

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creada por Ley N°. 25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

**HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN
JERONIMO, ANDAHUAYLAS 2016**

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

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

PRESENTADO POR: OBSTA. HELEN POMA CHIROQUE

HUANCAMELICA-PERU

2018

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 30 días del mes de MAYO a las 9:00 AM horas del año 2018 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis

del (la) Bachiller:

POMA CHIROQUE HELEN JOHANA

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Mg. TULIO SUSANA GUERRA OLIVARES

Secretario : Mg. LINA YUBANA CARDENAS PINEDA

Vocal : Mg. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN JERONIMO
ANDAHUAYLAS 2016.

Presentado por el (la) Bachiller:

POMA CHIROQUE HELEN JOHANA

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, concluyendo a las 9:54 AM horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD

Observaciones:

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE HUANCAMELICA

Mg. TULIO S. GUERRA OLIVARES.

PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE HUANCAMELICA

Mg. TULIO S. GUERRA OLIVARES.

VOCAL COORDINACIÓN

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 30 de MAYO 2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

Mg. LINA Y. CARDENAS PINEDA
SECRETARIA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
E.A.P. OBSTETRICIA

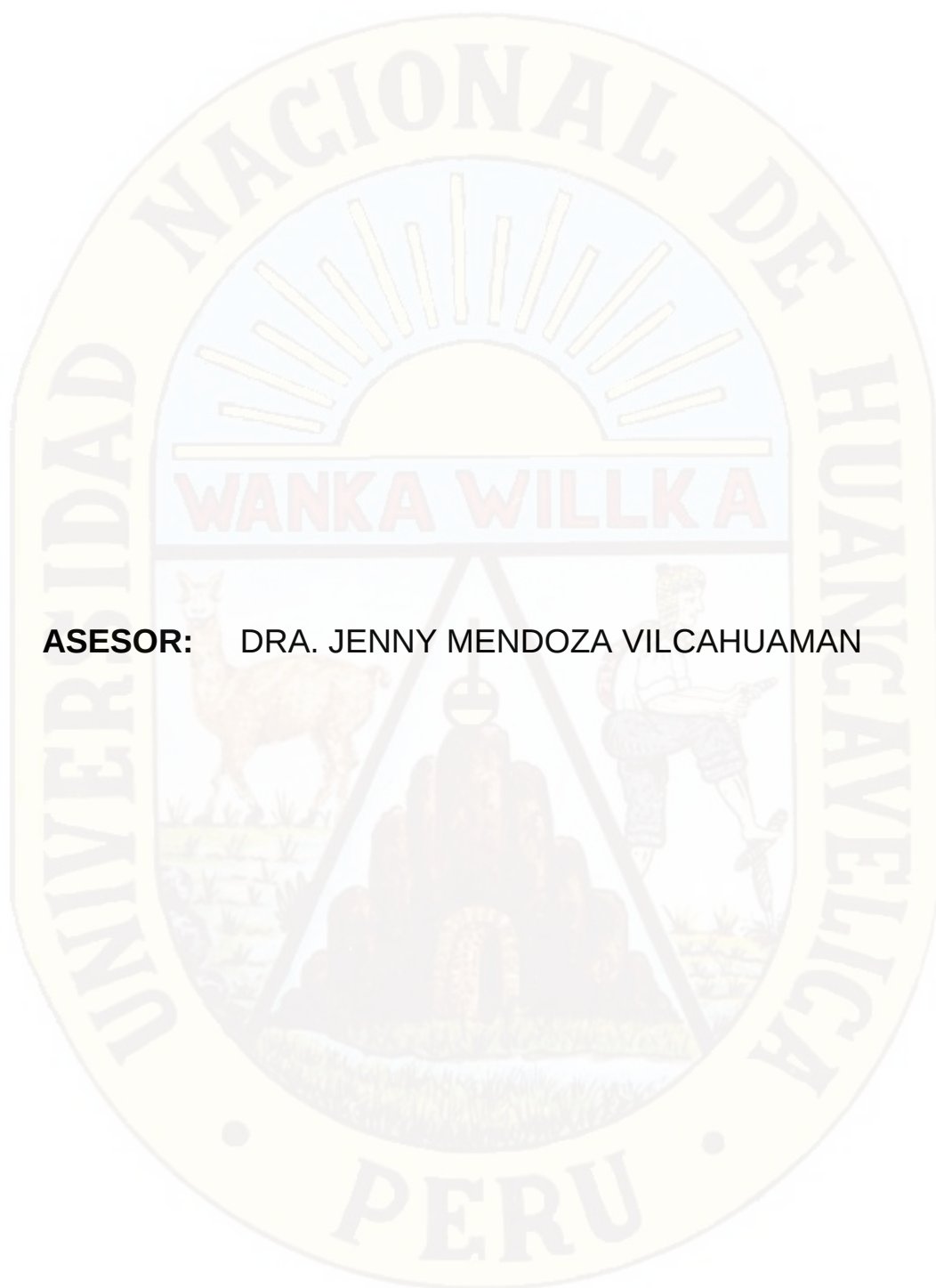
Obsta. Ada Lizbeth Lora
DOCENTE

VºBº SECRETARIA DOC.

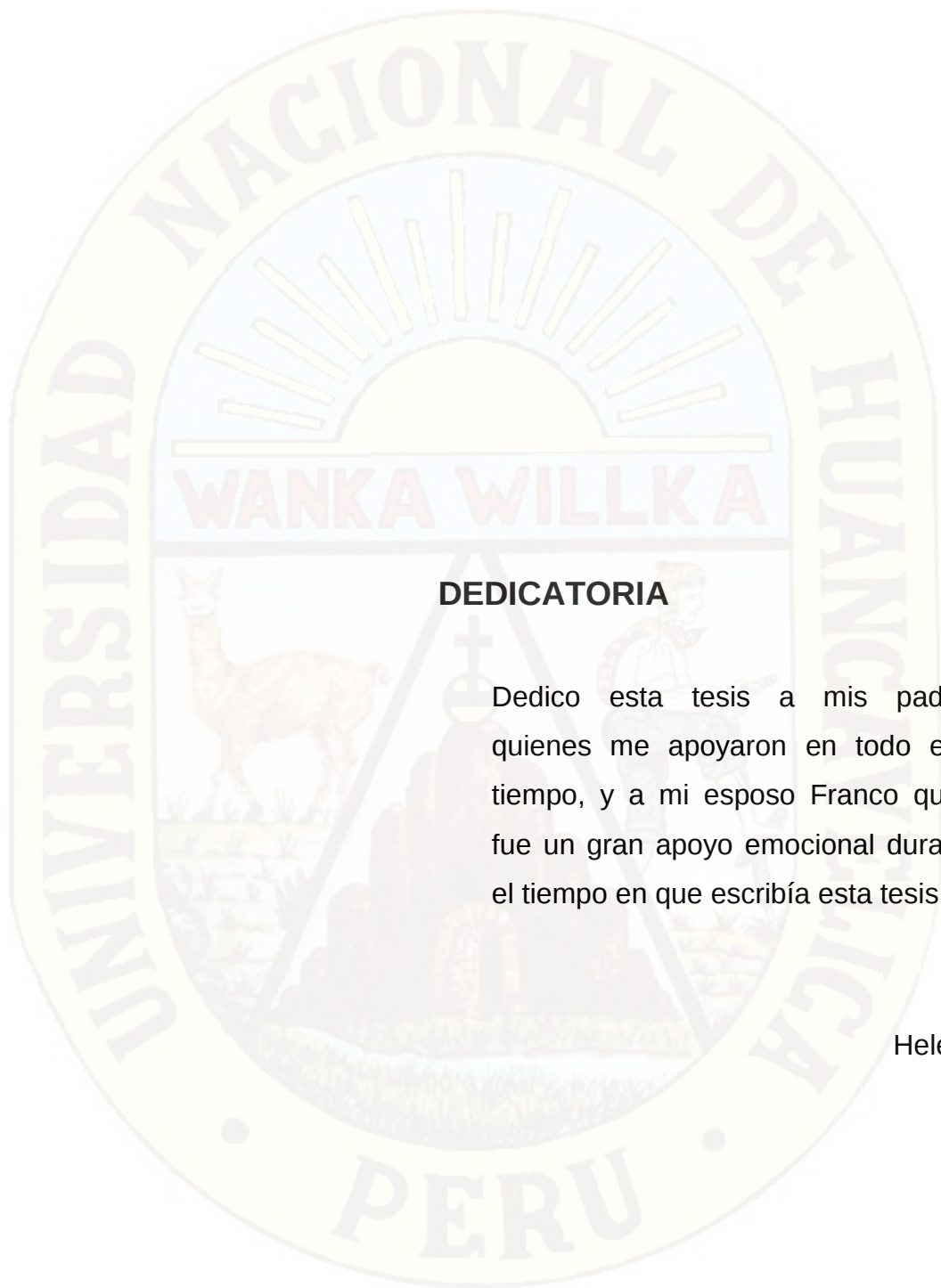
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
CULTIVO DE CIENCIAS DE LA SALUD
E.P. OBSTETRICIA

Mg. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE

VOCAL



ASESOR: DRA. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN



DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres quienes me apoyaron en todo este tiempo, y a mi esposo Franco quien fue un gran apoyo emocional durante el tiempo en que escribía esta tesis.

Helen

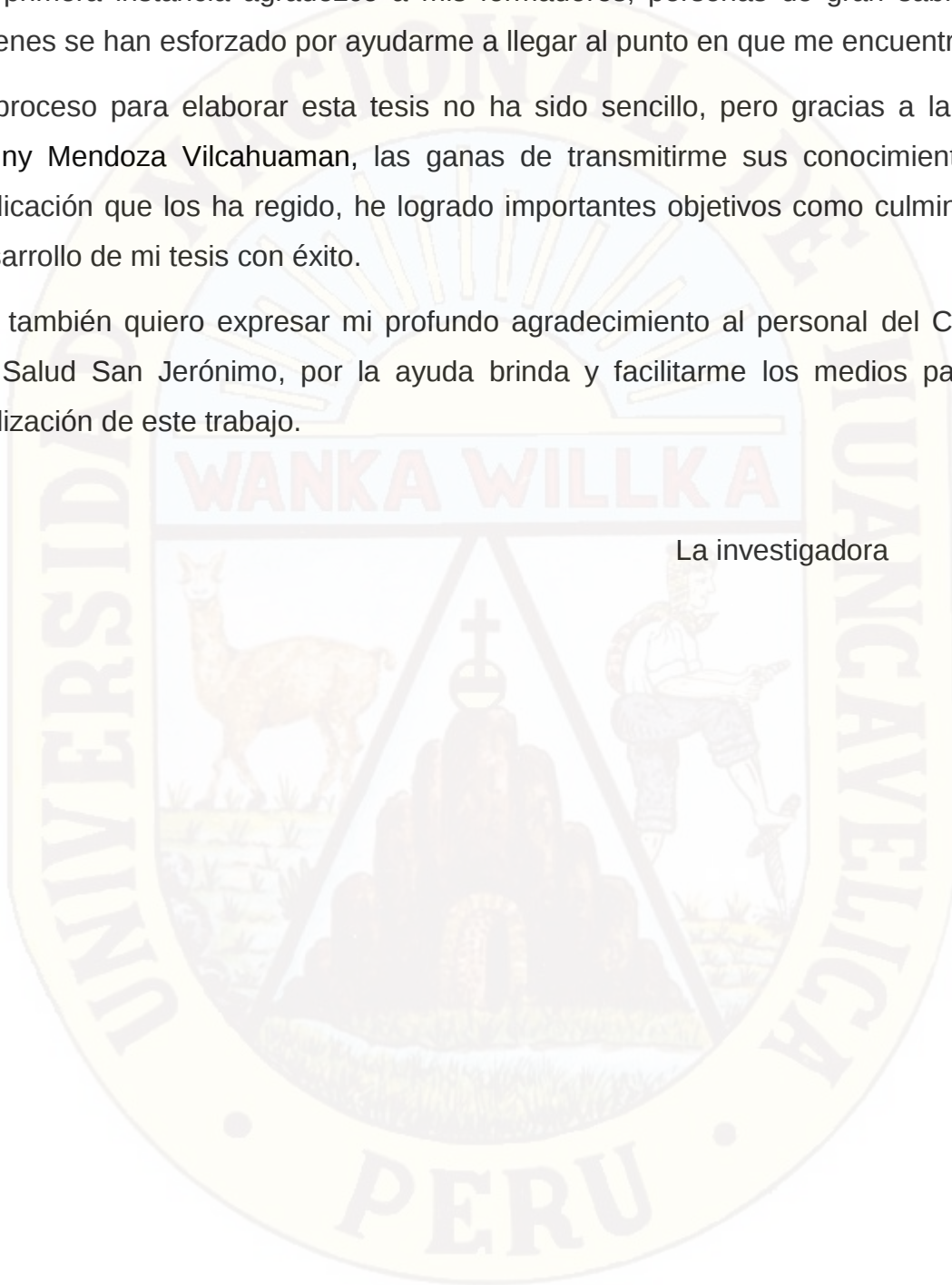
AGRADECIMIENTO

En primera instancia agradezco a mis formadores, personas de gran sabiduría quienes se han esforzado por ayudarme a llegar al punto en que me encuentro.

El proceso para elaborar esta tesis no ha sido sencillo, pero gracias a la Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman, las ganas de transmitirme sus conocimientos y dedicación que los ha regido, he logrado importantes objetivos como culminar el desarrollo de mi tesis con éxito.

Así también quiero expresar mi profundo agradecimiento al personal del Centro de Salud San Jerónimo, por la ayuda brinda y facilitarme los medios para la realización de este trabajo.

La investigadora



RESUMEN

Objetivo: Determinar las hemorragias en la segunda mitad del embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud de San Jerónimo, Andahuaylas en el 2016. **Metodología:** El método de investigación es Descriptiva, es de tipo Sustantiva, Nivel Descriptivo, y diseño descriptivo simple. La población estuvo conformada por todas las gestantes del Centro de Salud San Jerónimo. La muestra estuvo conformada por todas las 75 gestantes que hicieron hemorragias en la segunda mitad del embarazo, por lo que fue una muestra censal.

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%.

Conclusiones: Las hemorragias de la segunda mitad del embarazo encontradas en el Centro de Salud San Jerónimo fueron placenta previa con un 40%, desprendimiento prematuro de placenta 5.3%.

Palabras clave: Hemorragia obstétrica, embarazo

ABSTRACT

Objective: To determine what hemorrhages are in the second half of pregnancy of pregnant women attended at the San Jerónimo Health Center, Andahuaylas in 2016. **Methodology:** The research method is Descriptive; it is of the Substantive type, Descriptive level, and descriptive design simple. The population was made up of all the pregnant women of the San Jerónimo Health Center. The sample consisted of all 75 pregnant women who had hemorrhages in the second half of pregnancy, so it was a census sample. **Results:** The pregnant women who attended the diagnosis of hemorrhage in the second half of pregnancy were 75 pregnant women from a population of 175, who attended the San Jerónimo Health Center. Where they underwent with placenta previa 17.1%, premature detachment of placenta 2.3% and uterine atony 23.4%. The sociodemographic characteristics found were predominant maternal age was between the ages 19-35 years that was 57.1%. Marital status was found 48% were cohabiting and maternal occupation 37.7% are farmers. In the obstetric characteristics, the number of prenatal controls 69.1% was adequate > 4 attentions. Number of previous pregnancies 56% are multiparous. In personal history, 16.6% were previous pelvic surgery. Type of delivery 80% was vaginally. The days of hospitalization of the pregnant women who attended the San Jerónimo Health Center was greater than 7 days with 22.9%.

Conclusions: Hemorrhage of the second half of pregnancy compromised 42.9% of the obstetric population in the period studied and produced maternal and perinatal morbidity and mortality.

Key words: Obstetric hemorrhage, pregnancy

INDICE

Portada	
Dedicatoria.....	III
Agradecimiento.....	IV
Resumen.....	V
CAPITULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.1. Fundamentación del problema.....	12
1.2. Formulación del problema.....	13
1.3. Objetivos de la investigación.....	14
1.4. Justificación e importancia.....	14
1.5. Limitaciones.....	15
1.6. Factibilidad de la investigación.....	15
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO.....	16
2.1. Antecedentes de la investigación.....	16
2.2. Bases teóricas.....	22
2.3 Definición de Términos.....	29
2.3. Identificación de variables.....	30
2.4. Operacionalización de variables.....	30
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	31
3.1. Tipo de investigación.....	31
3.2. Nivel de investigación.....	31
3.3. Métodos de investigación.....	31
3.4. Diseño de investigación.....	31

3.5. Población, muestra y muestreo.....	32
3.5.1 Población.....	32
3.5.2 Muestra.....	32
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	32
3.6.1 Técnicas.....	32
3.6.2 Instrumentos.....	32
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	32
CAPITULO IV	
RESULTADOS.....	33
5.1 Presentación e interpretación de datos.....	33
5.2 Discusión de resultados.....	43
Conclusiones.....	45
Recomendaciones.....	46
Índice de gráficos.....	IX
Referencias bibliográficas.....	47
Anexos.....	51

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N°1: NUMERO DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JERONIMO CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO	34
GRAFICO N°2: ETAPAS DE VIDA DE LAS GESTANTES DE ACUERDO ALAS EDADES SEGUN OMS, DEL CENTRO DE SALUD SAN JERONIMO, ANDAHUAYLAS 2016	35
GRAFICO N° 3: ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JERONIMO, ANDAHUAYLAS 2016	36
GRAFICO N°4: OCUPACION MATERNA DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JERONIMO, ANDAHUAYLAS 2016	37
GRAFICO N°5: CARACTERISTICAS OBSTETRICAS DE LAS GESTANTES ATENDIDAS CON RELACION AL NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JERONIMO, ANDAHUAYLAS 2016	38
GRAFICO N° 6: CARACTERISTICAS OBSTETRICAS DE LAS GESTANTES ATENDIDAS CON RELACION AL NUMERO DE GESTACIONES, QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN JERONIMO, ANDAHUAYLAS 2016	39
GRAFICO N°7: CARACTERISTICAS OBSTETRICAS DE LAS GESTANTES ATENDIDAS CON RELACION ANTECEDENTES PERSONALES, QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN JERONIMO, ANDAHUAYLAS 2016	40
GRAFICO N°8: CARACTERISTICAS OBSTETRICAS DE LAS GESTANTES ATENDIDAS CON RELACION AL TERMINO DE EMBARAZO, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JERONIMO, ANDAHUAYLAS 2016	41

GRAFICO N°9: NUMERO DE DIAS DE HOSPITALIZACION DE LAS
GESTANTES QUE ACUDIERON AL CENTRO DE SALUD SAN JERONIMO,
ANDAHUAYLAS 2016.....42



INTRODUCCION

En Perú el año 2015, el 63% de las muertes maternas de causa directa e indirecta ocurrió durante el puerperio y 27% durante la gestación, dentro de las causas básicas de muertes maternas directas continúa siendo la hemorragia con 39,8% de los casos, seguido de las enfermedades hipertensivas del embarazo con 28,7%.(3)

La mayoría de hemorragias postparto pueden ser prevenibles y tratables, la prevención implica la puesta en marcha de diversos números de intervenciones enfocadas a disminuir la aparición y desarrollo de los factores de riesgo, como el mejoramiento al acceso a la atención prenatal durante la gestación, en el Perú 96% recibió control prenatal de un proveedor de salud calificado (3), la atención especializada durante el parto, y apoyo en las primeras semanas postparto.

El presente proyecto pretende determinar cuáles son las hemorragias en la segunda mitad del embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud de San Jerónimo, Andahuaylas en el 2016.

El proyecto de tesis está distribuido en cuatro capítulos principales, siendo estos:

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, CAPITULO II: MARCO TEÓRICO, CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN y finalmente el CAPITULO IV: RESULTADOS.

CAPITULO I

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación Del Problema:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS), cada año mueren en el planeta más de 500 000 mujeres durante el embarazo, el parto o el puerperio, el 99% de ellas en los países en desarrollo. Se estima que un 25% de estas defunciones se deben a hemorragias intensas durante el parto, que vienen a constituir la causa más común de mortalidad materna. Los casos de hemorragia intensa durante o después del parto representan, dentro de la mortalidad materna, alrededor de un 34% en África, un 31% en Asia y un 21% en América Latina y el Caribe. (1)

En América Latina, el 8.2% de las hemorragias obstétricas que requieren transfusión ocurren en el periodo postparto, representando el 64% de las necesidades totales de transfusión, de acuerdo a un análisis realizado en 712.081 historias clínicas perinatales disponibles en la base regional del Sistema Informático Perinatal de la Organización Panamericana de la Salud, correspondientes al período 2009-2012. La letalidad por hemorragia en el período posparto estimada sobre casos válidos fue de 2.2%. En mayor detalle, el 3% (21.542) de estas gestantes presentaron hemorragias vinculadas al período prenatal y posparto. El 52.7% se registró en el primer trimestre, el 7.8% en el segundo, el 12.9% en el tercero y el 26.4% en el posparto. Sin embargo, como señalado, las hemorragias más graves, se

agruparon en el tercer trimestre de la gestación (4.9%) y en el período posparto (8.2%). (2)

En el Perú, la mortalidad materna fue del orden de 185 casos por cada 100 mil nacidos vivos; lo que representa aproximadamente 1,258 muertes anuales. Esta causa de mortalidad materna está considerada según los estándares internacionales como “muy alta”, ya que superaba los 150 por cada 100 mil nacidos vivos y según la ENDES 2010 refiere que la cifra es de 93 x 100,000nv lo que representa un importante descenso. Siendo las causas de muertes maternas directas, registradas fueron: Hemorragias (40.2%), Trastornos hipertensivos embarazo, parto y puerperio (32%), Aborto (17.5%) e Infecciones relacionada al embarazo (4.1%). Al 2015 fueron: Hemorragias (33%), Trastornos hipertensivos embarazo, (31%), Infecciones relacionada al embarazo (13%), Aborto (9%), Trauma (3%), otras causas directas (11%). La hemorragia como causa de muerte se relacionó directamente con el parto domiciliario y sus complicaciones como retención de placenta y atonía uterina, a pesar que en el Perú los partos institucionales han aumentado en el año 2006 fue 71% mientras que en el año 2012 fue 86,8% en especial en zonas rurales, entonces esto nos indica que las estrategias para una cobertura en salud materna se están realizando adecuadamente. (3)

Esta investigación pretende contribuir en la generación de conocimientos sobre los factores de riesgo asociados a hemorragias durante el embarazo. En Apurímac muy pocos son los estudios relacionados a este tema, tenemos la necesidad de actualizar información permanentemente, y de esta manera adoptar la mejor estrategia para reducir dicho riesgo, ello justifica la realización del presente estudio.

1.2. Formulación del Problema de Investigación

¿Cuáles son las causas de la hemorragia en la segunda mitad del embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud de San Jerónimo, Andahuaylas en el 2016?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar las hemorragias en la segunda mitad del embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud de San Jerónimo, Andahuaylas en el 2016.

1.3.2. Objetivo Especifico

- Identificar las características sociodemográficas de las gestantes con hemorragia de la segunda mitad de los embarazos atendidos en el Centro de Salud de San Jerónimo, Andahuaylas en el 2016.
- Identificar las características obstétricas de las gestantes con hemorragia de la segunda mitad del embarazo atendidos en el Centro de Salud de San Jerónimo, Andahuaylas en el 2016.
- Determinar los días de hospitalización que demandaron a las gestantes con hemorragia atendidas en el Centro de Salud de San Jerónimo, Andahuaylas en el 2016.

1.4 Justificación e Importancia de la Investigación

La mortalidad materna en nuestro país, a pesar de haber disminuido en la última década, aun se presenta con una frecuencia alta en relación a los países desarrollados. El embarazo a edad más avanzada y el aumento en la frecuencia de nacimientos, pueden incrementar la incidencia de patologías asociadas a hemorragia obstétrica.

Las hemorragias obstétricas es la primera causa de mortalidad materna en nuestro país, seguida por Preeclampsia – Eclampsia (Enfermedades Hipertensivas del Embarazo).

En los últimos años se han realizado diferentes estudios para mejorar la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno de mujeres con riesgo y/o presencia de hemorragia obstétrica para disminuir la mortalidad materna y perinatal.

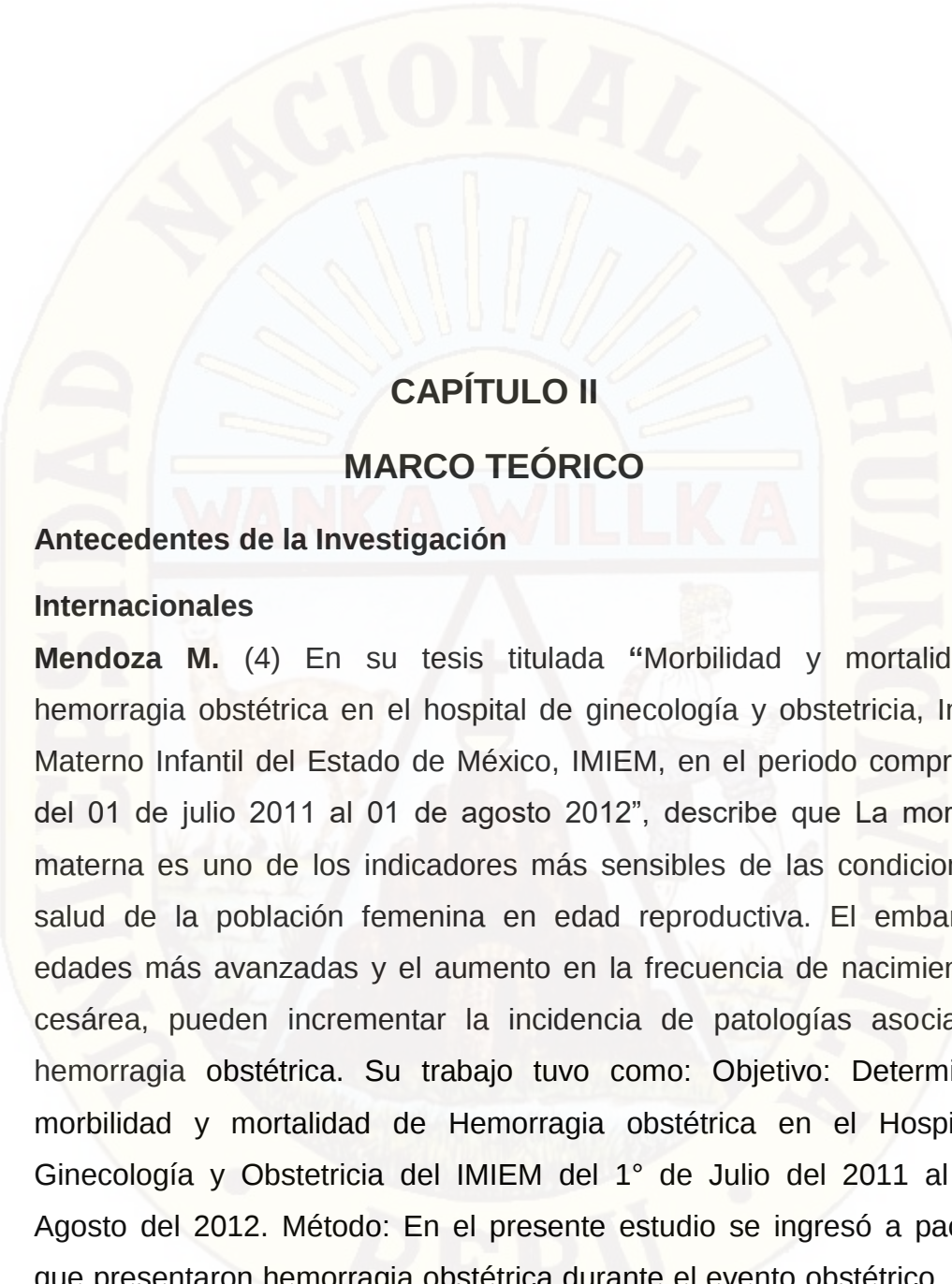
Mediante este trabajo se pretende conocer las causas más comunes en la población de estudio para resolver las complicaciones, con la finalidad de mejorar la calidad de atención y disminuir la morbi- mortalidad materno – perinatal.

1.5. Limitaciones:

No se encontró limitaciones debido a que laboro en el Puesto de salud que pertenece a la Micro red de San Jerónimo y se pudo obtener el consentimiento con la gerente para poder revisar las historias clínicas y recolectar la información en la ficha de recolección de datos.

1.6. Factibilidad de la investigación

La disponibilidad de los registros y de las historias clínicas para aplicar la ficha de recolección de datos fue factible, también se contaron con materiales necesarios para la ejecución y finalmente se tuvo acceso del establecimiento de salud, todo ello permitió que la presente investigación fuera factible de ejecutar.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

Internacionales

Mendoza M. (4) En su tesis titulada “Morbilidad y mortalidad en hemorragia obstétrica en el hospital de ginecología y obstetricia, Instituto Materno Infantil del Estado de México, IMIEM, en el periodo comprendido del 01 de julio 2011 al 01 de agosto 2012”, describe que La mortalidad materna es uno de los indicadores más sensibles de las condiciones de salud de la población femenina en edad reproductiva. El embarazo a edades más avanzadas y el aumento en la frecuencia de nacimiento por cesárea, pueden incrementar la incidencia de patologías asociadas a hemorragia obstétrica. Su trabajo tuvo como: Objetivo: Determinar la morbilidad y mortalidad de Hemorragia obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM del 1° de Julio del 2011 al 1° de Agosto del 2012. Método: En el presente estudio se ingresó a pacientes que presentaron hemorragia obstétrica durante el evento obstétrico, ya sea resolución vía vaginal o cesárea. Valorando edad materna, factores de riesgo, edad gestacional y cantidad de sangrado, entre otros. Se diseñó una hoja específica recolectora de datos para el estudio, con respuestas codificadas para la posterior captura en la base de datos. Resultados: Se encontró un total de 100 pacientes del Hospital de Ginecología y Obstetricia, IMIEM que presentaron como complicación hemorragia

obstétrica, siendo los principales factores de riesgo factores maternos como la multiparidad (16%), cesárea previa (9%), pre eclampsia (8%) ruptura prematura de membranas (4%) y el grupo de edad de mayor presentación fue entre 20 y 29 años (53%). Llego a las siguientes conclusiones: Los factores de riesgo asociados a hemorragia obstétrica fueron principalmente multiparidad, pre eclampsia, ruptura prematura de membranas y cesárea previa. No obstante, un porcentaje importante de hemorragias postparto ocurren en mujeres que no presentan factores de riesgo que puedan identificarse. La mortalidad materna podría ser evitada en un alto porcentaje mediante la identificación temprana de factores de riesgo de las pacientes.

Calle J y Espinoza D. (5) En su tesis titulada “Prevalencia, causas y factores de riesgo asociados a la hemorragia postparto en las pacientes del departamento de gineco-obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo enero – diciembre 2014” en Cuenca Ecuador, describe la hemorragia postparto como una de las principales complicaciones obstétricas a nivel mundial y representa una causa importante de mortalidad materna en nuestro país. Objetivo general. Determinar la prevalencia, causas y principales factores de riesgo asociados a hemorragia postparto. Metodología. Estudio descriptivo retrospectivo de prevalencia que se llevó a cabo en el Hospital Vicente Corral Moscoso con las historias clínicas de las pacientes puérperas que acudieron al servicio de Gineco-Obstetricia desde Enero a Diciembre de 2014 y que presentaron como complicación hemorragia postparto. Resultados El estudio permitió conocer que 104 mujeres presentaron hemorragia postparto de un total de 5020 nacimientos por parto y cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2014; la prevalencia de hemorragia postparto fue del 2,07% y la principal causa fue la atonía uterina con el 70,2%. Los factores de riesgo más frecuentes fueron: conducción con oxitocina un 54,8%, multiparidad 52,9% y fase activa prolongada de trabajo de parto con el 50%. Conclusiones La hemorragia postparto es una complicación importante con una prevalencia del 2,07% en el Hospital Vicente Corral

Moscoso asociado a factores de riesgo que aumentan su prevalencia como conducción, multiparidad y fase activa prolongada de trabajo de parto. La principal causa de hemorragia postparto en nuestro medio es la atonía uterina.

Chica M. (6) En su tesis titulada “Frecuencia de la Hemorragia postparto y post cesárea en pacientes del hospital “Dr. Rafael Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta durante el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013”. Realizó un estudio descriptivo y observacional, en 30 casos de pacientes diagnosticadas con hemorragia postparto y post cesárea, los cuales fueron atendidas en Hospital “Dr. Rafael Rodríguez Zambrano “, en la ciudad de Manta, durante el período comprendido entre los meses de Septiembre 2012 a Febrero del 2013. Los objetivos fueron determinar la frecuencia de la hemorragia postparto y post cesárea, identificar los factores de riesgo que predisponen a una hemorragia postparto y post cesárea, determinar la causa más frecuente y la vía del parto mayormente expuesta a sufrir una hemorragia postparto y post cesárea. Las edades de las pacientes fluctuaron entre los 15 a 40 años, presentándose con mayor frecuencia en las pacientes de 15 a 20 años; que representan el 37% de los casos estudiados. El universo fue constituido por 1149 pacientes, de las cuales se sustrajo una muestra de 30 que reunían los criterios de inclusión de este estudio. De acuerdo a la paridad el mayor porcentaje se concentró en las nulíparas que representa el 60% de los casos, es importante señalar que la atonía uterina fue una de las causas que mayormente desencadenaron cuadros de hemorragia postparto y post cesárea que se presentó en 13 pacientes que representan el 43% de los casos.

Ruiz-Rosas R. y col. (7) Realizaron un artículo académico sobre “Hemorragia obstétrica, causa de muerte materna. IMSS, 2011” describe las características materno fetales en las muertes maternas en el IMSS durante 2011. Métodos: se incluyeron muertes maternas en las que se identificó hemorragia grave durante el embarazo, parto o puerperio. Resultados: se analizaron 32 de 135 muertes maternas; 65.6 % presentó

hemorragia obstétrica como causa básica y 34.4 %, hemorragia obstétrica grave con diferente causa básica de muerte materna. El grupo de edad con mayor número de muertes fue el de 30 a 39 años. La resolución del embarazo en la mayoría fue por cesárea. Predominaron el acretismo placentario y la atonía uterina asociados con otra patología. Conclusiones: la hemorragia grave que se presenta durante el embarazo, parto o puerperio continúa ocupando el segundo lugar como causa de mortalidad materna en México y en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Es necesario continuar la estrategia de capacitación a los médicos ginecobstetras para mejorar la competencia clínico-quirúrgica.

NACIONALES

Díaz D. y Lapa L. (8) En su tesis titulada “Antecedentes Obstétricos y hemorragia postparto en puérperas inmediatas atendidas en el hospital departamental de Huancavelica en el periodo 2009-2013” describe los antecedentes obstétricos asociados a hemorragia postparto en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica. Material y métodos: Se realizó un estudio tipo sustantivo, nivel correlacional, método deductivo, diseño factorial simple, retrospectiva, de casos y controles. En una población de 363 puérperas inmediatas post partos vaginales y cesárea que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se encontró 20 casos que se compararon con 80 controles. A quienes se les hizo el análisis de regresión logística múltiple, Odds ratio (OR) con intervalo de confianza de 95%. Resultados: En el periodo 2009-2013, se registró 20 (6%) de hemorragia postparto inmediato. Destacándose los datos generales en orden de frecuencia: el grupo etario que predominó es joven (19-35 años) en 95%, convivientes el 52%; secundaria completa el 55%, Entre los principales antecedentes obstétricos asociados a hemorragia postparto se mencionan: 16(80%) tienen antecedente de ser nulíparas y multíparas), 16 (14%) antecedente de aborto, 2 (14%) con antecedente de cesárea , del cual podemos destacar que el 100% de las cesareadas presentaron hemorragia ; el 7(29%) registran antecedente de periodo intergenésico corto. Conclusiones: del 6%

de puérperas padeció hemorragia postparto inmediato teniendo como principales síntomas: anemia, taquicardia e hipotensión; 9 de cada 10 puérperas tienen antecedente de paridad extrema, del total de puérperas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica, 16(80%) tuvieron como antecedente de paridad extrema, 2(14%) antecedente de aborto, antecedente de cesárea 2 (100%) y periodo intergenésico 7 (29%). Concluyendo que existe asociación significativa entre paridad extrema y hemorragia postparto, aumentando 4 veces el riesgo de padecer esta patología obstétrica.

Vásquez V. (9) Refiere en su tesis titulada “Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en el centro de salud de tambo de mora” presenta un caso clínico y revisión bibliográfica. Material y método: Para el estudio y análisis del caso clínico se utilizó la Historia clínica de Centro de Salud De Tambo de Mora, además se aplicó una ficha de recolección de datos y se contrastó la información con base de datos por medio de Biremes, Scielo, Pubmed, Medline, biblioteca virtual Universidad Cayetano Heredia, Biblioteca virtual Universidad Mayor de San Marcos. Conclusiones y recomendaciones El Centro de salud de tambo de mora no se encuentra implementado para el manejo de emergencias obstétricas, por falta de insumo y personal. No existe coordinación entre el servicio de referencia del centro de salud Tambo de Mora y el servicio de referencia y contra referencia del Hospital San José. El personal del establecimiento no se encuentra capacitado en emergencias obstétricas. Existe demora en la atención oportuna en la emergencia obstétrica por parte de la paciente.

Acho C. y col. (10) En su artículo titulado “Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un hospital nacional de Lima”, determina la frecuencia de hemorragias de la segunda mitad del embarazo de la gestación. Diseño: Estudio descriptivo. Institución: Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú. Participantes: Gestantes con hemorragia de la segunda mitad del embarazo. Metodología: Se revisó 161 historias clínicas del Sistema

Informático Perinatal del Departamento de Ginecología y Obstetricia, de gestantes con hemorragia de la segunda mitad del embarazo, en el período de enero de 2008 a diciembre del 2009. Principales medidas de resultados: Características de las gestantes y resultados maternos perinatales. Resultados: Las 161 historias clínicas analizadas representaron 1,68% de las atenciones obstétricas en el hospital. La edad de las gestantes con hemorragia de la segunda mitad del embarazo varió entre los 14 y 43 años, con una mediana de 28 años; 62,7% (n=101) presentó desprendimiento prematuro de placenta, 34,8% (n=56) placenta previa y 2,5% (n= 4) rotura uterina; 7,5% (n=12) tenía un control prenatal adecuado, igual o mayor de 6 controles, y 92,6% (n=149) menos de 5 controles; 77,6% (n=125) de las gestantes con hemorragia de la segunda mitad del embarazo tenía entre 36 y 40 semanas y 13% (n=21) entre 32 y 35 semanas. Los días de hospitalización fueron 3 a 20 días, con una mediana de 3 días. Se identificó 16 óbitos fetales, que constituyeron 9,9% del total de madres con hemorragia de la segunda mitad del embarazo, siendo la tasa de letalidad 0,62%. Conclusiones: La hemorragia de la segunda mitad del embarazo comprometió 1,68% de la población obstétrica en el periodo estudiado y produjo morbilidad materna y perinatal.

Oscanoa A. (11) En su tesis titulada “Hemorragias de la segunda mitad de la gestación, estudio prospectivo en el Instituto Especializado Materno Perinatal, periodo setiembre 2004-agosto 2005” describe las hemorragias de la segunda mitad de la gestación son causa importante de morbilidad materna y perinatal especialmente en países de desarrollo y se presentan con frecuencia entre 2 y 6% y sus causas primarias son obstétricas, el desprendimiento prematuro de la placenta y la placenta previa. La etiología es multifactorial, pero determinadas condiciones se asocian a mayor incidencia de esta complicación como son alteraciones endometriales o miometriales los que se dan en edad madura, multiparidad, antecedentes de cesaría, legrados uterinos, miomas uterinos, y cuando hay aumento relativo de la masa placentaria como en los

gemelares, fetos de altura y tabaquismo y en casos de abrupto, también la hipertensión inducida por el embarazo, ruptura prematura de membranas y traumas. Objetivos: identificar los factores de riesgo que se asocian a las causas de hemorragia en esta etapa del embarazo y la incidencia acumulada. Metodología: se realizó un estudio observacional, analítico controlado y prospectivo. Resultado: la incidencia general de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo es 1.26, la incidencia acumulada del desprendimiento prematuro de placenta: 0.55% y de la placenta previa: 0.69%. Son factores para placenta previa, la edad gestacional menor de 36 semanas, situación transversa, la anemia severa, peso menor de 2500gr de los recién nacidos y el número de transfusiones; y para el desprendimiento prematuro de placenta, además de las anteriores, la hipertensión inducida por el embarazo y la muerte fetal intrauterina. En ambos casos el factor de riesgo protector destacable es el control prenatal.

2.2. BASES TEÓRICAS

LAS HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

Se define a la hemorragia obstétrica, como la pérdida sanguínea de origen obstétrico, con presencia de alguno de los siguientes criterios: pérdida del 25% de volemia, caída del hematocrito mayor a 10 puntos, presencia de cambios hemodinámicos o pérdida mayor de 150 ml/ml. La hemorragia postparto se refiere a la pérdida sanguínea de más de 500 ml posterior a un parto vaginal, o la pérdida de más de 1000 ml posterior a una cesárea. (12)

También se ha definido como la disminución del nivel de hematocrito de 10% (ACOG 2006). Se considera como primaria, si ocurre dentro de las primeras 24 hrs posteriores al nacimiento y su causa principal es la atonía uterina en el 80% de los casos. Se puede dividir a la hemorragia puerperal en Hemorragia postparto en precoz y tardía, la primera es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto; la Hemorragia posparto

tardía es la que acontece después de las 24 horas tras el parto y hasta 6 semanas luego del mismo. (12)

Las causas de hemorragia obstétrica de la segunda mitad del embarazo, parto y puerperio inmediato son:

- Placenta previa
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- Ruptura uterina
- Atonía uterina

Placenta Previa:

El termino placenta previa se refiere a la placenta que cubre o esta próxima al orificio cervical interno (OCI) y se encuentra implantada en el segmento inferior del útero después de la semana 22 se gestación.

Tradicionalmente la placenta previa ha sido catalogada en 4 tipos:

- Placenta previa completa: la placenta cubre completamente el OCI.
- Placenta previa parcial: la placenta cubre parcialmente el OCI.
- Placenta previa marginal: la placenta está cercana al OCI, pero no lo cubre.
- Placenta inserción baja: se extiende en el segmento uterino pero no sobre el OCI.

La placenta previa complica aproximadamente el 0,3 al 0,5% de los embarazos, con una tasa de mortalidad materna relacionada de 0,3% de los casos. La tasa de mortalidad perinatal se incrementa 3 a 4 veces frente a embarazos normales. (13)

PLACENTA ACRETA

Es la adherencia anormal de la placenta al miometrio, sin penetrar en él. Su diagnóstico es ecográfico durante la gestación. Se puede intentar un manejo conservador mediante el alumbramiento manual si existen pocas zonas de adherencia anormal, con el riesgo de hemorragia posterior y perforación. El tratamiento definitivo es la histerectomía planificando la intervención para las semanas 35 o 36. Actualmente están en investigación conductas alternativas, más conservadoras como la

embolización de las arterias uterinas como profilaxis de la hemorragia posterior, dejando la placenta in situ, para su posterior reabsorción. Otra alternativa en estudio es la administración semanal de metotrexato después del parto, con lo cual se logra el alumbramiento espontáneo semanas más tarde. La placenta previa, placenta accreta y vasa previa son importantes causas de sangrado en la segunda mitad del embarazo y en el parto. Factores de riesgo de placenta previa son antes de la cesárea, la interrupción del embarazo, la cirugía intrauterina, el tabaquismo, la gestación multifetal, aumento de la paridad y la edad materna. La modalidad diagnóstica de elección para la placenta previa es la ecografía transvaginal, y las mujeres con placenta previa completa deben ser por cesárea. Los estudios pequeños sugieren que, cuando la placenta se os cervical distancia es mayor de 2 cm, con seguridad las mujeres pueden tener un parto vaginal. La anestesia regional para la cesárea en mujeres con placenta previa es seguro. La entrega debe tener lugar en una institución con servicios adecuados de bancos de sangre. La incidencia de placenta accreta va en aumento, sobre todo debido a la subida de las tasas de parto por cesárea. Esta condición puede estar asociada con pérdida masiva de sangre en el parto. El diagnóstico prenatal de imagen, seguido de la planificación del manejo periparto por un equipo multidisciplinario, puede ayudar a reducir la morbilidad y la mortalidad. Las mujeres se sabe que tienen placenta accreta deben ser entregados por cesárea y no se debe intentar separar la placenta en el momento de la entrega. La mayoría de las mujeres con grados significativos de placenta accreta requerirá una histerectomía. Aunque el tratamiento conservador exitoso ha sido descrito, en la actualidad hay datos suficientes para recomendar este enfoque de la gestión rutinaria. Vasa previa conlleva un riesgo de desangramiento y muerte fetal cuando se rompen las membranas. La condición puede ser diagnosticada prenatalmente por ecografía. Los buenos resultados dependen de diagnóstico prenatal y el parto por cesárea antes de la ruptura de membrana. (14)

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA

El desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI) es la separación prematura, parcial o total, de una placenta normo inserta de su inserción decidua después de la semana 20 o 22 de gestación¹⁻⁴ y antes del periodo del alumbramiento. Se estima que se produce en 6,5 embarazos por cada 1.000 nacimientos. (15)

La triada clásica de síntomas es hemorragia, dolor e hipertensión uterina. La hemorragia, escasa y de color oscuro, se da en el 80% de los casos. El dolor suele ser de aparición brusca y lancinante. Las exploraciones complementarias son el registro cardiotocográfico (RCTG) y la ecografía. En el RCTG las contracciones uterinas suelen ser irregulares, con tono basal y frecuencia y amplitud aumentados; un cese de las contracciones refleja aumento del desprendimiento. El registro de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) pone de manifiesto cualquier alteración. La ecografía es muy útil para excluir una placenta previa, así como para el seguimiento de hematomas retroplacentarios en pacientes con desprendimientos asintomáticos. Los datos de laboratorio no son específicos, pero en especial debe vigilarse la coagulación, ya que puede evidenciar una coagulación intravascular diseminada.

Clasificación de formas clínicas:

- Grado 0 o asintomática. Diagnosticada al realizar el examen de la placenta en el momento del alumbramiento.
- Grado I o leve. Metrorragia escasa y desprendimiento inferior al 30% de la placenta. Discreta hipertensión. No existen manifestaciones generales. Escasa o nula repercusión fetal.
- Grado II o moderada. Desprendimiento de entre el 30 y el 50% de la placenta. No existen trastornos de la coagulación, y puede haber sufrimiento o muerte fetal.
- Grado III o grave. Desprendimiento superior al 50% de la placenta. Hemorragia importante e hipertensión manifiesta, shock, trastornos de la coagulación, complicaciones maternas graves y muerte fetal.

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

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

La causa primaria del DPPNI es desconocida. Los factores asociados son: Hipertensión arterial, desprendimiento previo con una tasa de recurrencia de DPPNI grave en uno de cada 8 embarazos, traumatismo, tabaquismo y consumo de drogas, rotura prematura de membranas, anomalías de implantación, edad avanzada, enfermedades tromboembólicas, restricción del crecimiento uterino, rotura prolongada de las membranas, corioamnionitis y embarazo múltiple (es dos veces más común). (15)

RUPTURA UTERINA:

La rotura uterina completa se define como la solución de continuidad de la pared uterina en el útero grávido. Supone un desgarro hemorrágico de la pared uterina con bordes anfractuosos y dirección variable. Afecta, a diferencia de la rotura incompleta, al peritoneo visceral, al miometrio y a las membranas ovulares. Al comunicar la cavidad uterina con la cavidad abdominal, el feto puede alojarse en esta última. Se acompaña de graves complicaciones fetales (hipoxia severa) y maternas, tales como hemorragias importantes, o lesiones en diferentes órganos abdominales vecinos (vesicales, uretrales, cervicales, vaginales, etc.). (16)

Se considera un accidente preferentemente intraparto y dada la gran morbilidad materna y fetal que conlleva, supone un evento centinela y una de las complicaciones obstétricas más graves. El principal factor de riesgo es el útero cicatricial. Dado que la cicatriz uterina más frecuente es la cesárea anterior, y que la gran mayoría de las roturas se agrupan entorno al intento de parto vaginal con cesárea anterior, resulta fundamental analizar este subgrupo de gestantes. Debido al continuo aumento del número de gestantes con cesárea anterior observado en los

paritorios y a las eventuales complicaciones descritas derivadas de la rotura uterina, nos planteamos conocer en nuestro centro la incidencia, distribución, clínica y cardiotocografía, así como la adecuación a los estándares de calidad en cuanto al porcentaje del parto vaginal tras cesárea. (16)

ATONIA UTERINA

La Atonía Uterina es el término en obstetricia que se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto. Cuando la madre expulsa al bebé y a la placenta, se desencadena un mecanismo de suma importancia: se trata de una potente contracción uterina cuya función es el cierre de los vasos sanguíneos del útero. Gracias a esta contracción, el sangrado es mínimo en la madre. Cuando este mecanismo no se produce, se origina la Atonía Uterina o inercia y el resultado es una importante hemorragia con presencia de hematoma en labios superiores y un intenso dolor con acumulación de coágulos internos. Algunos de los factores que predisponen a una pérdida del tono uterino, incluyendo en:

- Sobredistensión uterina por embarazo múltiple,
- Polihidramnios o macrosomía fetal.
- Cansancio o fatiga del musculo uterino
- Labor de parto prolongado o distocia Multiparidad
- Parto no precipitado, especialmente si dura menos de 3 horas
- Tratamiento de la preeclampsia con sulfato de magnesio
- Corioamnionitis
- Uso de anestésicos halogenados Miomas.

Cuadro Clínico:

Sangrado significativo por vía vaginal (sangre roja rutilante con o sin coágulos). En el postparto o postcesareas. Disminución de la consistencia del útero en la palpación Datos de estado de choque hipovolémico (taquisfitmia, taquicardia, diaforesis hipotensión mareo, vértigo, pérdida de conocimiento. Anemia diagnosticada por clínica y estudios de laboratorio.

Lesión hipofisiaria que produzca síndrome de Sheehan. Tipos de atonía uterina:

La atonía uterina suele ocurrir después del parto, pero, dependiendo del momento exacto en el que suceda, se pueden diferenciar dos tipos:

- Atonía precoz: si tiene lugar cuando la mujer está aún en el paritorio.
- Atonía tardía: si se produce en el posparto más inmediato, antes de que el útero consiga su involución a las condiciones normales.

La atonía precoz es más frecuente que la atonía tardía. Suele surgir en el mismo paritorio, generalmente, debido a que la mujer no produce suficiente oxitocina de manera natural. La oxitocina es la hormona que favorece la contracción en el parto y también en el posparto; en este último momento, su finalidad es permitir que el útero se contraiga para evitar que se produzcan hemorragias.

Tratamiento de la Atonía Uterina:

Con respecto al abordaje de este problema, la oxitócina y el credé (masaje uterino) son las opciones principales. En cuanto la mujer empieza a sangrar, los profesionales del parto pueden apreciar fácilmente la Atonía Uterina. El protocolo establece como más inmediato el credé o masaje uterino, que consiste en sobar el útero para favorecer la contracción. El masaje también puede ser combinado, lo que se conoce como maniobra bimanual, que consiste en masajear a la vez con una mano desde dentro del útero y otra por fuera. Si no fuera suficiente, se administra oxitocina exógena. En general, con estas dos herramientas se suele conseguir frenar el sangrado, pero si no fuera así, se recurriría a la intervención quirúrgica. Y, en los casos muy graves, se realizaría una histerectomía. Los casos muy graves, se realizaría una histerectomía. (17).

2.3. DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

Hemorragia Obstétrica:

Hemorragias de origen útero-placentario o vaginal, con pérdidas sanguíneas estimadas en más de 1000 ml, asociadas con descompensación hemodinámica: hipotensión arterial o shock. (22)

Gestante:

El embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación. Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. (1)

Placenta previa:

Se refiere a la placenta que cubre o esta próxima al orificio cervical interno (OCI) y se encuentra implantada en el segmento inferior del útero después de la semana 22 de gestación. (13)

Desprendimiento prematuro de placenta:

Es la separación prematura, parcial o total, de una placenta normo inserta de su inserción decidual después de la semana 20 o 22 de gestación¹⁻⁴ y antes del periodo del alumbramiento. (15)

Ruptura uterina:

Se define como la solución de continuidad de la pared uterina en el útero grávido. Supone un desgarró hemorrágico de la pared uterina con bordes anfractuosos y dirección variable. (16)

Atonía Uterina:

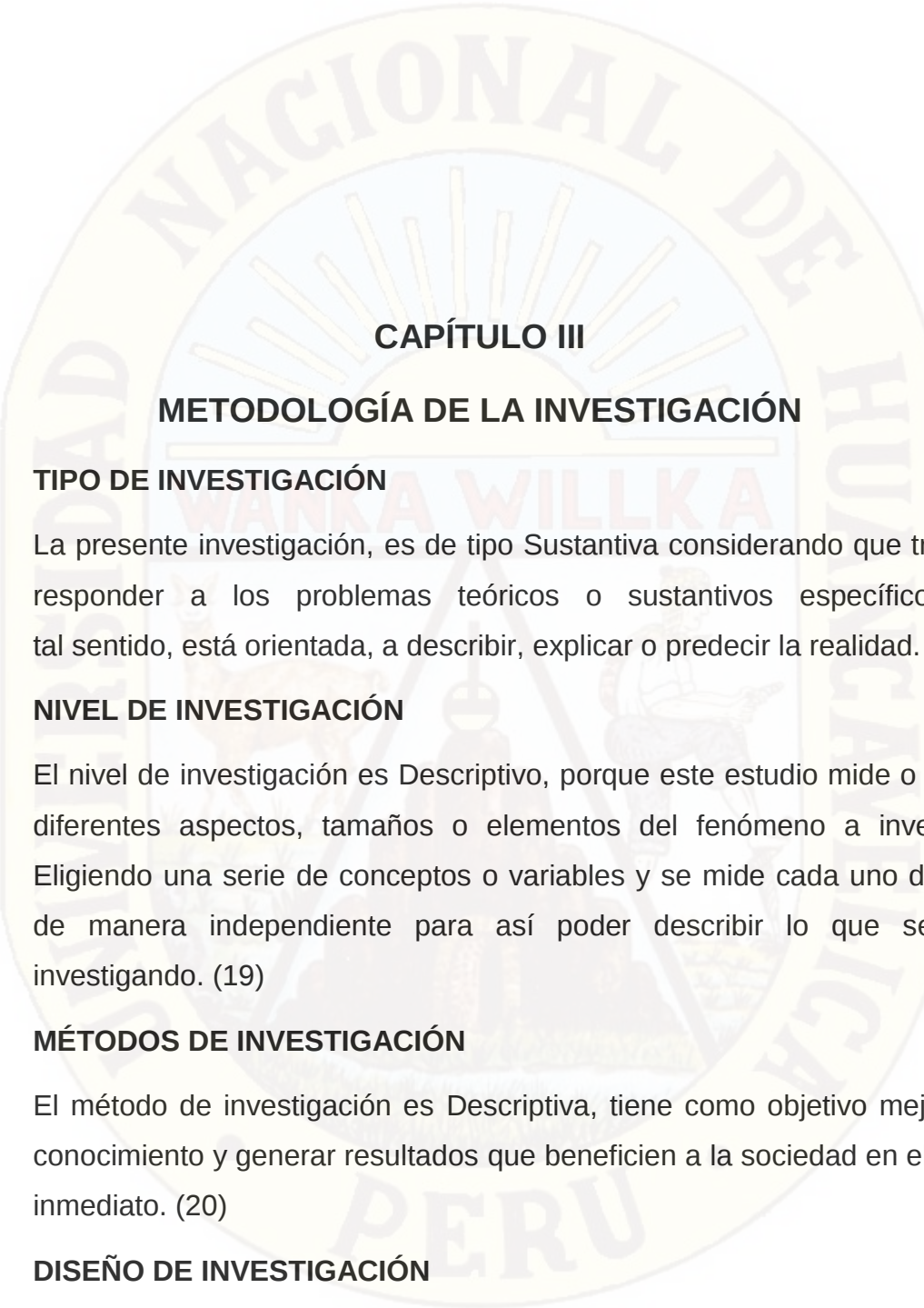
Se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto. (17)

2.4. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Univariable: Hemorragias de la Segunda Mitad del Embarazo.

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADORES	CATEGORIA
Hemorragias de la Segunda Mitad del Embarazo	La pérdida sanguínea de origen obstétrico. con presencia de alguno de los siguientes criterios: pérdida del 25% de volemia, caída del hematocrito mayor a 10 puntos, presencia de cambios hemodinámicos o perdida mayor de 150 ml/ml.	Hemorragia por Placenta previa	Placenta Previa Total Placenta Previa Parcial Placenta Previa Marginal	Nominal
		Hemorragia por Desprendimiento prematuro de placenta	DPP con hemorragia oculta DPP con hemorragia externa	Nominal
		Hemorragia por Ruptura uterina	Ruptura Uterina completa Ruptura Uterina incompleta	Nominal



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación, es de tipo Sustantiva considerando que trata de responder a los problemas teóricos o sustantivos específicos, en tal sentido, está orientada, a describir, explicar o predecir la realidad. (18)

3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de investigación es Descriptivo, porque este estudio mide o evalúa diferentes aspectos, tamaños o elementos del fenómeno a investigar. Eligiendo una serie de conceptos o variables y se mide cada uno de ellos de manera independiente para así poder describir lo que se está investigando. (19)

3.3. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

El método de investigación es Descriptiva, tiene como objetivo mejorar el conocimiento y generar resultados que beneficien a la sociedad en el futuro inmediato. (20)

3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es de Diseños No Experimentales: Diseños de tipo Descriptivo (20)

M-----O

M: Gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo

O: Hemorragias Obstétricas.

3.5. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

POBLACION

La población está conformada por todas las 175 gestantes que acudieron al Centro de Salud San Jerónimo.

MUESTRA

La muestra estará conformada por las 75 gestantes que hicieron hemorragias en la segunda mitad del embarazo. Siendo esta una muestra censal.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TECNICAS

La observación.

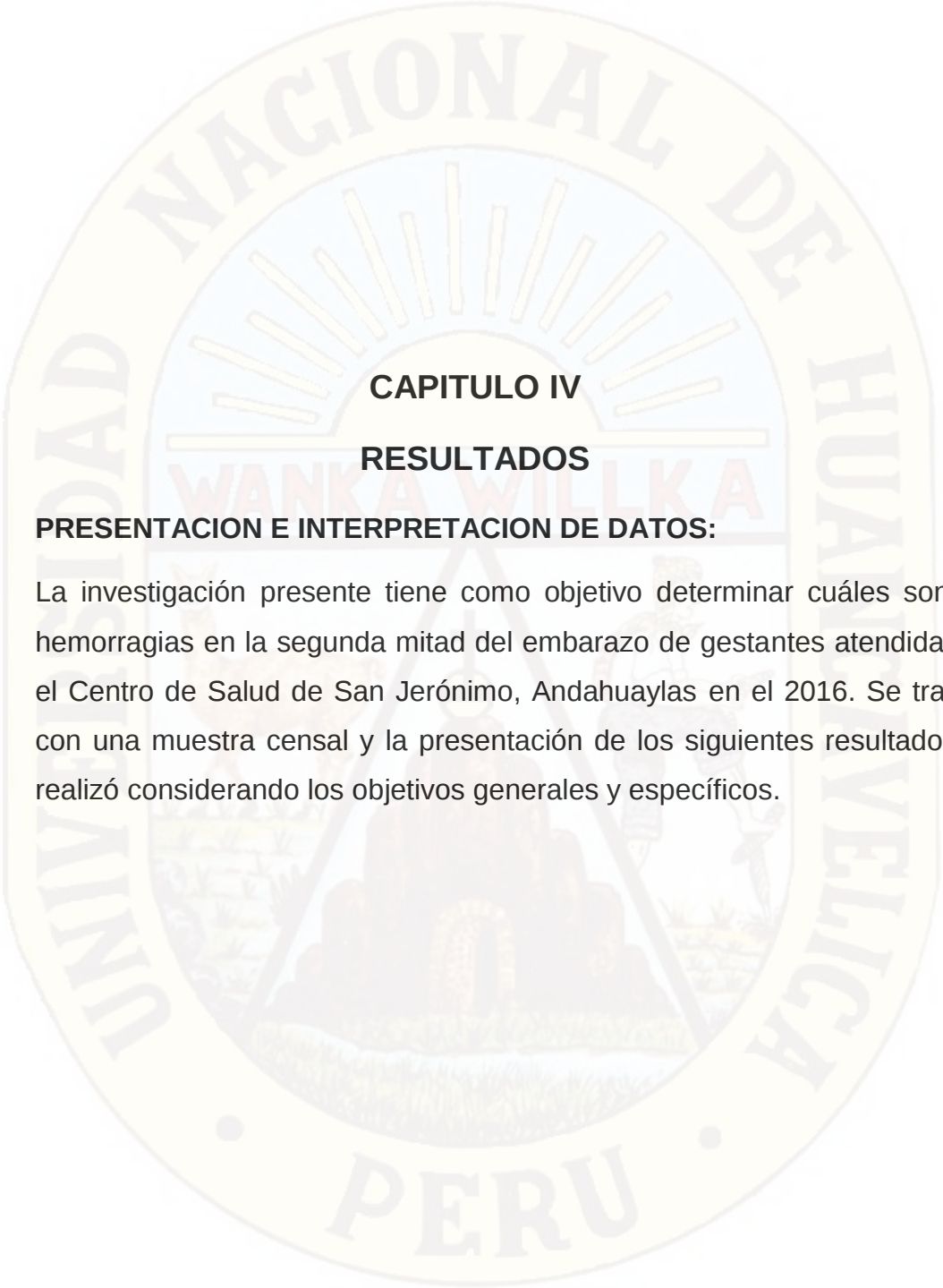
INSTRUMENTO:

La ficha de recolección de datos.

3.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez recolectada la información se procedió a ordenar y tabular de manera automatizada por cuadros y gráficos cada uno de las dimensiones de la variable del estudio, con el fin de dar respuesta a los objetivos de la investigación, teniendo en cuenta la operacionalización de variables planteadas.

El procesamiento de datos se llevara a cabo con el programa Excel. Por ser una investigación descriptiva se usara tablas de frecuencia para presentar los resultados.

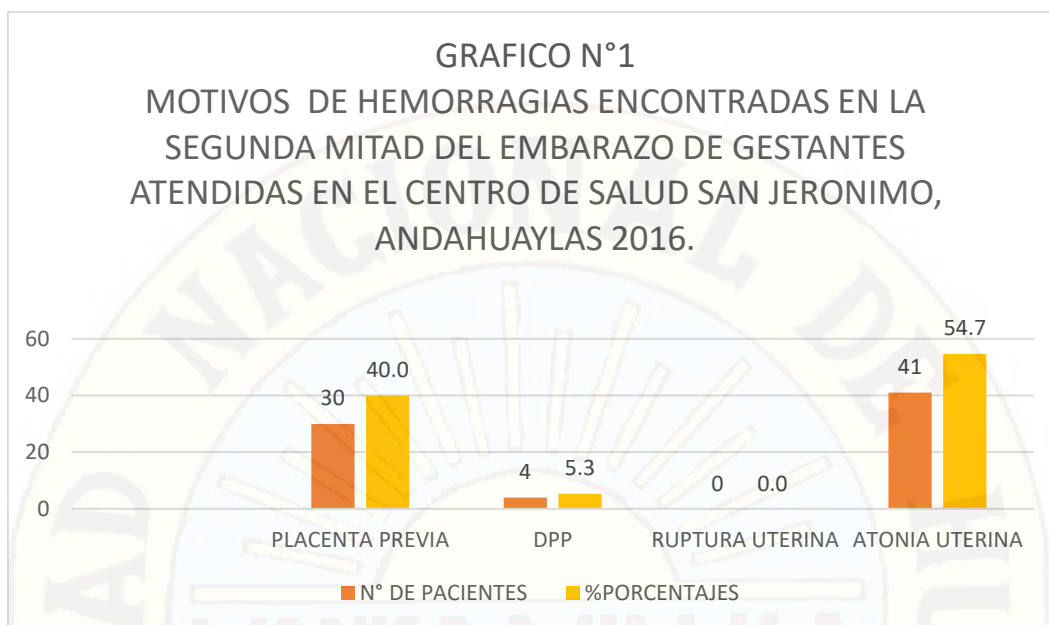


CAPITULO IV

RESULTADOS

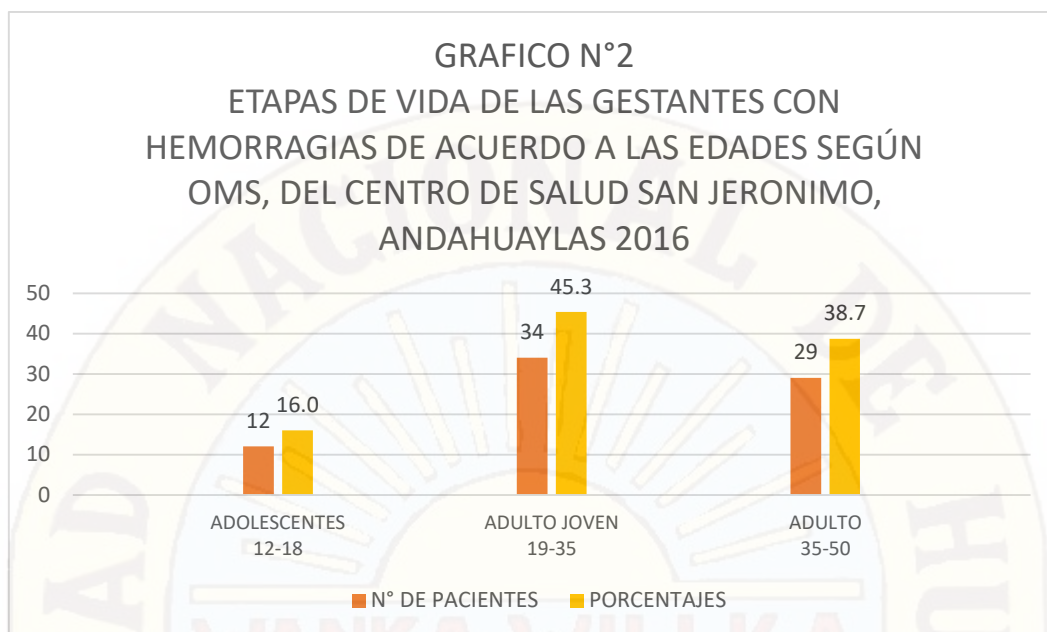
5.1. PRESENTACION E INTERPRETACION DE DATOS:

La investigación presente tiene como objetivo determinar cuáles son las hemorragias en la segunda mitad del embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud de San Jerónimo, Andahuaylas en el 2016. Se trabajó con una muestra censal y la presentación de los siguientes resultados se realizó considerando los objetivos generales y específicos.



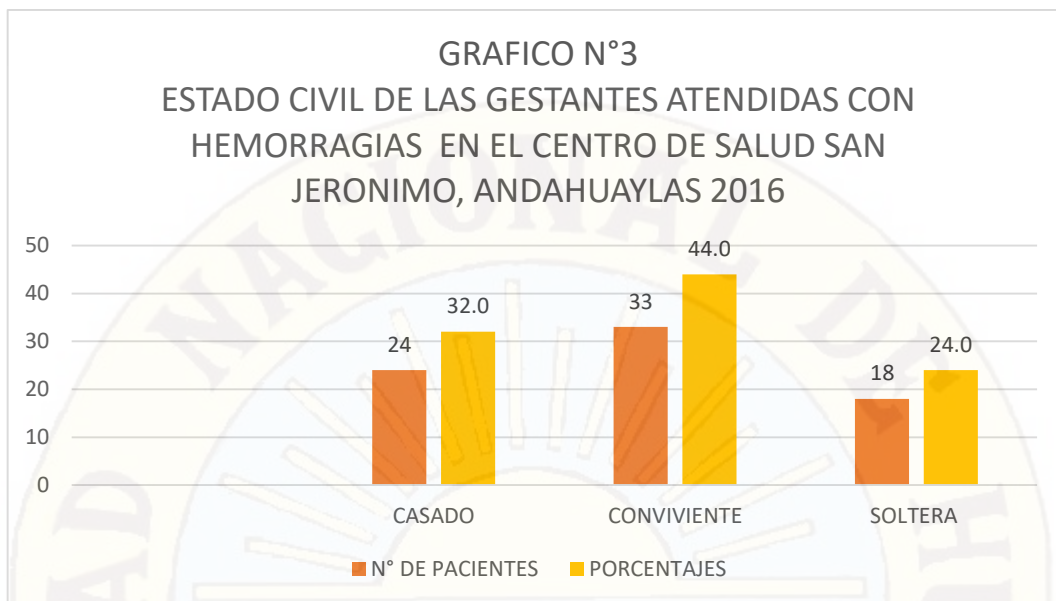
Fuente: Ficha de Recolección de datos

Se observa en el gráfico, el tipo de hemorragias encontradas en la segunda mitad del embarazo en la el centro de salud san jerónimo, fueron por 54.7% Atonía Uterina, 40% por placenta previa, 5.3% por Desprendimiento Prematuro de Placenta.



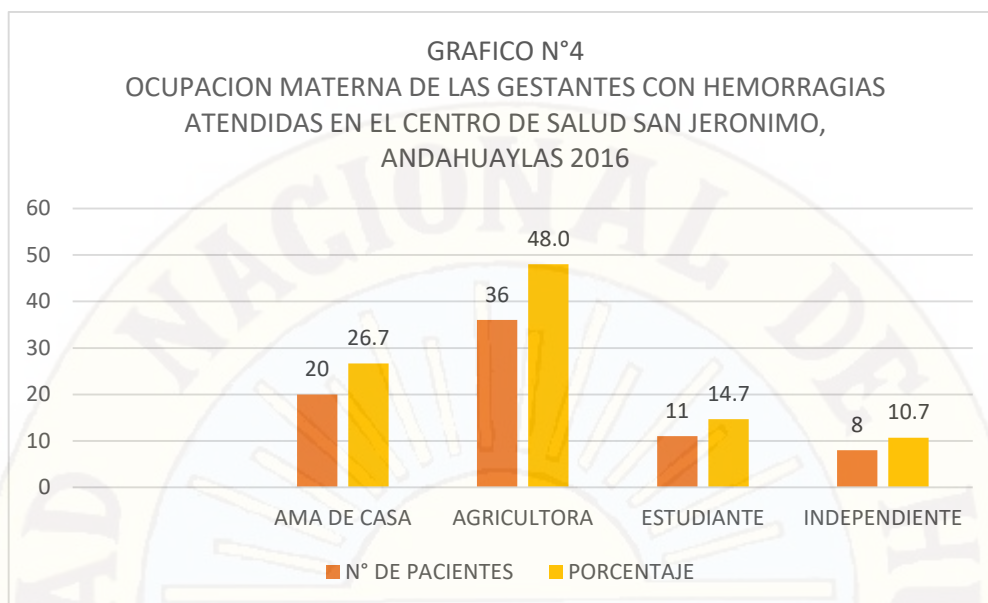
Fuente: Ficha de Recolección de datos

Se observa en el gráfico, en cuanto a etapas de vida de las gestantes, de acuerdo a las edades según la OMS, la etapa adulto joven entre las edades de 19-35 años se encontró un 45.3%, la etapa adulto entre la edades 35-50 un 38.7%, la etapa adolescente entre las edades 12-18 años un 16% en el Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas 2016



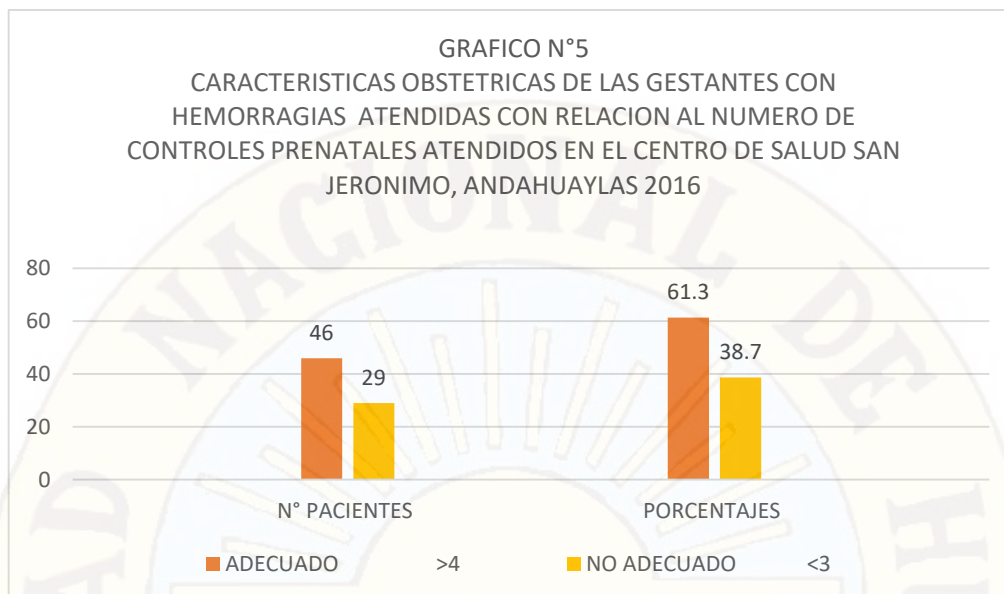
Fuente: Ficha de Recolección de datos

Se observa en el cuadro, en cuanto al estado civil de las gestantes atendidas, se encontró que el 44% son convivientes, el 32% son casados, 24% son solteros, en el Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas 2016.



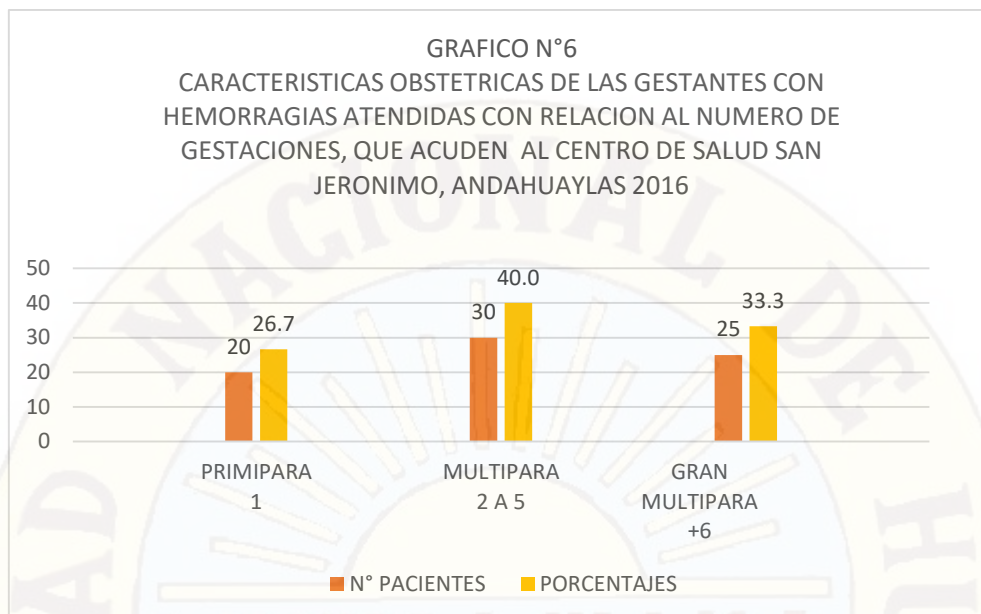
Fuente: Ficha de Recolección de datos

Se observa en el gráfico, en cuanto a la ocupación materna de las gestantes atendidas, se encontró que el 48% tienen ocupación de agricultora, el 26.7% tiene ocupación de ama de casa, el 14.7% tienen ocupación de estudiante, y el 10.7% son independientes en el Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas 2016.



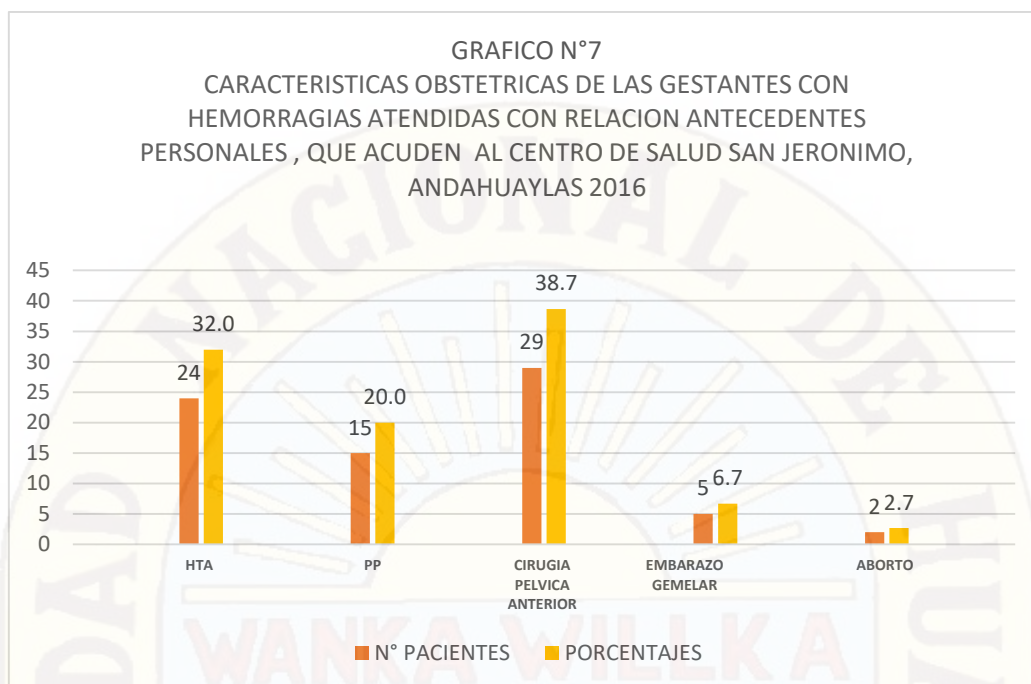
Fuente: Ficha de Recolección de datos

En el cuadro se observa, en cuanto características obstétricas de las gestantes atendidas con relación al número de controles prenatales atendidos, se encontró que el 61.3% tiene un control prenatal adecuado con más de 4 atenciones y el 29% un control prenatal no adecuado con menos de 3 atenciones en el Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas 2016.



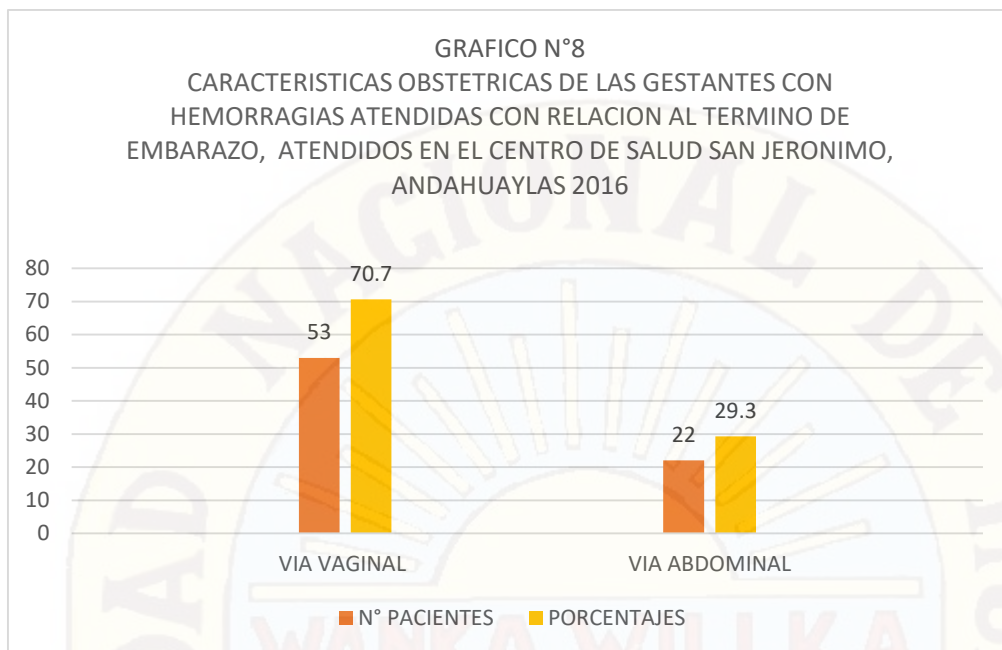
Fuente: Ficha de Recolección de datos

En el cuadro se observa, en cuanto a características obstétricas de las gestantes atendidas con relación al número de gestaciones, se encontró que el 40% de las gestantes son multíparas, 26.7% de las gestantes son primíparas y el 33.3% de las gestantes gran multíparas, que acudieron al Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas 2016.



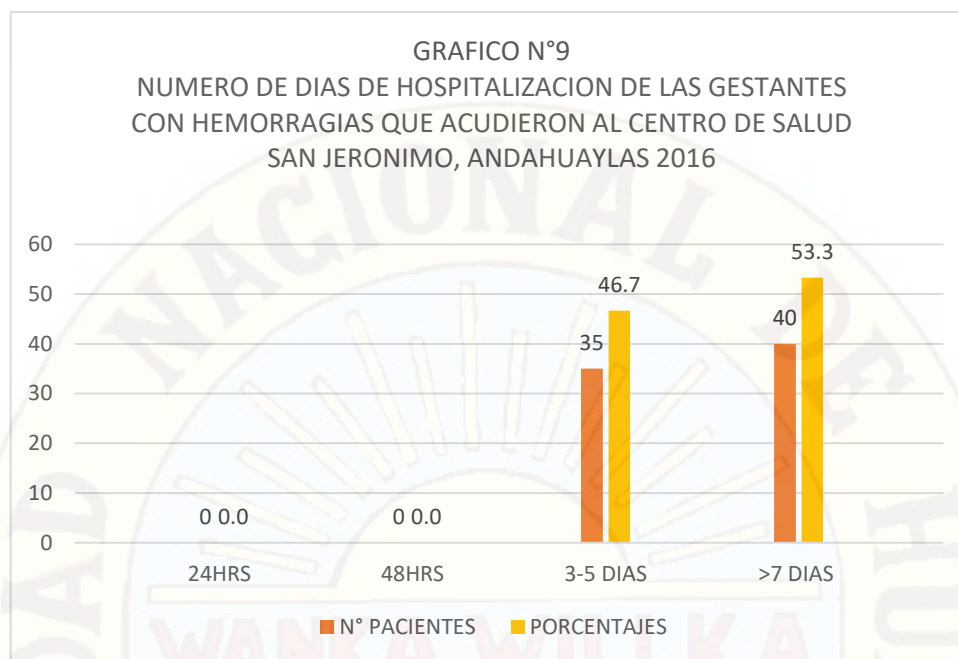
Fuente: Ficha de Recolección de datos

En el cuadro se observa, en cuanto a características obstétricas de las gestantes atendidas con relación a los antecedentes personales, que el 38.7% de las gestantes tienen como antecedente cirugía pélvica anterior, 32% de las gestantes tienen antecedente de enfermedad hipertensiva, el 20% de las gestantes tienen antecedente de placenta previa, que acudieron al Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas 2016.



Fuente: Ficha de Recolección de datos

En el cuadro se observa, en cuanto a características obstétricas de las gestantes atendidas con relación al término de embarazo, el 70.7% fue por vía vaginal y el 29.3% por vía abdominal, que se atendieron en el Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas 2016.



Fuente: Ficha de Recolección de datos

En el grafico se observa, en cuanto a los días de hospitalización de las gestantes, el 46.7% estuvieron hospitalizadas entre 3-5 días, el 53.3% estuvo hospitalizada >7 días. En el Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas 2016.

5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

Las hemorragias de la segunda mitad del embarazo siguen siendo un problema de salud pública en nuestro país, siendo una de las primeras causas de muerte en nuestras gestantes.

Por lo cual, se realiza esta investigación en el Centro de Salud San Jerónimo llegando a los siguientes resultados:

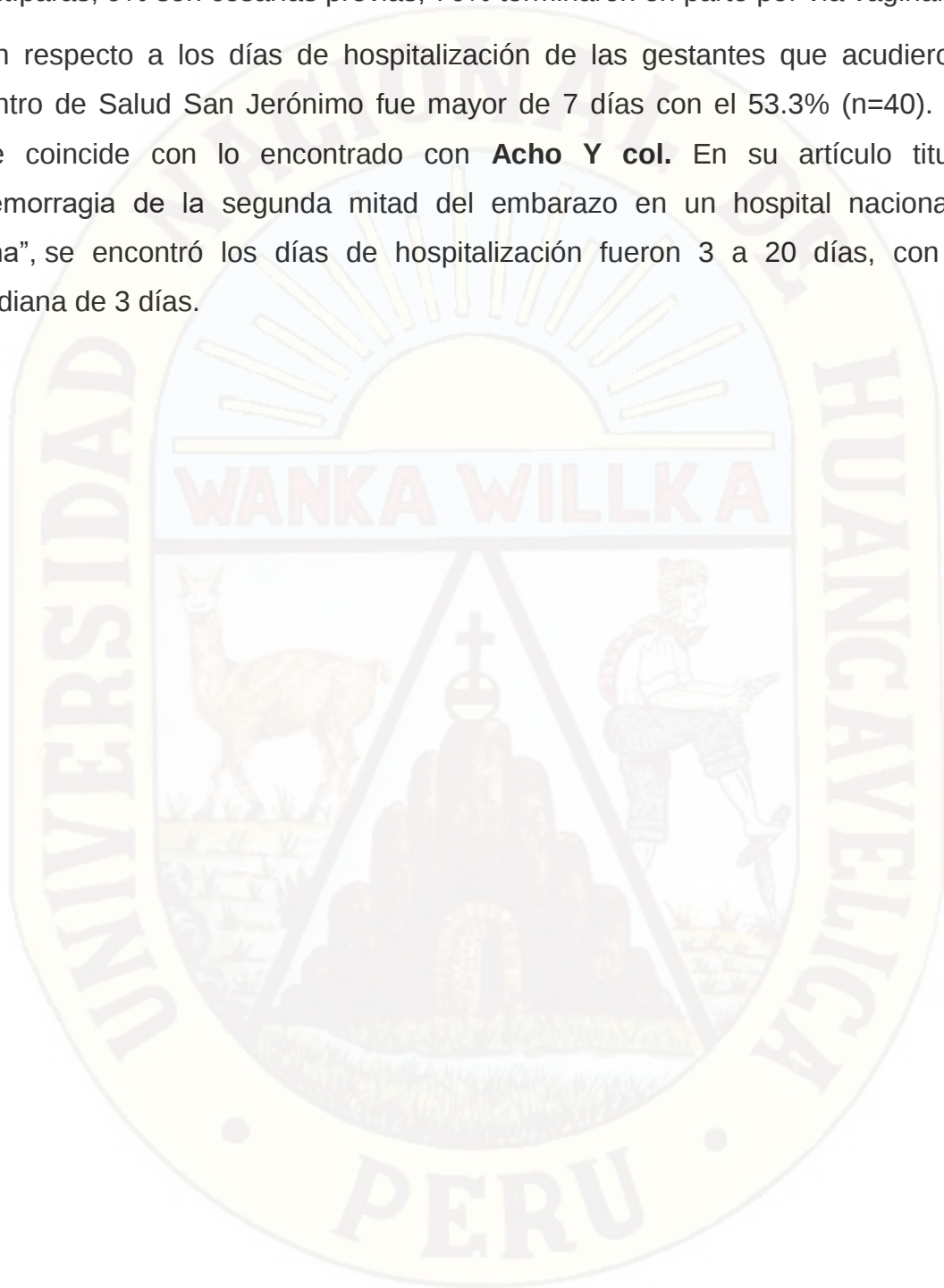
De nuestra población total, 175 historias clínicas evaluadas, se encontró que 75 de ellas contaron con el diagnóstico de hemorragias en la segunda mitad del embarazo obteniendo el 40% (n=30) placenta Previas, 5.3% (n=4) desprendimiento prematuro de placenta estos datos son diferentes con lo reportado por Acho **C. Y col.** En su artículo titulado “Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un hospital nacional de Lima”, quienes reportaron que el 62,7% (n=101) presentó desprendimiento prematuro de placenta, 34,8% (n=56) placenta previa y 2,5% (n= 4) rotura uterina; 7,5% (n=12).

Las características sociodemográficas de las gestantes que acudieron al Centro de Salud San Jerónimo fueron: edad materna predominante fue entre las edades 19-35 años que fue el 45.3% (n=34). Estado civil se encontró 44% (n=33) fueron convivientes y ocupación materna el 48% (n=36) son agricultoras. Estos datos coinciden con lo encontrado por **Acho C. Y col.** En su artículo titulado “Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un hospital nacional de Lima”, se encontró la edad de las gestantes con hemorragia de la segunda mitad del embarazo varió entre los 14 y 43 años, estado civil se encontró el 77% fueron entre casadas y convivientes.

Las características obstétricas de las gestantes que acudieron al Centro de Salud San Jerónimo fueron: con respecto al número de controles prenatales el 61.3% (n=46) fue adecuado >4 atenciones. Numero de gestaciones previas el 40% (n=30) son multíparas. En antecedentes personales el 38.7% (n=29) fue cirugía pélvica anterior. Tipo de parto el 70.7% (n=53) fue por vía vaginal. Estos datos coinciden con lo encontrado con **Mendoza M.** en su tesis titulada “Morbilidad y mortalidad en hemorragia obstétrica en el hospital de ginecología y obstetricia, Instituto Materno Infantil del Estado de México, IMIEM, en el periodo comprendido

del 01 de julio 2011 al 01 de agosto 2012”. Donde se encontró el 16% son multíparas, 9% son cesáreas previas, 76% terminaron en parto por vía vaginal.

Con respecto a los días de hospitalización de las gestantes que acudieron al Centro de Salud San Jerónimo fue mayor de 7 días con el 53.3% (n=40). Dato que coincide con lo encontrado con **Acho Y col.** En su artículo titulado “Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un hospital nacional de Lima”, se encontró los días de hospitalización fueron 3 a 20 días, con una mediana de 3 días.



Conclusiones

1. De nuestra población total, 175 historias clínicas evaluadas, se encontró que 75 de ellas contaron con el diagnóstico de hemorragias en la segunda mitad del embarazo obteniendo 40% placenta Previas, 5.3% DPP.
2. Las características sociodemográficas de las gestantes que acudieron al Centro de Salud San Jerónimo fueron: edad materna predominante fue entre las edades 19-35 años que fue el 45.3%. Estado civil se encontró 44% fueron convivientes y ocupación materna el 48% son agricultoras.
3. Las características obstétricas de las gestantes que acudieron al Centro de Salud San Jerónimo fueron: con respecto al 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.
4. Los días de hospitalización de las gestantes que acudieron al Centro de Salud San Jerónimo fue mayor de 7 días con el 53.3%.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a los profesionales obstetras del CS San Jerónimo, identificar oportunamente los factores de riesgo y posibles causas de las hemorragias obstétricas mediante la anamnesis, examen clínico, el diagnóstico temprano y su manejo.
2. Se recomienda a la jefa de obstetricia continuar aplicando con las estrategias basadas en evidencias como el uso del programa para el control de la duración del trabajo de parto, alumbramiento dirigido y maniobras salvadoras de vida.
3. Se recomienda a las egresadas de las especialidades y estudiantes de la Universidad de Huancavelica promover la realización de investigaciones sobre la hemorragia postparto considerando dentro de la vigilancia de morbilidad extrema grave en función a la morbimortalidad materna en nuestro país.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Iniciativa de la OPS/OMS busca reducir las muertes maternas por hemorragias en países de las Américas. Washington, 2015. [01 de agosto del 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10592%3A2015-pahowho-initiative-seeks-to-reduce-maternal-deaths-from-hemorrhage&Itemid=1926&lang=es
2. Organización Panamericana de la Salud. Cero muertes maternas por hemorragia: proyecto interdepartamental OPS (CLAP/SMR-HSS-CHA-LEG-KBR). Disponible en: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=235:cero-muertes-maternas-por-hemorragia-proyecto-interdepartamental-ops&Itemid=354&lang=es
3. Ministerio de Salud. Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal 2017. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos_apelacion/anexo2/anexo2-SALUD%20MATERNO%20NEONATAL.pdf
4. Mendoza J. María. Informe de tesis, “Morbilidad y mortalidad en hemorragia obstétrica en el hospital de ginecología y obstetricia, Instituto Materno Infantil del Estado de México, IMIEM, en el periodo comprendido del 01 de julio 2011 al 01 de agosto 2012”. México 2013. [31 de julio 2017]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14025/396985.pdf?sequence=1>
5. Calle Siguenza, Juan José, Espinoza Barrera, Diana Estefania. Informe de tesis, “Prevalencia, causas y factores de riesgo asociados a la hemorragia postparto (HPP) en las pacientes del Departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo enero-diciembre2014”. Ecuador 2015. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/23071>
6. Chica Mendoza. Informe de tesis, “Frecuencia de la Hemorragia postparto y post cesárea en pacientes del hospital “Dr. Rafael Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta durante el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013”. Ecuador 2013. Disponible

en:<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1839/1/TESIS%20FRECUENCIA%20DE%20HEMORRAGIA%20POSTPARTO%20KATTY%20CHICA.pdf>

7. Ruiz-Rosas R, Cruz-Cruz P, Torres-Arreola. Artículo académico, “Hemorragia obstétrica, causa de muerte materna. IMSS, 2011” describe las características materno fetales en las muertes maternas en el IMSS durante 2011”. México 2011. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2012/im126m.pdf>

8. Díaz Aranda, Lapa Álvarez I. Informe de tesis, “Antecedentes Obstétricos y hemorragia postparto en puérperas inmediatas atendidas en el hospital departamental de Huancavelica en el periodo 2009-2013”. Huancavelica 2014. Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/642/TP%20-%20UNH%20OBST.%200029.pdf?sequence=1>

9. Vasquez Gutierrez V. Informe de tesis, “Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en el centro de salud de tambo de mora”. Ica 2015. Disponible en: <http://doczz.es/doc/4230695/hem-de-la-segunda-mitad-del-embarazo>

10. Acho-mego Cecilio, Pichilingue Jorge; Díaz Herrera Antonio, Paredes-Salas José. Artículo académico, “Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un hospital nacional de Lima”. Lima 2011. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol57_n4/pdf/a06.pdf

11. Oscanoa León Aníbal Moisés. Informe de tesis, “Hemorragias de la segunda mitad de la gestación, estudio prospectivo en el Instituto Especializado Materno Perinatal, periodo setiembre 2004-agosto 2005”. Lima 2005. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/2930>

12. GUIA DE PRACTICA CLINICA. Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato.

13. Fescina R, De Mucio B, Ortiz EI, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Montevideo: CLAP/SMR; 2012. (CLAP/SMR.

Publicación Científica; 1594). 40 p. Disponible en: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=279-guias-para-la-atencion-de-las-principales-emergencias-obstetricas-1&Itemid=219&lang=es

14. Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa Obstet Gynecol. 2006. Apr; 107(4):927-41.

15. Arnedillo Sánchez María, Barroso Casamitjana Almudena, Ruiz Ferrón María. Actuación en un desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta. Estudio de un caso. Matronas Prof. 2008; 9 (2): 24-26 p. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/rs/183/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/f0b/rqlang/es-ES/filename/vol9n2pag24-26.pdf>

16. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO). Protocolo Asistenciales en Obstetricia. Rotura uterina (actualizada 2013) [consultado 27 Ago. 2014]. Disponible en: <http://www.prosego.com/wp-content/uploads/2013/06/57-Rotura-uterina1.pdf>.

17. Mousa HA, Alfirevic Z. Tratamiento para la hemorragia posparto Primaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, n.º 2. Oxford: Update Software Ltd., 2008. Disponible en: <http://www.update-software.com>

18. Sánchez Carlessi H. y Reyes Meza C. Metodología y diseños en investigación científica. Edit. Visión Universitaria 2006. Lima – Perú. pp.222.

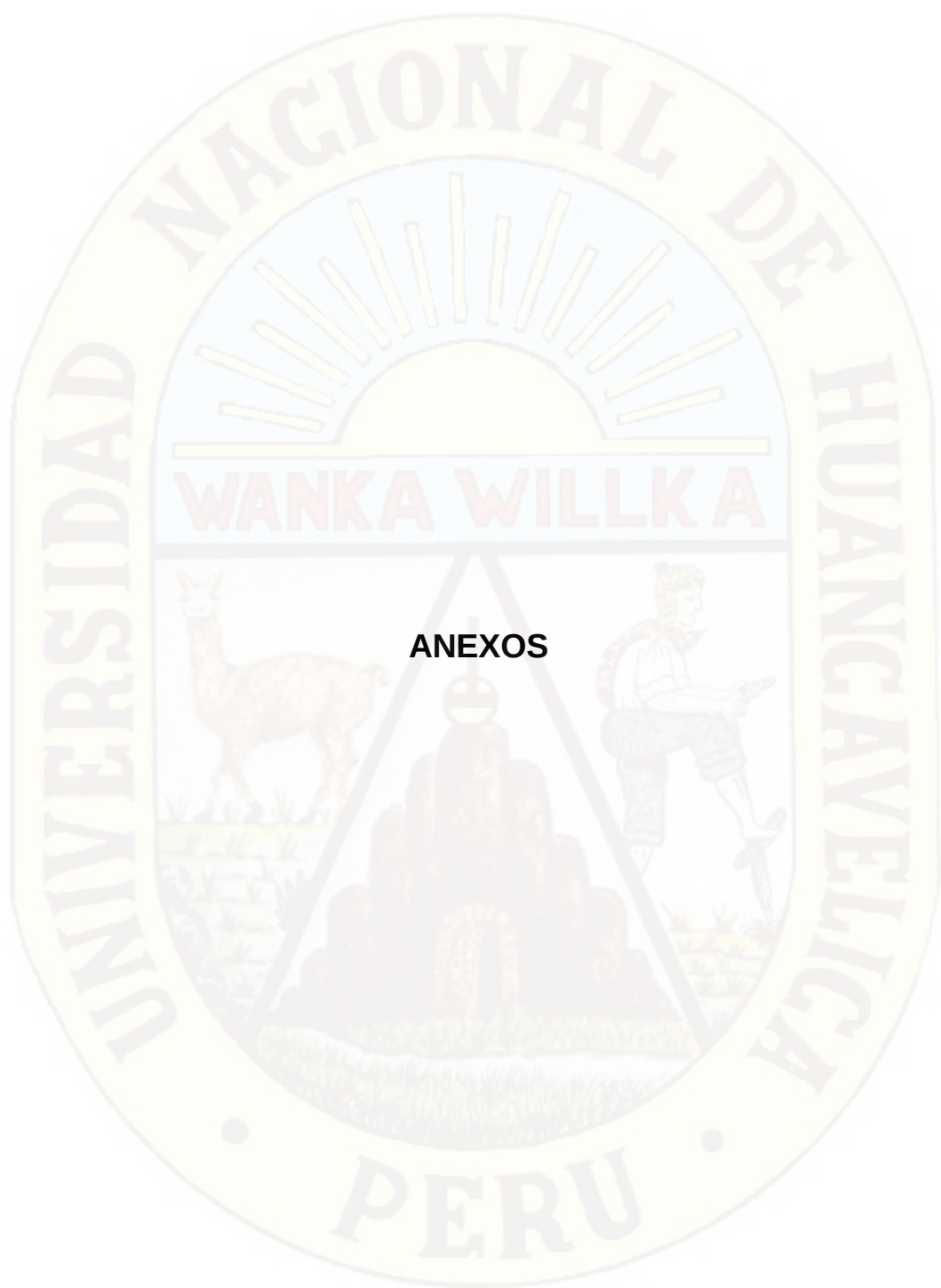
19. Hernández Sampieri R, Fernández Collado F, Baptista Lucio P, Metodología de la Investigación. 5ta Edición Mac Graw Hill. Pp 60.

20. Tam Málaga J, Vera G, Oliveros Ramos R, Tipos, Métodos y Estrategias de Investigación Científica. 2008. Disponible en: http://www.imarpe.pe/imarpe/archivos/articulos/imarpe/oceanografia/adj_modelapa-5-145-tam-2008-investig.pdf

21. Guevara Rios Enrique. Revista Peruana Ginecológica Obstetrica 2010. Hemorragias del Embarazo. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a03v56n1.pdf

22. Malvino E. y McLoughlin D. Lecciones de Medicina Crítica 2001. Hemorragias Obstétricas Graves en el Periodo Periparto. Disponible en: http://campus.usal.es/~sexologia/attachments/091_HemorragiasObstetricas%20C.L.%20Sosa.pdf





ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN JERONIMO, ANDAHUAYLAS 2016

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	POBLACION Y MUESTRA	DISEÑO METODOLOGICO
¿Cuáles son las hemorragias en la segunda mitad del embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud de San Jerónimo, Andahuaylas en el 2016?	OBJETIVO GENERAL Determinar cuáles son las hemorragias en la segunda mitad del embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud de San Jerónimo, Andahuaylas en el 2016. OBJETIVO ESPECIFICO -Identificar las características sociodemográficas de las gestantes con hemorragia de la segunda mitad de los embarazos atendidos en el Centro de Salud de San Jerónimo, Andahuaylas en el 2016. -Identificar las características obstétricas de las gestantes con hemorragia de la segunda mitad del embarazo atendidos en el Centro de Salud de San Jerónimo, Andahuaylas en el 2016. -Determinar los días de hospitalización que demandaron a las gestantes con hemorragia atendidas en el Centro de Salud de San Jerónimo, Andahuaylas en el 2016.	POBLACION La población está conformada por todas las 175 gestantes que acudieron al Centro de Salud San Jerónimo. MUESTRA La muestra estará conformada por todas las gestantes que hicieron hemorragias en la segunda mitad del embarazo. Siendo esta una muestra censal.	TIPO DE INVESTIGACIÓN La presente investigación, es de tipo Sustantiva considerando que trata de responder a los problemas teóricos o sustantivos específicos, en tal sentido, está orientada, a describir, explicar o predecir la realidad. NIVEL DE INVESTIGACIÓN El nivel de investigación es Descriptivo, porque este estudio mide o evalúa diferentes aspectos, tamaños o elementos del fenómeno a investigar. Eligiendo una serie de conceptos o variables y se mide cada uno de ellos de manera independiente para así poder describir lo que se está investigando. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN El método de investigación es Descriptiva, tiene como objetivo mejorar el conocimiento y generar resultados que beneficien a la sociedad en el futuro inmediato. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Esta investigación es de Diseños No Experimentales: Diseños de tipo Descriptivo M-----O

FICHA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

SEDE: Centro de Salud San Jerónimo

INSTRUCCIONES: El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas perinatales de cada paciente, el llenado debe ser correctamente tal como se encuentra en ella, no se permite borrar, cambiar o modificar datos.

HC:

Características Sociodemográficos:

1. Edad: _____ 2. Religión: _____

2. Estado civil: _____

2. Ocupación: Ama de casa () Estudiante ()
Trabajo de oficina () otros: _____

Antecedentes Obstétricos:

3. Control prenatal: Adecuado ≥ 4 () Inadecuado ≤ 3 ()

4. Paridad: Primípara () Multípara () Gran multípara ()

5. Enfermedades previas: Enfermedad hipertensiva () Placenta previa () cirugía pélvica anteriores ()
Otros: _____

6. Tipo de parto:

Parto vía vaginal () Parto vía abdominal ()

7. Macrosomia: Si () No ()

8. Lesiones del canal del parto: Si () No ()

9. Tiempo de duración del trabajo del parto: _____

10. Diagnostico: _____

11. Fecha de Hospitalización: _____

12. Fecha de Alta: _____

FOTOS



