration for incomplete abortion. *Obstetrics & Gynecology*. 2005;106(3):540-7.
22. Stovall TG, Kellerman AL, Ling FW, Buster JE. Emergency department diagnosis of ectopic pregnancy. *Annals of emergency medicine*. 1990;19(10):1098-103.
23. Carson SA, Buster JE. Ectopic pregnancy. *N Engl J Med*. 1993;329:1174-81.
24. Ruiz Oc. Guías de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas. 2007.
25. Definiciones I, Básicos CC. Ocupación. Pág en internet. 2011.
26. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2003;82(2):182-8.
27. Romero-González B, Caparrós-González R-A, Strivens-Vílchez H, Peralta-Ramírez M-I. ¿ Puede el índice de masa corporal pregestacional relacionarse con el estado psicológico y físico de la madre durante todo el embarazo? *Nutrición Hospitalaria*. 2018;35(2):332-9.
28. Artiles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2009:169-81.
29. Supo JA. Metodología de la Investigación. Bioestadístico. 2012.
30. Palomino J, Peña J, Zevallos G, Orizano L. Metodología de la investigación. Guía para elaborar un proyecto en salud y educación Lima: Editorial San Marcos. 2015.

APENDICE



The logo of the Universidad Nacional de Huancavelica is a circular emblem. It features a central shield divided into three sections. The top section shows a sun with rays. The middle section contains the text 'WANKA WILLKA' in red. The bottom section is divided into three parts: a llama on the left, a central mountain with a cross on top, and a figure on the right. The entire emblem is surrounded by a yellow border with the text 'UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCavelica' and 'PERU' at the bottom.

Apéndice 1: Matriz de consistencia

CARACTERÍSTICAS DE LAS USUARIAS CON HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO ATENDIDAS EN EL HOS'PITAL DOMINGO OLAVEGOYA, JAUJA 2019.							
PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	METODOLOGÍA
Problema general ¿Cuáles son las características de las usuarias con hemorragias de la primera mitad del embarazo atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja 2019? Problemas específicos • ¿Cuáles son las patologías de la primera mitad del embarazo en usuarias atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja 2019? • ¿Cuáles son las características personales de las usuarias que padecieron de una hemorragia de la primera mitad del embarazo, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya 2019?	Objetivo general Determinar las características de las usuarias con hemorragias de la primera mitad del embarazo atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja 2019. Objetivos específicos • Identificar las patologías de la primera mitad del embarazo en usuarias atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja 2019. Describir las características personales de las usuarias que padecieron de una hemorragia de la primera mitad del embarazo, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya 2019.	El estudio obedeció a la necesidad de conocer las características de las usuarias con hemorragias de la primera mitad del embarazo atendidas en el Hospital domingo Olavegoya, Jauja 2019. Las hemorragias de la primera mitad del embarazo son motivos de consulta de las emergencias obstétricas siendo el aborto la patología frecuente; sin embargo, el contexto sociocultural en el que comparten las gestantes es una característica en común. Los resultados de la presentación,	Características de las usuarias con hemorragias de la primera mitad del embarazo	Hemorragias de la primera mitad del embarazo Características personales	Aborto Embarazo molar Embarazo ectópico Edad de la usuaria Grado de instrucción Procedencia Ocupación Estado civil	Aborto Mola completa /incompleta Embarazo ectópico Menor de 20 años Entre 20 a 34 años Mayor de 35 años Ninguno Primaria Secundaria Superior Urbano Rural Casa Estudio Agricultor/ganadero Otros Casada Conviviente Soltera Viuda	Nivel de investigación El nivel descriptivo Tipo de investigación investigación observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo. Diseño de Investigación El estudio corresponde a un diseño descriptivo Esquema: M O M: Usuarias con hemorragias de la primera mitad del embarazo O: características de las usuarias Población, muestra, muestreo La población: Fueron todas las usuarias con hemorragias de la

The logo of the Universidad Nacional de Huancavelica is a circular emblem. The outer ring contains the text "UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA" at the top and "PERU" at the bottom, separated by two dots. The inner circle is divided into three horizontal sections. The top section features a rising sun with rays. The middle section contains the text "WANKA WILLKA" in red capital letters. The bottom section is a shield divided into three parts: a llama on the left, a central mountain peak with a cross on top, and a figure on the right.

Apéndice 2: Instrumento de recolección de datos



Universidad Nacional de Huancavelica
Segunda especialidad en Emergencias y Alto Riesgo
Obstétrico

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS SOBRE CARACTERISTICAS DE LAS
USUARIAS CON HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO**

Instrucciones: El llenado de las fichas de recolección de datos es en base a los registros hallados en las historias clínicas, el llenado debe ser tal como se encuentra en la historia clínica sin alteración alguna; solo serán excluidas aquellas que se encuentren en problemas judiciales, historias clínicas incompletas.

I. Datos generales:

1.1 Código N°:

1.2 Fecha del llenado:

1.3 N° Historia clínica:

II. Datos de interés o propios del estudio:

2.1. Patologías de la hemorragia:

Amenaza de aborto ☐

Aborto ☐

Embarazo molar ☐

Embarazo ectópico ☐

• **Edad gestacional en el que se presenta la hemorragia:**

• **Edad de la usuaria:** Menor a 20 años ☐ Entre 20 a 34 años ☐ Mayor a 35 años ☐

• **Grado de instrucción:** Inicial ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior No universitario ☐ Superior universitario ☐

• **Procedencia:** Urbano ☐ Rural ☐

• **Ocupación:** casa ☐ estudio ☐ agricultor/ganadería ☐

Otros (detalle):

• **Estado civil:** Casada ☐ Conviviente ☐ Soltera ☐ viuda ☐

Características Obstétricas

• **Paridad:** Nulípara ☐ Primípara ☐ Multípara (2-5) ☐ Gran multípara (>6) ☐

• **APN:** APN 0 ☐ APN de 1 a 3 ☐ Mayor a 6 ☐

• **IMC antes de la gestación:** Bajo peso ☐ Normopeso ☐ Sobrepeso ☐

• Otras morbilidades presentadas

• **Anemia:** Si ☐ No ☐

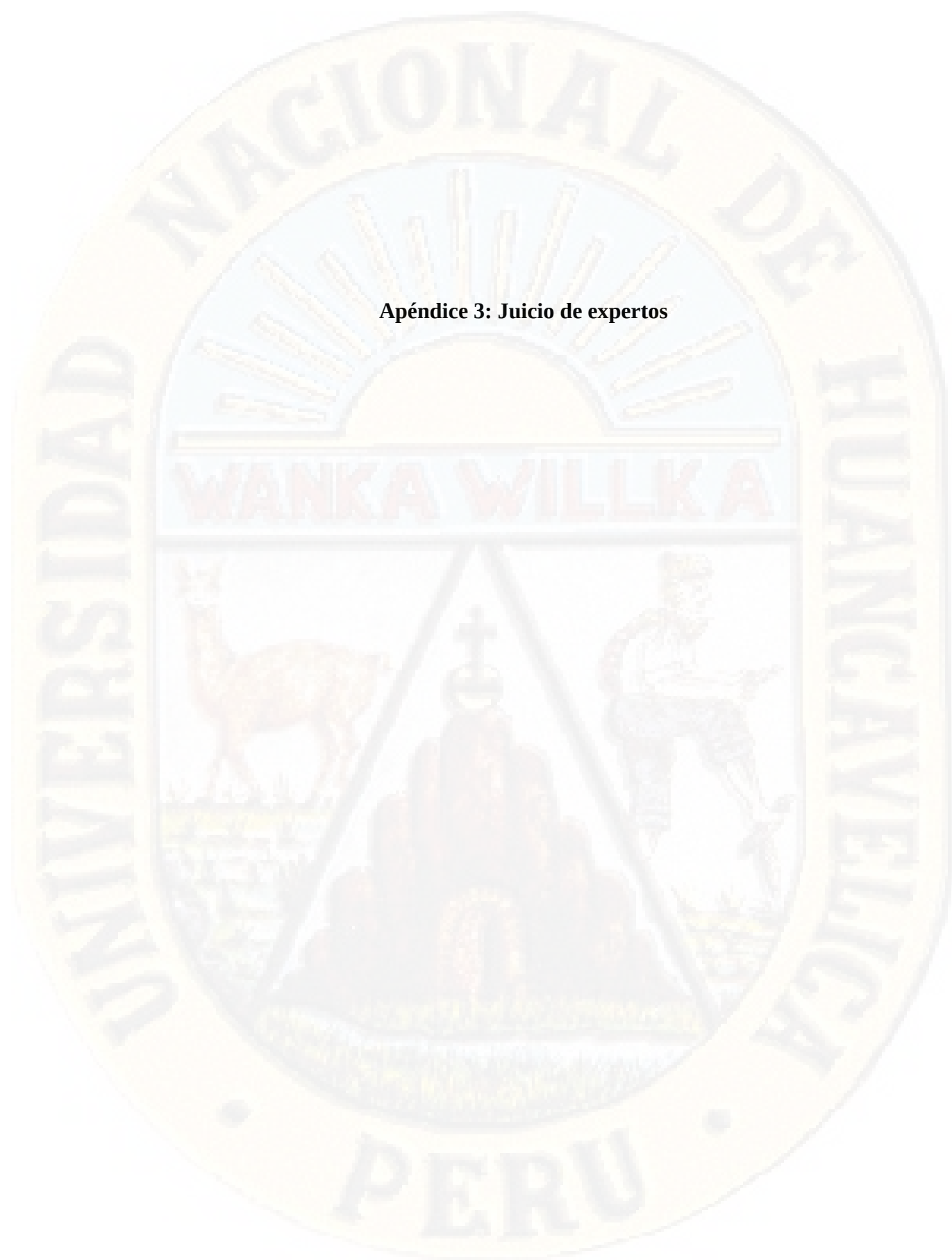
• **Infección del tracto urinario:** Si ☐ No ☐

• **Hipertensión arterial:** Si ☐ No ☐

• **Enfermedad inflamatoria pélvica:** Si ☐ No ☐

• **Otros (detalle):**

Apéndice 3: Juicio de expertos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
(Creada por Ley 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Ficha de evaluación del instrumento de investigación por el criterio de experto o Juez

Instrumento: Ficha de recolección de datos

Investigación: Características de las usuarias con hemorragias de la primera mitad del embarazo atendidas en el Hospital domingo Olavegoya, Jauja 2019.

1. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del Juez : _____
- 1.2. Grado académico : _____
- 1.3. Mención : _____
- 1.4. DNI/ Celular : _____
- 1.5. Cargo e institución donde labora : _____
- 1.6. Lugar y fecha : _____

2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.					
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.					
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					

	↓	↓	↓	↓	↓
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)	A	B	C	D	E

CALIFICACIÓN GLOBAL:

$$\text{Coeficiente de validez} = \frac{1 \times A + 2 \times B + 3 \times C + 4 \times D + 5 \times E}{50} = \text{-----}$$

3. **OPINIÓN DE APLICABILIDAD** (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

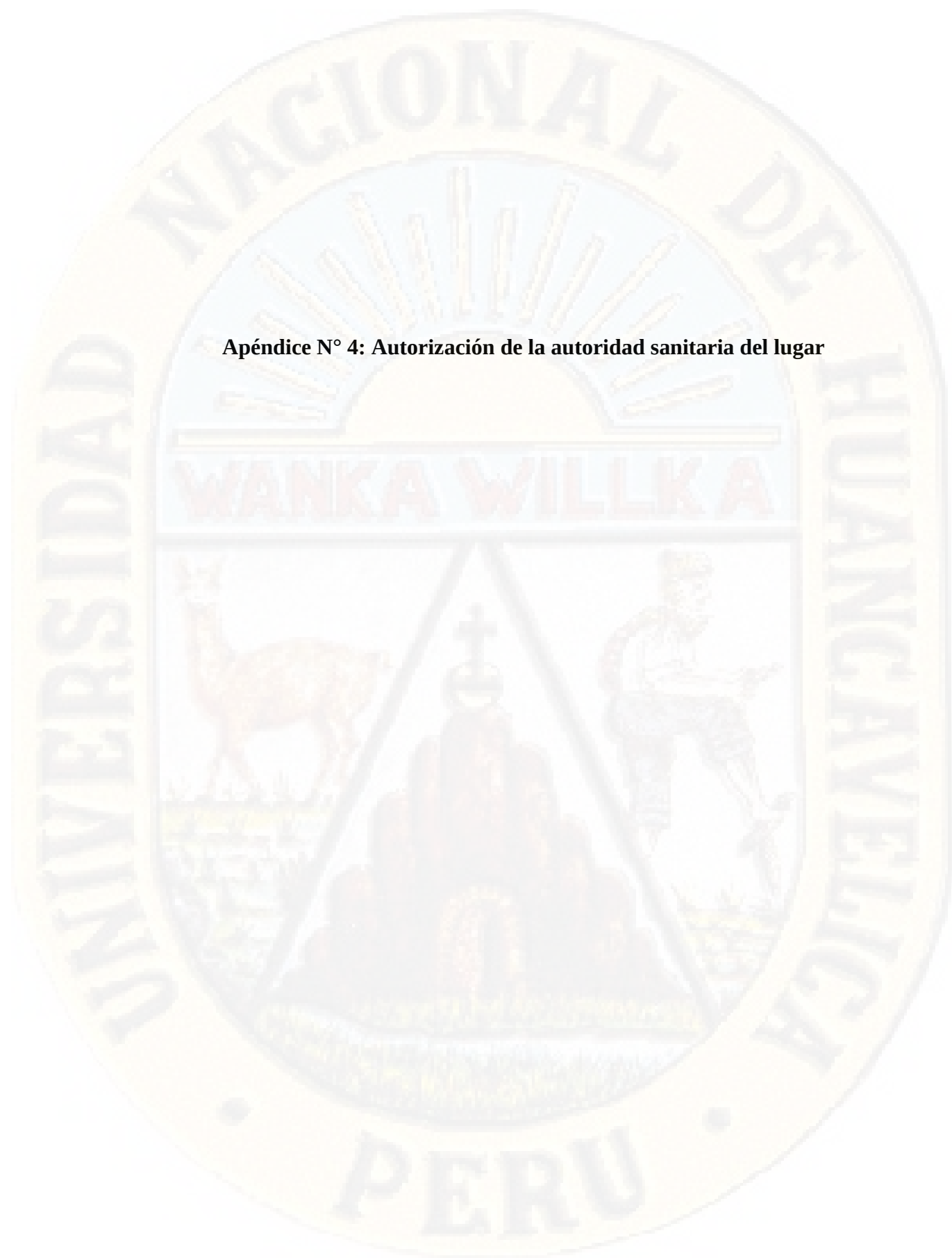
CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	☐	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	☐	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	☐	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	☐	<0,81 – 1,00]

4. **RECOMENDACIONES:**

.....
.....
.....
.....

.....
Firma del Juez

Apéndice N° 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar





UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creado por Ley N° 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

SOLICITO: Autorización para
Revisión de
historias clínicas.

SEÑOR
M.C. DANNY ESTEBAN QUISPE

DIRECTOR DEL HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA - JAUJA
SD.

Yo, Torres Véliz Betty Benilda, identificada con D.N.I. N°_____, Obstetra de profesión, egresada de la especialidad en EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted me presento y expongo.

Que, deseando desarrollar la investigación sobre las características de las usuarias que tuvieron hemorragias de la primera mitad del embarazo atendidas en el Hospital que usted dignamente dirige, para revisar los registros e historia clínica de dichas usuarias.

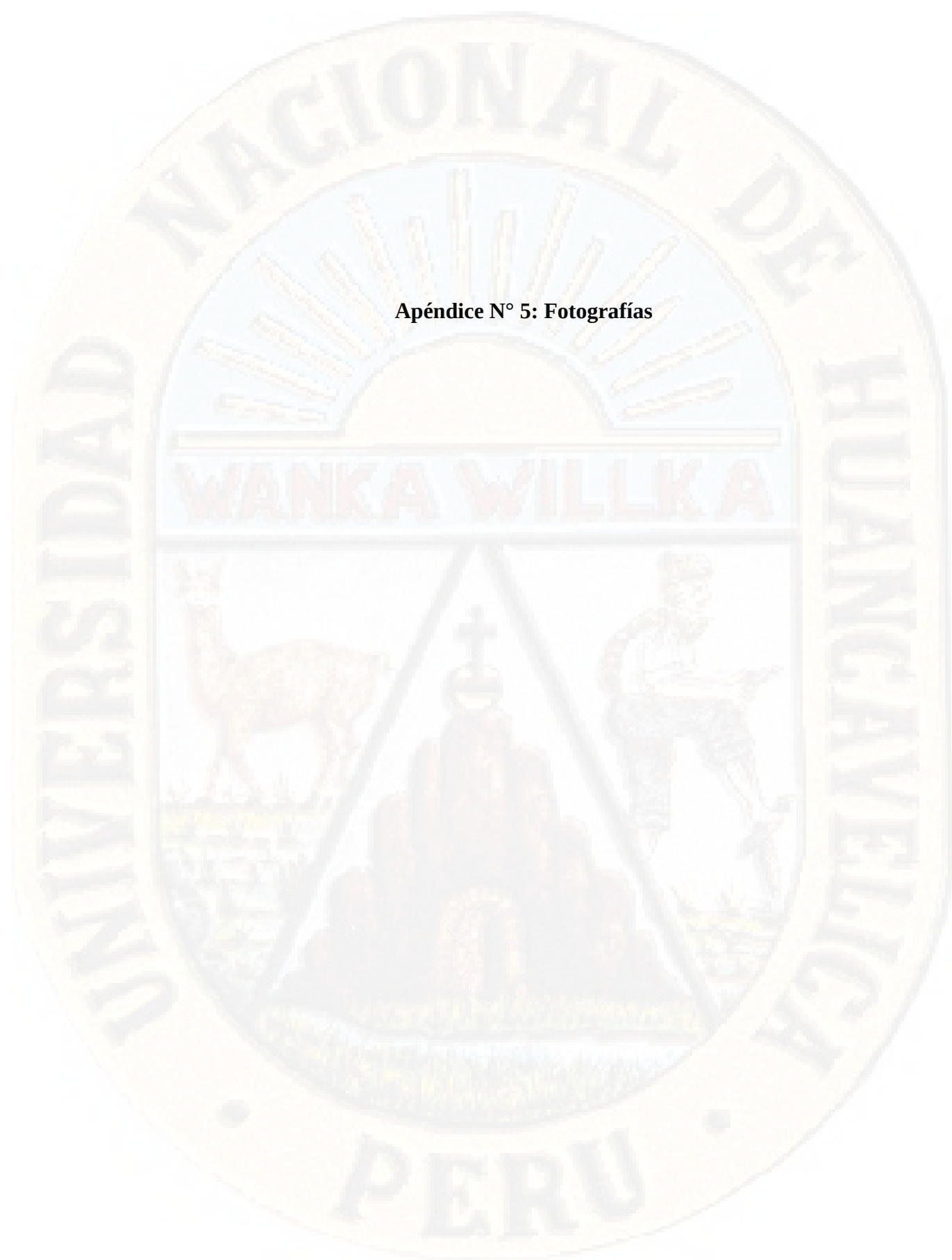
Cabe resaltar, que la información recabada será confidencial con todas las consideraciones éticas; por lo mencionado solicito se me expida la autorización y se me brinde las facilidades, para realizar la investigación.

Por lo expuesto, pido a Ud., acceder a mi solicitud por ser de justicia.

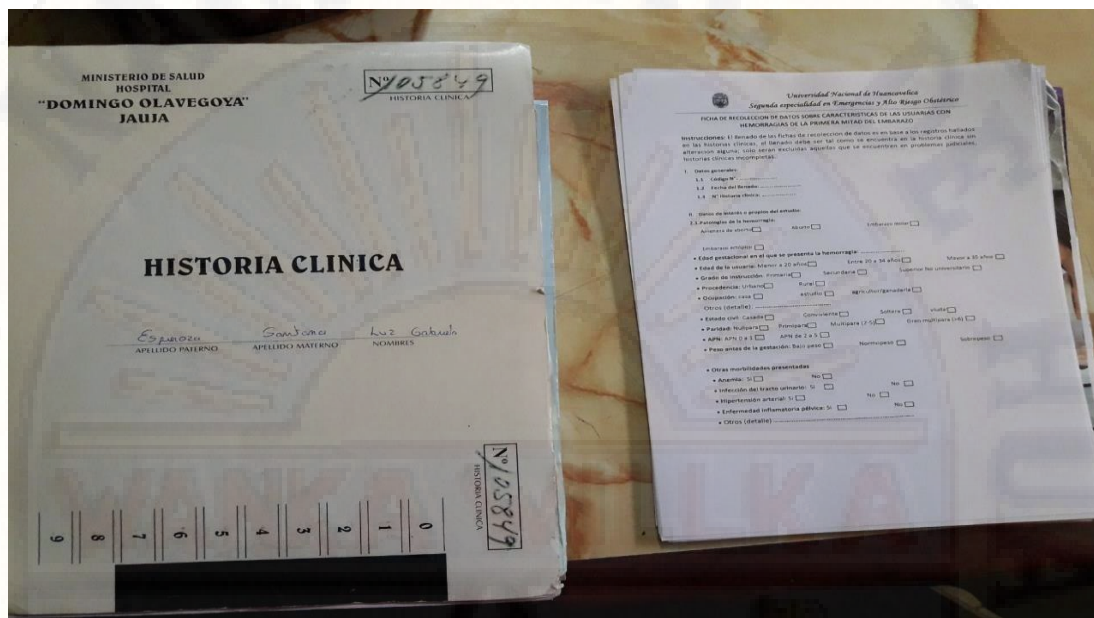
Huancayo, 10 de enero de 2020.

Torres Veliz Betty
Obstetra

Apéndice N° 5: Fotografías



Fotografía N° 1: Recolección de datos en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja, 2019



Fuente: elaboración propia

Fotografía N° 2: Recolección de datos en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja, 2019



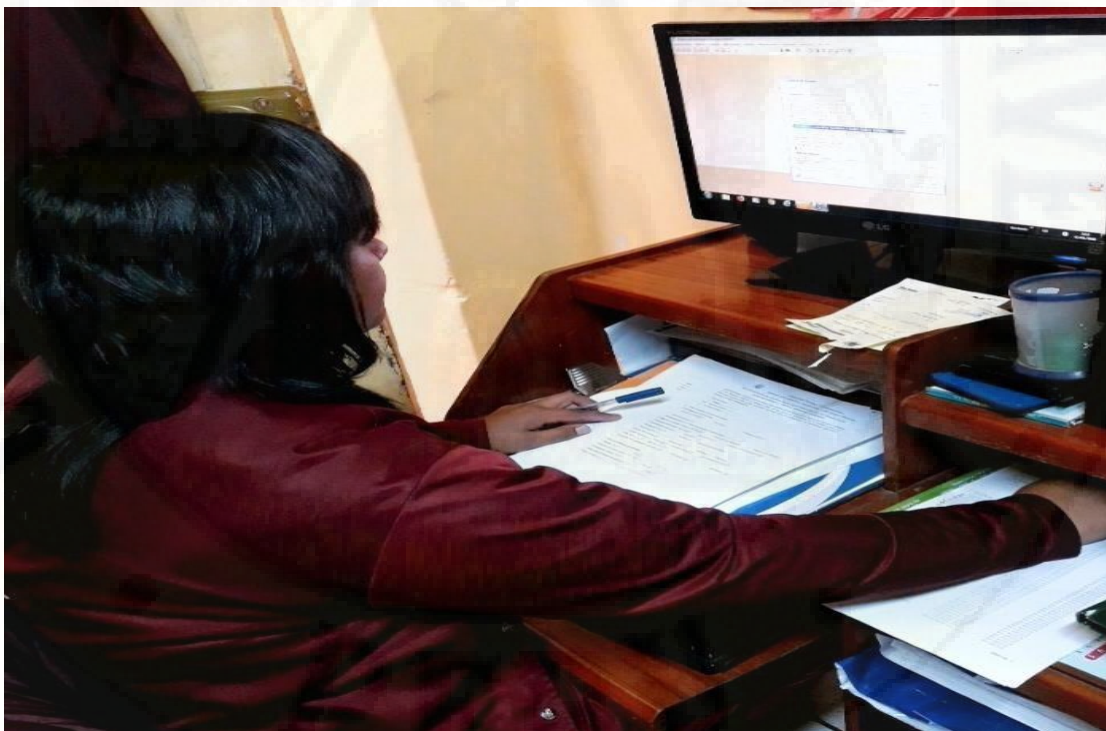
Fuente: elaboración propia

Fotografía N° 3: Recolección de datos en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja, 2019



Fuente: elaboración propia

Fotografía N° 4: Revisión de los registros generados en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja, 2019



Fuente: elaboración propia