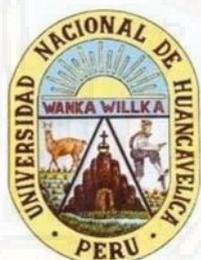


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(CREADA POR LEY N°25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

**CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON
HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II HUAMANGA
CARLOS TUPPIA GARCÍA GODOS 2018**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

**PRESENTADO POR:
NANIE FERNÁNDEZ MEDINA**

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

HUANCAVELICA – PERÚ

2020

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 03 días del mes de marzo a las 09:00 horas del año 2020 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del

(la) Egresado(a): Fernandez Medina Nanie

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana Guerra Olivares

Secretario : Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman

Vocal : Dra. Rossibel Juana Muñoz De La Torre

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

Características de las gestantas con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppa García Godos 2018.

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 015-2020 concluyendo a las 10:00 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de:

Aprobado por unanimidad.

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 03 de marzo 2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA

[Firma]
Mg. TULA S. GUERRA OLIVARES
PRESIDENTE PRINCIPAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[Firma]
Dra. YENNY MENDOZA VILCAHUAMAN
SECRETARIO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

VOCAL

[Firma]
Dr. Rossibel Juana Muñoz De La Torre
DOCENTE

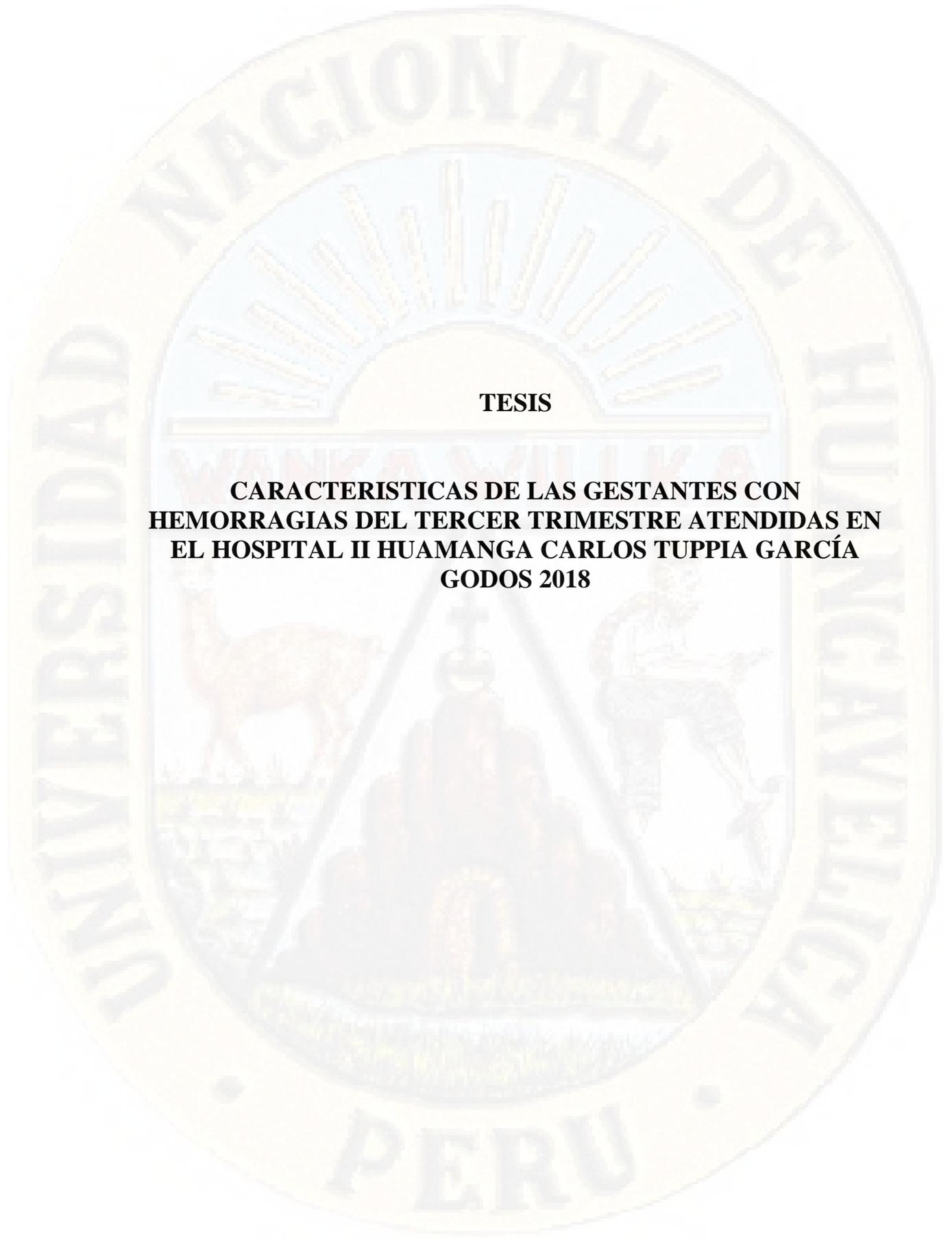


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[Firma]
Mg. TULA S. GUERRA OLIVARES
DECANA

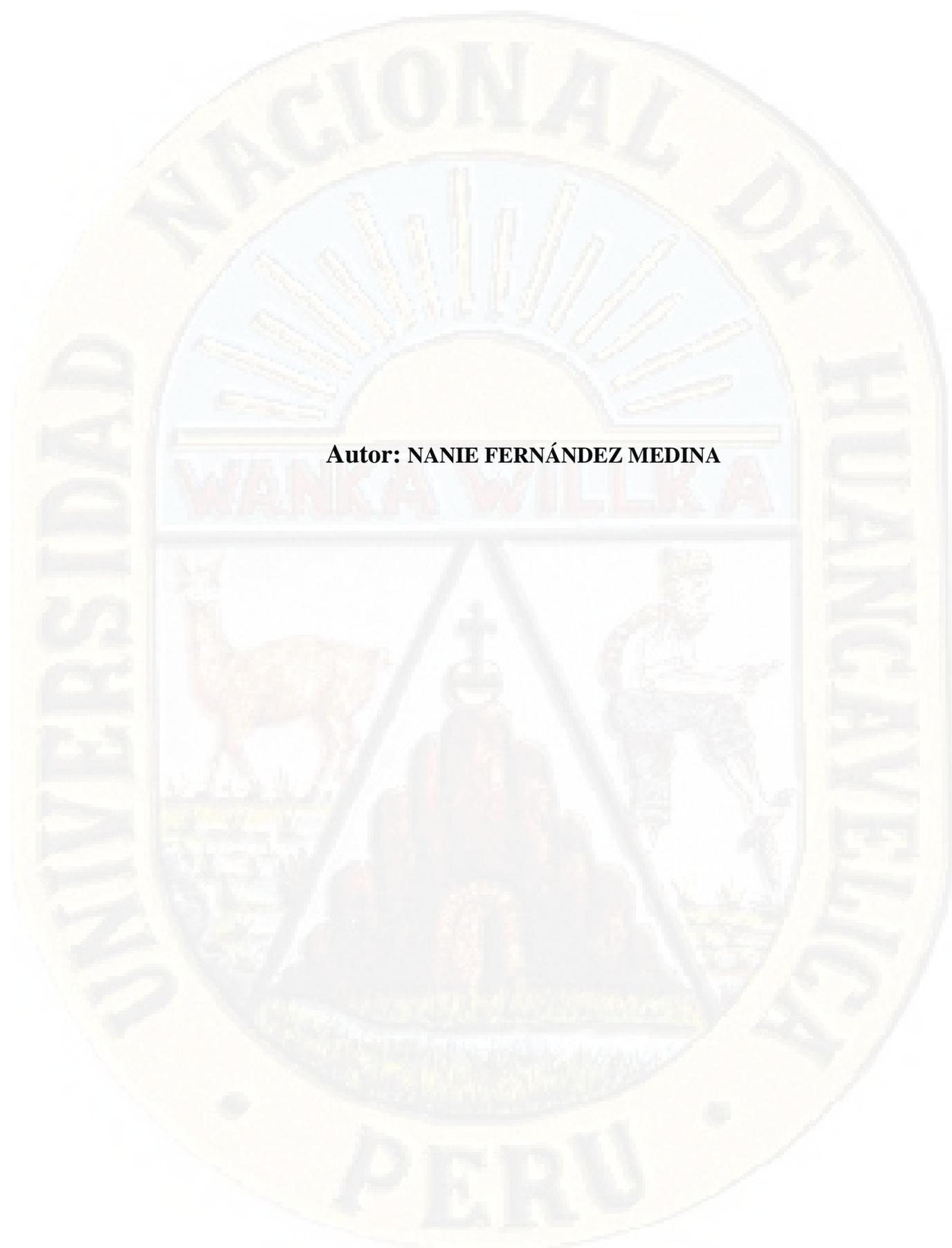


[Firma]
Kelly Y. Riveros Laurente
SECRETARIA DOC.
C.O.P. N° 38759

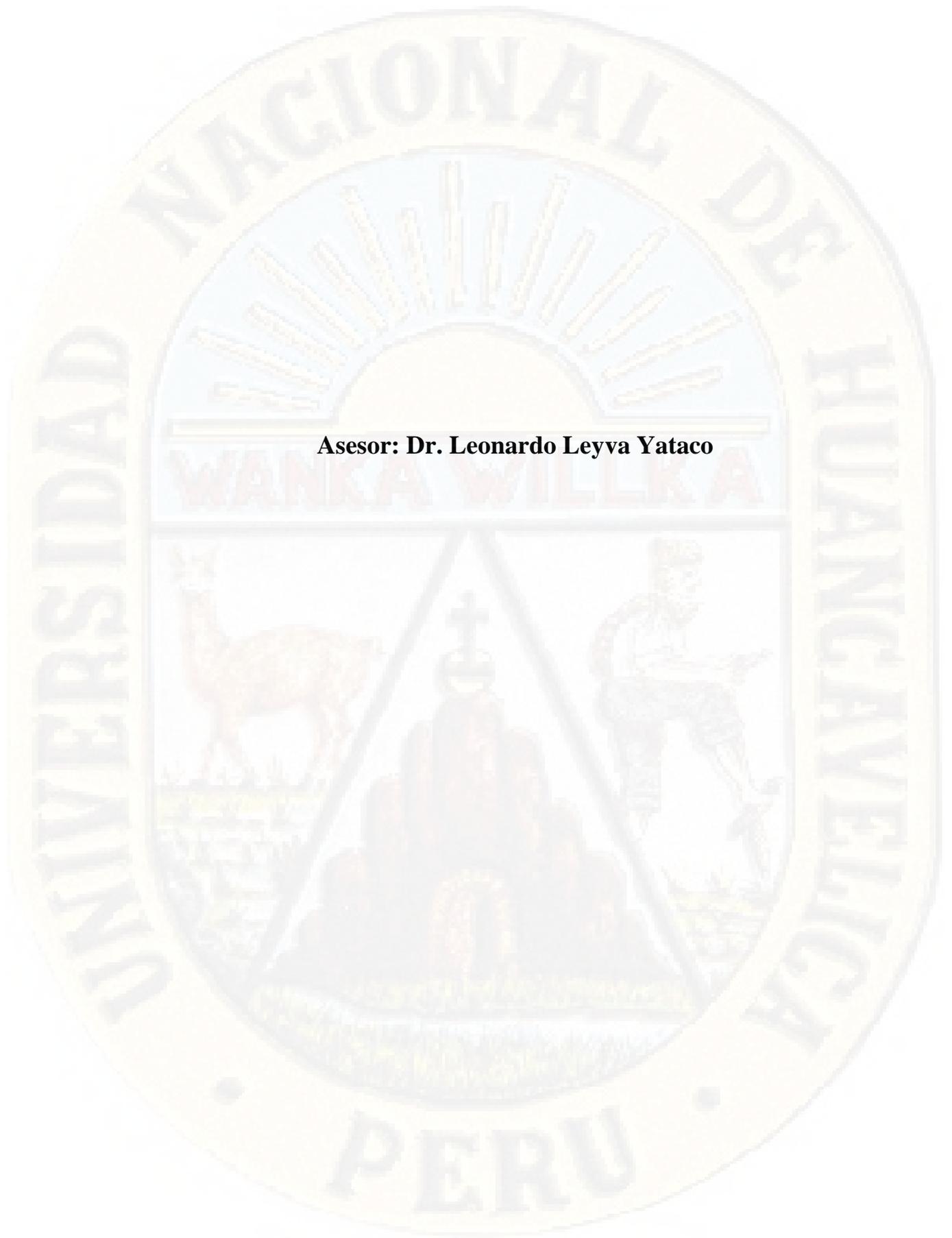


TESIS

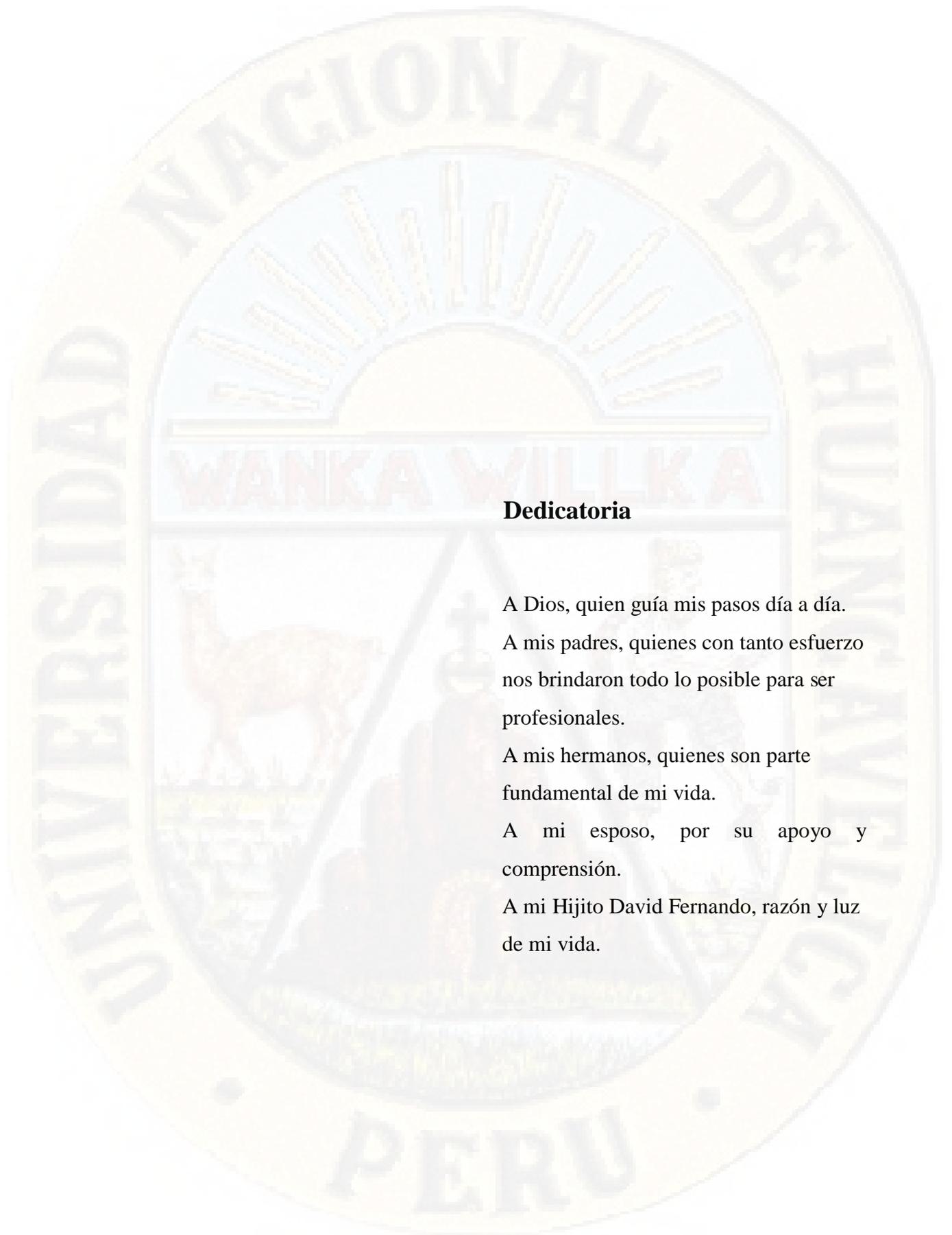
**CARACTERISTICAS DE LAS GESTANTES CON
HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL II HUAMANGA CARLOS TUPPIA GARCÍA
GODOS 2018**



Autor: NANIE FERNÁNDEZ MEDINA



Asesor: Dr. Leonardo Leyva Yataco



Dedicatoria

A Dios, quien guía mis pasos día a día.

A mis padres, quienes con tanto esfuerzo nos brindaron todo lo posible para ser profesionales.

A mis hermanos, quienes son parte fundamental de mi vida.

A mi esposo, por su apoyo y comprensión.

A mi Hijo David Fernando, razón y luz de mi vida.

Agradecimiento

A la universidad Nacional de Huancavelica, por brindarnos la oportunidad de estudiar la Especialidad.

A los Docentes de la Universidad, quienes nos brindaron su sapiencia durante el tiempo de estudios.

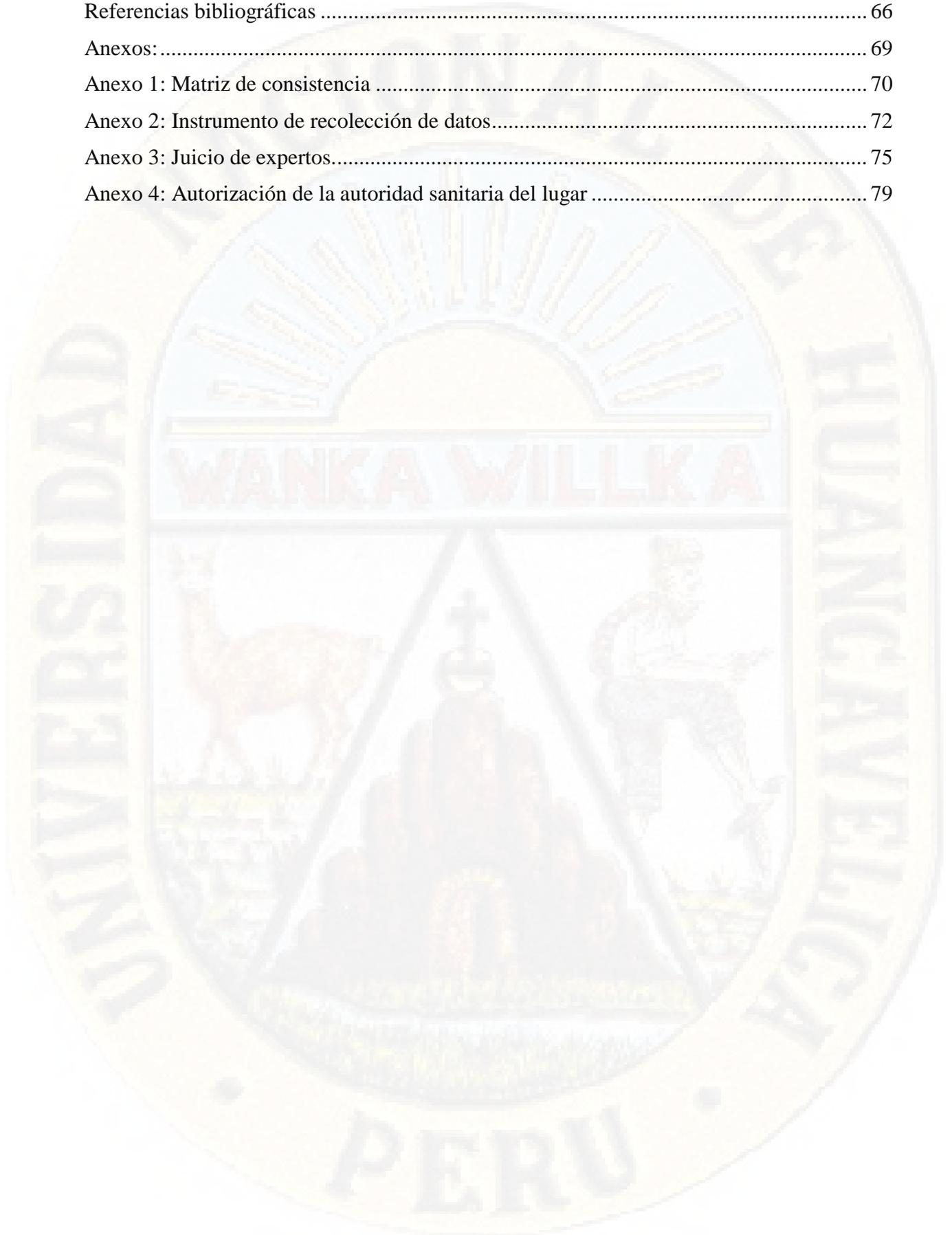
Un especial reconocimiento a mi asesor Dr. Leonardo Leyva Yataco, quien con mucha paciencia me apoyó durante la ejecución del presente trabajo.

A mi familia por su apoyo incondicional.

Índice

Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento	vii
Índice	viii
Índice de tablas	x
Resumen	xi
Abstract.....	xii
Introducción.....	xiii
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Fundamentación del problema.....	15
1.2. Formulación del problema.....	17
1.3. Objetivos de la investigación.....	17
1.4. Justificación	18
1.5. Limitaciones	18
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	19
2.2. Bases teóricas	23
2.3. Definición de términos	43
2.4. Variables de estudio.....	44
2.5. Operacionalización de variable.....	45
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Ámbito temporal y espacial	46
3.2. Tipo de investigación.....	46
3.3. Nivel de investigación	47
3.4. Métodos de investigación	47
3.5. Diseño de investigación.....	47
3.6. Población, muestra y muestreo.....	48
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	49
3.8. Procedimiento de recolección de datos	49
3.9. Técnicas y procesamiento de análisis de datos.....	50
CAPÍTULO IV	
PRESENTACION DE RESULTADOS	
4.1. Presentación e interpretación de datos.....	51
4.2. Discusión de resultados	60
Conclusiones.....	64
Recomendaciones	65

Referencias bibliográficas	66
Anexos:.....	69
Anexo 1: Matriz de consistencia	70
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos.....	72
Anexo 3: Juicio de expertos.....	75
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar	79



Índice de tablas

Tabla 1.	Lugar de procedencia de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos 2018.	51
Tabla 2.	Tipo de ocupación de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos 2018.	52
Tabla 3.	Nivel educativo de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos 2018.	53
Tabla 4.	Estado civil de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos 2018.	54
Tabla 5.	Edad gestacional en la primera atención prenatal, número de atenciones prenatales y edad de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos 2018.	55
Tabla 6.	Antecedentes de aborto en las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos 2018.	56
Tabla 7.	Paridad antes del embarazo actual en las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos 2018.	57
Tabla 8.	Valor de la hemoglobina, peso y talla pregestacional en las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos 2018.	58
Tabla 9.	Índice de masa corporal pre gestacional en las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos 2018.	59

Resumen

Objetivo. Determinar las características sociales y biomédicas de las gestantes con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos en el año 2018. **Método.** La investigación fue observacional, retrospectiva, transversal de nivel descriptivo. El método fue inductivo, diseño descriptivo simple. La población fueron todas las gestantes con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos, en el año 2018; según registros estadísticos del hospital fueron 24 gestantes. La muestra fue censal. La técnica fue el análisis documental, el instrumento fue la ficha de recolección de datos. **Resultados.** Del total de gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos. El 95.8% (23) tuvieron como lugar de procedencia la zona urbana, el 66.7% (16) fueron profesoras, el 8.3% (2) fueron obstetras, el 8.3% (2) fueron técnicas en enfermería, el 4.2% (1) fueron amas de casa, el 4.2% (1) fueron contadoras, el 4.2% (1) fueron enfermeras y el 4.2% (1) fueron trabajadoras sociales. El 45.8% (11) fueron convivientes, el 33.3% (8) fueron casadas y el 20.8% (5) fueron solteras. El 95.8% (23) tuvieron nivel de instrucción superior completa y el 4.2% (1) tuvieron nivel de instrucción secundaria completa. La edad gestacional promedio en la primera atención prenatal fue de 11.17 semanas, el 75% en su primera atención prenatal tuvieron una edad gestacional menor o igual a 13.75 semanas. El número de atenciones prenatales al presentarse la hemorragia en promedio fue de 5.46 atenciones, el 50% tuvieron más de 6 atenciones prenatales al presentarse la hemorragia del tercer trimestre. La edad promedio de la gestante con hemorragia del tercer trimestre fue de 30.83 años, el 50% tuvieron una edad mayor a 31.5 años, el 75% de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre tuvieron más de 26 años. El 50% (12) tuvieron antecedentes de aborto. El 42% (10) fueron nulíparas, el 21% (5) fueron primíparas y el 38% (9) fueron múltiparas. El valor promedio de hemoglobina fue de 10.9 g/dl, el 50% de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre tuvieron un valor de hemoglobina mayor a 11.2 g/dl. El peso pregestacional promedio fue de 59.208 kilogramos, la talla promedio de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre fue de 1.55 metros. El 71% (17) de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre tuvieron un índice de masa corporal pregestacional normal, el 21% (5) de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre tuvieron sobrepeso según el índice de masa corporal pregestacional y el 8% (2) de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre tuvieron obesidad según el índice de masa corporal pregestacional. **Conclusiones.** Las características sociales que predominaron fueron; procedencia urbana, profesionales, convivientes, nivel de instrucción superior completa, primera atención prenatal antes de las 14 semanas, más de 6 atenciones prenatales. Las características biomédicas que predominaron fueron que la mayoría tuvieron más de 26 años, antecedentes de aborto, nulíparas o múltiparas, índice de masa corporal pregestacional normal.

Palabras clave: Características de las gestantes, Hemorragia en el embarazo, Tercer trimestre, Características sociales, Características biomédicas.

Abstract

Objective. Determine the social and biomedical characteristics of pregnant women diagnosed with bleeding in the third trimester treated at the Huamanga Carlos Tupppia García Godos II Hospital in 2018. **Method.** The research was observational, retrospective, and transversal of descriptive level. The method was inductive, simple descriptive design. The population was all pregnant women diagnosed with bleeding in the third trimester treated at the Huamanga Carlos Tupppia García Godos II Hospital, in 2018; according to statistical records of the hospital were 24 pregnant women. The sample was census. The technique was the documentary analysis, the instrument was the data collection sheet. **Results:** Of the total of pregnant women with hemorrhage of the third trimester treated in the Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos. 95.8% (23) came from the urban area, 66.7% (16) were teachers, 8.3% (2) were obstetricians, 8.3% (2) were nursing technicians, 4.2% (1) they were housewives, 4.2% (1) were accountants, 4.2% (1) were nurses and 4.2% (1) were social workers. 45.8% (11) were living together, 33.3% (8) were married and 20.8% (5) were single. 95.8% (23) had a complete higher education level and 4.2% (1) had a complete secondary education level. The average gestational age in the first prenatal care was 11.17 weeks, 75% in their first prenatal care had a gestational age less than or equal to 13.75 weeks. The number of prenatal care at the time of hemorrhage on average was 5.46 attentions, 50% had more than 6 prenatal care when the third quarter hemorrhage occurred. The average age of pregnant women with bleeding in the third trimester was 30.83 years, 50% were older than 31.5 years, 75% of pregnant women with bleeding in the third trimester were over 26 years old. 50% (12) had a history of abortion. 42% (10) were nulliparous, 21% (5) were primiparous and 38% (9) were multiparous. The average hemoglobin value was 10.9 g / dl, 50% of pregnant women with third trimester hemorrhages had a hemoglobin value greater than 11.2 g / dl. The average pregestational weight was 59,208 kilograms, the average height of pregnant women with third trimester hemorrhage was 1.55 meters. 71% (17) of pregnant women with third trimester hemorrhage had a normal pregestational body mass index, 21% (5) of pregnant women with third trimester hemorrhage were overweight according to the pregestational body mass index and 8% (2) of pregnant women with third trimester hemorrhage were obese according to the pregestational body mass index. **Conclusions:** The social characteristics that predominated were; urban origin, professionals, cohabitants, level of complete higher education, first prenatal care before 14 weeks, more than 6 prenatal care. The predominant biomedical characteristics were that the majority were over 26 years of age, history of abortion, nulliparous or multiparous, normal pregestational body mass index.

Keywords: Characteristics of pregnant women, Hemorrhage in pregnancy, Third trimester, Social characteristics, Biomedical characteristics.

Introducción

La hemorragia obstétrica continúa siendo una causa potencial de morbilidad materna y fetal; en todo el mundo, tanto en los países desarrollados como en los que disponen de recursos limitados (1). Su aparición en cualquier momento del embarazo es motivo de preocupación y alarma.

La hemorragia ante parto que se da en el segundo y tercer trimestre; es un problema que complica el 3-5% de los embarazos. Aunque en la mayoría de los casos es manejable clínicamente, es una causa de mortalidad neonatal y materna (2), en particular cuando la causa es una placentación anormal como la placenta previa o el desprendimiento prematuro de la placenta. En alrededor del 50% de los casos, el origen es indeterminado, pero existen en algunos casos características previas.

Las hemorragias del tercer trimestre aparecen en el 4% de todas las gestaciones (5). Pueden deberse a cierto desprendimiento de una placenta insertada en la proximidad del orificio cervical interno, es decir, una placenta previa, o por desprendimiento de una placenta insertada en cualquier otra parte de la cavidad uterina, es decir, un desprendimiento prematuro de placenta. En muy escasas ocasiones la hemorragia puede ser el resultado de la inserción velamentosa del cordón umbilical (vasa previa) con hemorragia de origen fetal.

Por consiguiente, las hemorragias del tercer trimestre, representan un problema de salud para la gestante, el niño por nacer, para la familia y la sociedad, incrementando gastos en la atención médica e impactando en la salud pública. Existen estudios que mencionan proporciones e incidencias hospitalarias de las hemorragias del tercer trimestre en diferentes países y regiones; pero existe escasa información sobre las características de las pacientes con este problema de salud. En la región Ayacucho, no hay estudios que caractericen a las gestantes con hemorragias del tercer trimestre; es importante conocer las características de estas pacientes desde un punto de vista de salud pública relacionada con la clínica.

Es por ello muy importante conocer las características de las pacientes con este problema de salud; ya que el conocer las características permitirán un manejo más adecuado y enfocarnos con más pertinencia en la atención o procedimiento; inclusive en la parte preventiva y promoción de la salud.

El informe de investigación se describe en cuatro capítulos; el Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II detalla el marco teórico, el Capítulo III describe la metodología de la investigación; y el IV Capítulo describe el análisis e interpretación de resultados.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema

La hemorragia obstétrica continúa siendo una causa potencial de morbilidad materna y fetal; en todo el mundo, tanto en los países desarrollados como en los que disponen de recursos limitados (1). Su aparición en cualquier momento del embarazo es motivo de preocupación y alarma.

Esta patología incluye las hemorragias ante y posparto. La hemorragia ante parto que se da en el segundo y tercer trimestre; es un problema que complica el 3-5% de los embarazos. Aunque en la mayoría de los casos es manejable clínicamente, es una causa de mortalidad neonatal y materna (2), en particular cuando la causa es una placentación anormal como la placenta previa o el desprendimiento prematuro de la placenta. En alrededor del 50% de los casos, el origen es indeterminado, pero existen en algunos casos características previas.

Cada día fallecen en la región alrededor de 16 mujeres por causas relacionadas con el embarazo o el parto, la mayoría de las cuales se pueden evitar. Las hemorragias son una de sus principales causas; las hemorragias más graves, se agrupan en el tercer trimestre de la gestación y en el período posparto (3).

La hemorragia obstétrica es aún hoy día una importante causa de morbilidad materno fetal en los países desarrollados. Se trata de un problema infraestimado, que generalmente aparece de forma impredecible. La morbilidad de la hemorragia obstétrica se considera evitable en una elevada proporción si el manejo es adecuado (4).

Las hemorragias del tercer trimestre aparecen en el 4% de todas las gestaciones (5). Pueden deberse a cierto desprendimiento de una placenta insertada en la proximidad del orificio cervical interno, es decir, una placenta previa, o por desprendimiento de una placenta insertada en cualquier otra parte de la cavidad uterina, es decir, un desprendimiento prematuro de placenta. En muy escasas ocasiones la hemorragia puede ser el resultado de la inserción velamentosa del cordón umbilical (vasa previa) con hemorragia de origen fetal.

La hemorragia del tercer trimestre se presenta con mayor frecuencia en gestantes de edad avanzada, multiparidad, carencias nutricionales, enfermedades vasculares entre otros (6, 7).

Por consiguiente, las hemorragias del tercer trimestre, representan un problema de salud para la gestante, el niño por nacer, para la familia y la sociedad, incrementando gastos en la atención médica e impactando en la salud pública. Existen estudios que mencionan proporciones e incidencias hospitalarias de las hemorragias del tercer trimestre en diferentes países y regiones; pero existe escasa información sobre las características de las pacientes con este problema de salud. En la región Ayacucho, no hay estudios que caractericen a las gestantes con hemorragias del tercer trimestre; es importante conocer las características de estas pacientes desde un punto de vista de salud pública relacionada con la clínica. Las condiciones de salud materna, del entorno en que vive la madre, la calidad de la atención pre concepcional, prenatal, intraparto entre otros son aspectos muy importantes a considerar ante cualquier procedimiento médico que se le realice a la gestante. En muchas regiones del país aún se muestran condiciones de inequidad social y constituyen un problema básico de salud por su elevada frecuencia que condiciona ciertas características en la población, sobre todo en los grupos considerados de riesgo.

El componente social se destaca entre ellos, específicamente en lo relacionado con el acceso educativo, legal o familiar de la madre, así como la oportunidad y eficiencia de los servicios de salud.

Es por ello muy importante conocer las características de las pacientes con este problema de salud; ya que el conocer las características permitirán un manejo más adecuado y enfocarnos con más pertinencia en la atención o procedimiento; inclusive en la parte preventiva y promoción de la salud.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características sociales y biomédicas de las gestantes con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos en el año 2018?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociales de las gestantes con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos en el año 2018?
- ¿Cuáles son las características biomédicas de las gestantes con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos en el año 2018?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar las características sociales y biomédicas de las gestantes con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos en el año 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar las características sociales de las gestantes con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos en el año 2018.
- Determinar las características biomédicas de las gestantes con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos en el año 2018.

1.4. Justificación

Las hemorragias preparto que ocurren durante el tercer trimestre, pueden deberse a la presencia de placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y en muy pocas ocasiones la hemorragia puede ser el resultado de la inserción velamentosa del cordón umbilical (vasa previa) con hemorragia de origen fetal.

Las hemorragias del tercer trimestre complican el 3,8% de Todos los embarazos y constituyen una de las tres primeras causas de morbilidad y mortalidad materna en el ámbito mundial. Está influenciada por la definición utilizada, la evaluación del caso, el manejo clínico y las características de la población.

Es por esta razón que el estudio está relacionado a determinas las características de las gestantes con este problema de salud; por la importancia que representa para la prevención, el tratamiento adecuado, el manejo de caso y la identificación de factores o características para una atención integral continua, desde su detección por los profesionales de la salud en el primer nivel con enfoque preventivo, así como un diagnóstico y tratamiento oportuno, para disminuir la morbi-mortalidad materna y neonatal.

1.5. Limitaciones

Los resultados encontrados no pueden ser completamente representativos en todos los contextos o realidades, debido a que la investigación solo abarco una jurisdicción andina con predominancia urbana; pero los resultados son muy aplicables para conocer las características de las gestantes con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre e implementar estrategias acordes a sus realidades para mejorar la salud materna.

Es importante realizar estudios adicionales en otros contextos para tener una visión más integral de las características de las gestantes con hemorragia.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

A nivel internacional.

Pocasangre (8); en la tesis titulada “Caracterización clínico-epidemiológica de las pacientes con hemorragia del tercer trimestre del embarazo”, Realizada en el Hospital Roosevelt de Guatemala, durante el año 2012, Tuvo como objetivo: Identificar la patología más frecuente de los tipos de Hemorragia del tercer trimestre de la gestación, Determinar cuál es la característica clínica se asocia a hemorragias del tercer trimestre del embarazo, Determinar la caracterización epidemiológica de la paciente con hemorragia del tercer trimestre del embarazo, Método: Estudio Descriptivo, prospectivo, Resultados y Conclusiones: La patología asociada a hemorragia del tercer trimestre del embarazo que se presentó con mayor frecuencia fue Placenta previa en un 83,3%, seguido por abrupto placentae en el 14,3% y vasa previa en 2,4%, La característica clínica que con mayor frecuencia presentaron las pacientes sometidas a estudio fue hemorragia vaginal con un 83,3%, seguido por dolor abdominal con 28,6% y alteración de la frecuencia cardiaca fetal con un 26,2% y un menor porcentaje de hipertensión uterina, Dentro de las características epidemiológicas: La edad materna promedio que con mayor frecuencia se asoció a hemorragia del tercer trimestre del embarazo fue de 26 a 30 años con una mediana de 28 años que correspondió al 31%, el 83,3% eran multíparas, 45,2% tenían un grado de escolaridad bajo, a nivel primario, un 69% provenían del área rural y el antecedente de cesárea en embarazos previos se asoció en un 64,3%, el 28,6% se asoció a hipertensión inducida por el embarazo, El embarazo múltiple representó un 2,4%, antecedente de tabaquismo un 11,9%, y la presencia de enfermedad hipertensiva crónica en un 14,3%, por lo que su presencia no generó cambios significativos para que se presente hemorragia del tercer trimestre, Las

complicaciones fetales más frecuentes en las pacientes con hemorragia del tercer trimestre fueron bajo peso al nacer con un 64,3%, prematuridad con un 59,5% así como asfixia perinatal y muerte fetal y neonatal en un 16,7%.

Mendoza (9); En su tesis “Morbilidad y mortalidad en hemorragia obstétrica en el Hospital de ginecología y obstetricia IMIEM, del periodo comprendido del 01 de julio 2011 al 01 de agosto 2012”; México, tuvo como objetivo: Determinar la morbilidad y mortalidad de Hemorragia obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM, Método: En el 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%) preeclampsia (8%) ruptura prematura de membranas (4%) y el grupo de edad de mayor presentación fue entre 20 y 29 años (53%), Conclusiones: Los factores de riesgo asociados a hemorragia obstétrica fueron principalmente multiparidad, preeclampsia, 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.

Alemán (10); investigo sobre la Incidencia de la hemorragia obstétrica de la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato, causas y tratamiento; del periodo comprendido enero 2012 – diciembre 2012, en el hospital general de ECATEPEC “José María Rodríguez”, México, Tuvo como objetivo: determinar las causas más comunes y los tratamientos empleados en la hemorragia obstétrica, Material y métodos, El estudio fue retrospectivo, observacional y descriptivo se analizaron a las pacientes con diagnóstico potencial de hemorragia de la 2da mitad del embarazo, así como las pacientes quienes presentaron hemorragia durante el puerperio inmediato

en el Hospital General de Ecatepec de enero 2012 a diciembre 2012 y se agruparon de acuerdo a control prenatal, edad, gestaciones, factores de riesgo, sangrado y se determinaron las causas más comunes y los tratamientos empleados, Resultados, Se estudiaron 78 pacientes, encontrándose que 16 de estas no presento complicaciones a pesar de los factores de riesgo, las 62 pacientes complicadas la edad más vulnerable se ubicó en el rango de 26 – 30 años con 24 pacientes (31%), en pacientes primigestas se presentó hemorragia obstétrica en un 30% siendo que en las multigestas fue de 27%, presentaron grado II de choque hipovolémico 20 (26%), los factores de riesgo con más valor en este estudio fueron cicatrices previas y trabajo de parto prolongado, causa más común atonía uterina en cuento a tratamientos farmacológicos el uso de oxitocina fue más comúnmente utilizado 27%, la compresión uterina 27%, seguida de la revisión de cavidad y la histerectomía obstétrica con un 11% ambas, Conclusiones, La atonía como causa principal de hemorragia obstétrica, la incidencia fue de 0,87 por cien, con una razón de 887 pacientes por cada 100,000 nacidos vivos, Esta cifra es menor a lo reportado en la literatura, se plasma una ruta crítica para el manejo de pacientes que presentan hemorragia obstétrica, así como sugerencia de código mater programado.

A nivel nacional.

Guisado (11); estudio la Prevalencia de factores de riesgo en gestantes con placenta previa en el periodo enero-setiembre 2015 en el HNERM; con el objetivo de Identificar los factores de riesgo de las gestantes con diagnóstico de placenta previa, Metodología: estudio descriptivo, retrospectivo y transversal realizado en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo enero-setiembre 2015, en el Departamento de Obstetricia, siendo la población y muestra 46 casos comprobado por ecografía en el segundo y/o tercer trimestre de gestación, Resultados: el grupo etario más afectado fueron las mujeres añosas con 54,3%, el 63% fueron multíparas, el 71,7% tuvo al menos una cirugía uterina previa, El legrado uterino fue la cirugía más frecuente con 28,3%, seguido de la combinación cesárea más legrado uterino con 21,7% y en tercer lugar la cesárea con 19,6%, El tipo de placenta previa más frecuente fue el total o completo con 71,7%, Conclusión: la mayoría de pacientes estudiadas presentaban por lo menos un factor de riesgo relacionado a placenta previa, por lo que se tiene que descartar y o diagnosticar esta entidad de la manera

más oportuna y planear el manejo respectivo, disminuyendo la morbilidad materno perinatal.

Dioses et al (12); Investigaron sobre Factores asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un Hospital del norte del Perú, Su objetivo fue Identificar los factores y las complicaciones asociadas a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Material y métodos: Estudio de casos y controles retrospectivo en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, La población estuvo conformada por las pacientes gestantes cuyo parto fue atendido en dicho nosocomio en el periodo 2011-2012, Se realizó un muestreo aleatorio simple, Los casos fueron las gestantes que presentaron hemorragia de la segunda mitad del embarazo y los controles las gestantes que se encontraban inmediato inferior al caso seleccionado en el libro de registro de la sala de partos, Se recolectaron los datos en una ficha, en la que se incluyeron: datos generales de la gestante, antecedentes obstétricos, embarazo múltiple, hipertensión gestacional, etiología y complicaciones materno-perinatales de la hemorragia de segunda mitad del embarazo, Se aplicó la prueba de Chi cuadrado y t de student y calculó el OR con un intervalo de confianza del 95%, Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS 18,0, Resultados: Se identificó como factores de riesgo: la edad mayor de 35 años (OR = 2,31; IC 1,129 – 4,733), la multiparidad (OR = 4,479; IC 2,162 – 9,280) y la cirugía uterina previa (OR = 3,112; IC 1,263 – 7,670) se asoció también a complicaciones maternas y perinatales, Conclusiones: La hemorragia de la segunda mitad del embarazo se asoció a edad mayor de 35 años, multiparidad, cirugía uterina previa y complicaciones materno-perinatales.

Acho et al (13); Investigaron sobre la Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un hospital nacional de Lima; con el objetivo: Determinar 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 materno 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 morbimortalidad materna y perinatal.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Enfoque positivista, salud-enfermedad

El enfoque positivista, se basa en asumir que han detectado una realidad objetiva que existe independientemente de la observación humana (14). La mayoría de los investigadores trabaja basada en el siguiente conjunto de premisas: En cuanto más aprendemos sobre los factores, causas, condicionantes y determinantes de la salud y enfermedad, mejor identificamos métodos apropiados de intervenciones médicas e ideamos mejores indicadores, más colaboramos con la construcción del conocimiento necesario para seleccionar e implementar las intervenciones correctas, supervisar y evaluar su efectividad y reducir así las complicaciones obstétricas como la hemorragias del tercer trimestre (14).

En las áreas de la salud, el positivismo se caracteriza por su enfoque morbicéntrico, el cual considera que la enfermedad está determinada principalmente por diversos factores, los cuales se deben intervenir para procurar la salud de las personas afectadas. En el proceso salud-enfermedad influyen además otros factores, los económicos, sociales, ambientales,

mentales, dando origen a la teoría de los diferentes determinantes del proceso salud-enfermedad; los cuales se conjugan en mayor o menor medida de acuerdo a cada entidad y al contexto histórico determinado (14).

2.2.2. Hemorragia en el tercer trimestre del embarazo

Sangrado vaginal que ocurre en el tercer trimestre de la gestación, medido desde la semana 27 hasta antes del nacimiento fetal.

La hemorragia obstétrica es todavía una causa potencial de morbilidad materna y fetal; Su aparición en cualquier momento del embarazo es motivo de preocupación y alarma (5).

La hemorragia vaginal grave es rara antes de las 24 semanas (5), y cuando se produce, el tratamiento de la madre es prioritario. Sin embargo, las posibilidades de supervivencia fetal en el tercer trimestre son significativas.

Las hemorragias del tercer trimestre aparecen en el 4% de todas las gestaciones (5, 15). Pueden deberse a cierto desprendimiento de una placenta insertada en la proximidad del orificio cervical interno (OCI), es decir, una placenta previa (PP), o por desprendimiento de una placenta insertada en cualquier otra parte de la cavidad uterina, es decir, un desprendimiento prematuro de placenta (DPP); en muy escasas ocasiones la hemorragia puede ser el resultado de la inserción velamentosa del cordón umbilical (vasa previa) con hemorragia de origen fetal (5, 15).

2.2.3. Desprendimiento prematuro de placenta

El desprendimiento de placenta se define como la separación prematura de una placenta normalmente implantada de la pared uterina después de las 20 semanas de gestación, pero antes del parto; se le diagnostica de manera retrospectiva y sólo es evidente cuando la inspección de la placenta revela un coágulo sobre el lecho placentario con separación del tejido placentario subyacente; es posible que el tejido de la placenta no muestre evidencia de separación si el intervalo entre el desprendimiento y el parto es breve (6, 16). Un tercio de todas las hemorragias anteriores al parto durante el tercer trimestre se deben a desprendimiento de placenta y ocurren en 1 de cada 75-

225 partos; cerca de 1 de cada 830 casos de desprendimiento causan muerte fetal (6, 16).

2.2.3.1. Patogenia

El desprendimiento de la placenta puede ser la conclusión de un proceso patológico vascular crónico, puede deberse a un solo suceso incitador; la hemorragia que se debe a la alteración de la placenta se acumula y recorre la decidua, separando la placenta del tejido decidual remanente; esto puede dar por resultado un desprendimiento parcial, que se relaciona con un hematoma de resolución espontánea que no rompe adicionalmente la unión de la placenta, o puede continuar hasta un desprendimiento completo que no permite que la unión decidual permanezca intacta (6, 16).

El desprendimiento se puede clasificar en tres categorías amplias que permiten una descripción de los hallazgos clínicos y de laboratorio (6, 16).

Grado 1: se observa una pequeña cantidad de sangrado vaginal y actividad o irritabilidad uterina anormal; la frecuencia cardíaca del feto está dentro de límites normales; el estado hemodinámico de la madre es normal y todos los análisis de laboratorio y pruebas de coagulación también están dentro de los límites normales (6, 16).

Grado 2: se percibe una cantidad de leve a moderada de hemorragia vaginal; la actividad uterina puede ser tetánica o con contracciones palpables y dolorosas frecuentes; el trazo de frecuencia cardíaca del feto puede mostrar una disminución en la variabilidad o desaceleraciones tardías (6, 16). El estado hemodinámico de la madre muestra signos de compensación que incluyen hipotensión ortostática y taquicardia, al tiempo que se

conserva la presión arterial general; es posible que exista una reducción en el fibrinógeno materno (6, 16).

Grado 3: la hemorragia uterina externa puede ir de leve (es probable que esté oculta) hasta grave; es típico que el útero sea doloroso y tetánico; en estos casos se ha presentado muerte del feto; el estado hemodinámico de la madre es inestable y muestra signos de reducción grave en el volumen con hipotensión y taquicardia (6, 16). Existe trombocitopenia y anomalías en el perfil de coagulación. La concentración de fibrinógeno es <150 mg/dl.

En la mayoría de los casos se desconoce la causa principal del desprendimiento de la placenta; no obstante, se le ha relacionado con varios factores de riesgo; a veces se han encontrado antecedentes de traumatismo o fuerza mecánica, en general como resultado de violencia doméstica o accidente vehicular (6, 16).

La imagen clínica posterior a un suceso traumático puede tener una naturaleza grave y es típico que los síntomas se presenten en el curso de las 24 h posteriores; el traumatismo abdominal contuso puede comprimir la superficie de contacto de la placenta, lo cual conduce a un efecto de cizallamiento cuando ocurre descompresión; la desaceleración rápida es un suceso incitador típico durante un accidente de tránsito (6, 16). El monitoreo fetal continuo y prolongado resulta esencial para garantizar la seguridad del embarazo; la fuerza mecánica de descompresión rápida del útero es una etiología común; esto puede ocurrir después del parto del primer lactante durante el parto vaginal de gemelos o luego de la ruptura de membranas en una paciente con polihidramnios (6, 16).

Varios factores pueden poner a una paciente en riesgo de este problema (16, 17):

La hipertensión materna (>140/90 mm Hg) tiene una fuerte asociación con la ocurrencia de desprendimiento placentario; todos los trastornos hipertensivos del embarazo se han señalado como factores de riesgo; de 40 a 50% de las pacientes con desprendimientos de grado 3 tienen enfermedad hipertensiva durante el embarazo (16, 17).

El tabaquismo se asocia con un aumento significativo en la frecuencia de desprendimiento de la placenta, con un riesgo relativo de 2,5 de desprendimiento placentario lo bastante grave como para causar la muerte del feto; la hipertensión con tabaquismo concomitante durante el embarazo aumenta de manera adicional el riesgo de desprendimiento (16, 17).

La relación entre la edad y el riesgo de desprendimiento placentario no está clara cuando se corrigen otras variables extrañas, como la hipertensión y la multiparidad; la mayoría de los autores consideran que no existe correlación directa; sin embargo, un estudio noruego que se realizó durante 15 años mostró una fuerte relación entre el desprendimiento de la placenta y la edad materna en todos los niveles de paridad (16, 17).

El aumento en el número de hijos anteriores es un factor de riesgo de desprendimiento; la frecuencia para las primíparas es de 1%, y esa cifra aumenta a 2,5% para las múltiparas, luego de corregir las variables extrañas; es posible que esto se deba a alteraciones en la decidualización después de la implantación de múltiples placentas anteriores sobre la pared uterina (16, 17).

Las trombofilias adquiridas o hereditarias pueden tener una asociación con el aumento en el riesgo de desprendimiento; en múltiples estudios se ha encontrado la participación de mutaciones en el factor V de Leiden y en el gen de protrombina (16, 17). Es posible que las trombofilias hereditarias menos comunes, incluyendo las deficiencias de proteína C, proteína S y

antitrombina, también se asocian con este problema; alrededor de 2-5% de los embarazos que presentan complicaciones por la ruptura prematura de membranas también presentan desprendimiento placentario; existe un riesgo aún más sustancial en las pacientes que desarrollan corioamnionitis como consecuencia de la rotura de las membranas; es difícil valorar si el desprendimiento es una causa o un efecto de la rotura de membranas (16, 17).

Hay una asociación bien conocida entre el **abuso de la cocaína** y el desprendimiento placentario, y hasta 10% de las mujeres que usan esta droga durante el embarazo tienen complicaciones; es probable que esto se deba a la vasoconstricción aguda y la alteración de la integridad vascular que ocurre como resultado del uso de cocaína (16, 17).

Los antecedentes de desprendimiento placentario predisponen de manera significativa a la paciente a otro desprendimiento; de 5 a 17% de todos los embarazos que se complican por un desprendimiento presentan el mismo problema en los siguientes embarazos; después de dos desprendimientos, el riesgo de recurrencia aumenta a 25%. Se desconoce la razón para esta asociación (16, 17).

2.2.3.2. Signos y síntomas (16, 17)

La mayoría de los desprendimientos de placenta muestran la tríada clínica, aunque muchos no entran en las siguientes categorías:

Sufrimiento fetal o muerte fetal: es típico que el sufrimiento fetal sea el primer signo clínico entre las pacientes que están en monitoreo fetal continuo durante el desprendimiento (16, 17).

Un trazo preocupante de frecuencia cardíaca fetal o una puntuación baja en el perfil biofísico pueden indicar compromiso fetal debido a una disminución en el área de superficie placentaria

de intercambio o por hipotensión materna grave debida a la pérdida de sangre (16, 17).

Actividad uterina tetánica (es decir, contracciones).

Hemorragia uterina, externa u oculta.

La valoración inmediata es esencial para atender a la paciente con hemorragia uterina en el tercer trimestre y posible desprendimiento de placenta; es necesario descartar otras causas comunes y potencialmente mortales de sangrado, incluyendo placenta previa, vasa previa, traumatismo vaginal o cáncer vaginal o cervical (16, 17). Una vez que se hayan descartado todas las demás causas, el diagnóstico más probable es el desprendimiento de la placenta; casi 80% de las pacientes con desprendimiento presentan como síntoma el sangrado vaginal; el 20% que no exhibe ese signo distintivo, por lo común tiene un diagnóstico de trabajo de parto o parto prematuro (16, 17).

En ocasiones, las pacientes indican síntomas consistentes con sensibilidad uterina y durante la exploración física se descubre que tienen un aumento en el tono uterino; las pacientes que manifiestan estos síntomas presentan un desprendimiento más grave (16, 17).

2.2.3.3. Exámenes de laboratorio

Es necesario solicitar análisis del tipo de sangre y Rh, hemoglobina, hematocrito, plaquetas, tiempos de coagulación y concentración de fibrinógeno; para todas las mujeres Rh negativo debe solicitarse una prueba de Kleithauer-Betke (16).

2.2.3.4. Imagenología

La ecografía se ha vuelto importante para el diagnóstico y catalogación del desprendimiento de placenta; en esta prueba, más de 50% de las pacientes con desprendimiento confirmado muestran evidencia de hemorragia; es posible describir con este método ecogenicidad, tamaño y localización de la hemorragia, lo cual permite que el médico comprenda mejor el momento de

ocurrencia y la gravedad del desprendimiento (16, 17). Si la ecografía se realiza durante las primeras fases del desprendimiento, el área de hemorragia será isoecoica o hiperecoica en comparación con la ecogenicidad de la placenta; El hematoma se vuelve hipoecoico en el curso de una semana, y sonoluciente en dos semanas a partir de la hemorragia inicial; el tamaño y localización del hematoma son importantes para evaluar la gravedad del desprendimiento (16, 17). Un hematoma más grande se asocia con peor pronóstico que uno pequeño; una hemorragia retroplacentaria tiene peor pronóstico que una hemorragia subcoriónica, que se define como una acumulación de sangre entre el corion y la decidua; la hemorragia retroplacentaria mayor a 60 ml de volumen se asocia con una tasa de mortalidad de cuando menos 50 por ciento (16).

2.2.3.5. Prevención

Aunque no se ha mostrado que ninguna intervención prevenga el desprendimiento placentario, los factores de riesgo conocidos incluyen hipertensión materna mal controlada, tabaquismo y consumo de cocaína; La orientación de las pacientes contra el tabaquismo y la adicción a la cocaína, y ayudarles a encontrar programas apropiados para abandonar el hábito, pueden reducir el riesgo de desprendimiento, al igual que la administración de antihipertensivos para las mujeres con control deficiente de la hipertensión (16).

2.2.3.6. Tratamiento

Debe evaluarse de inmediato el estado hemodinámico de la madre y estabilizar si es necesario; Es indispensable colocar catéteres intravenosos de gran calibre y monitorear de manera continua la frecuencia cardíaca del feto; Debe iniciarse la infusión con solución cristaloide para corregir rápido la deficiencia de volumen y transfundir concentrado de eritrocitos si existe evidencia de anemia grave o si continúa el sangrado uterino; Es

necesario mantener la diuresis por arriba de 30 ml/h; Si no se requiere una transfusión inmediata, deben obtenerse 4 U de concentrado de eritrocitos histocompatible; Administrar plasma fresco congelado cuando la concentración de fibrinógeno sea menor a 100 mg/dl, así como plaquetas si el recuento plaquetario es <20,000 o <50,000 para una paciente con hemorragia grave continua o que requiera cesárea urgente; El médico no debe considerar que la presión arterial y el pulso normales no representan un riesgo, ya que la paciente puede haber tenido hipertensión antes y pérdida demasiado rápida de volumen como para producir taquicardia (16).

El modo y momento oportuno para el parto dependen en gran medida de la gravedad del desprendimiento placentario y de la edad gestacional; Si ha ocurrido un desprendimiento de grado 1 y la edad gestacional es mayor a 37 semanas, el curso de acción más apropiado es la inducción o aceleración del parto, con vigilancia muy estrecha del estado materno y fetal en todo momento; En caso de un feto prematuro con un desprendimiento de grado 1, lo indicado es el manejo conservador; Se ha mostrado que el manejo expectante, con hospitalización a corto plazo, prolonga el tiempo del embarazo y no se ha observado que aumente la morbilidad o mortalidad del feto o de la madre; Si se intenta el manejo conservador, se indica administrar corticosteroides para promover la maduración pulmonar si la edad gestacional es menor a 34 semanas; Si la decisión ha sido inducir el parto, es imperativo llevar a cabo una vigilancia estrecha durante el trabajo de parto y el parto; Es necesario conocer en todo momento el estado hemodinámico de la madre y evaluar continuamente la frecuencia cardíaca del feto; Deben obtenerse pruebas seriales de coagulación y biometría hemática completa; De ser posible, debe utilizarse un catéter de presión intrauterina para evaluar el tono del útero; Si parece ser que la curva de trabajo de parto de la

paciente progresa en forma normal, el método preferible es el parto vaginal; La cesárea de urgencia puede requerirse en cualquier momento durante el trabajo de parto; El aumento del tono en reposo del miometrio puede indicar empeoramiento del desprendimiento y el posible compromiso del flujo sanguíneo al feto es una indicación para el parto de urgencia; Otras indicaciones indican un trazo preocupante de frecuencia cardíaca fetal, hemorragia grave y coagulación intravascular diseminada; Si se ha identificado una indicación para el parto de urgencia, es necesario estabilizar rápido el estado hemodinámico de la madre y corregir la coagulopatía antes de proseguir; Si el estado fetal es bueno y la cesárea tiene que ver principalmente con razones asociadas con la madre, se puede corregir la hipovolemia y la coagulopatía de manera más controlada, para evitar la sobrecarga de líquidos antes de la cirugía (16).

2.2.4. Placenta previa

Cuando la placenta se implanta de tal manera que su tejido se localiza adyacente o sobre el orificio cervical interno, se denomina placenta previa, y es la principal causa de hemorragias en el tercer trimestre y complica a 4 de cada 1,000 embarazos de más de 20 semanas; la frecuencia es mayor en el embarazo temprano, antes del desarrollo del segmento uterino inferior, y la mayoría de estos casos se resuelven a medida que avanza el embarazo (5, 6, 16, 18).

Existen tres tipos de placenta previa (5, 6, 16, 18):

Placenta previa marginal: se caracteriza por una ubicación próxima al margen del orificio interno. No cubre el orificio.

Placenta previa parcial: la placenta ocluye en parte el orificio, pero no lo cubre por completo.

Placenta previa completa: la placenta cubre por completo el orificio interno. Este tipo se asocia con el mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, debido a que puede causar la mayor cantidad de pérdida de sangre.

2.2.4.1. Patogenia

Cuando una placenta se implanta en la parte inferior del útero, el embarazo está en riesgo de placenta previa; existen varios factores de riesgo que incluyen multiparidad, mayor edad de la madre, antecedentes de parto previo por cesárea o de cirugía uterina, y gestación múltiple (16, 18).

Las multíparas están en mayor riesgo de placenta previa en comparación con las nulíparas; La frecuencia de este trastorno en nulíparas es de 0;2%, en tanto que las multíparas tienen una frecuencia de 5%; La teoría detrás de este fenómeno es que una vez que se implanta la placenta en cierta parte de la pared uterina altera de manera permanente su constitución, lo cual hace que en los embarazos subsiguientes sea más probable la implantación en un sitio diferente; El aumento en la edad de la madre ha sido un factor de riesgo, y la causa para esta asociación es poco clara; El incremento en el riesgo quizá se deba a la mayor paridad de las madres de más edad, pero también puede haber un factor independiente de riesgo (16, 18).

El riesgo de placenta previa aumenta en forma directa con el número de cirugías uterinas a las que se haya sometido antes la paciente; Esto se observa más con el aumento en la cantidad de cesáreas; El riesgo de placenta previa en un segundo embarazo, después de un primer parto por cesárea, es de 1-4%; El riesgo aumenta a casi 10% en pacientes con cuatro o más cesáreas anteriores; Se ha sugerido que las placentas previas que se identifican en el segundo trimestre en pacientes con un parto previo por cesárea tienen menor probabilidad de resolverse a medida que progresa el embarazo; El riesgo aumenta con un legrado anterior debido a aborto espontáneo o inducido, lo cual se piensa que se debe al tejido cicatricial en el segmento activo del útero; Otros factores de riesgo de placenta previa incluyen gestación múltiple y tabaquismo; Esto se debe a la mayor área de

superficie de la placenta en estas situaciones; La placenta previa se puede asociar con otros trastornos, incluyendo presentación incorrecta, ruptura prematura pretérmino de las membranas y restricción del crecimiento intrauterino; También es posible que exista mayor riesgo de anomalías congénitas; sin embargo, no existe asociación con alguna anomalía específica (16, 18). Las pacientes con placenta previa están en mayor riesgo de desarrollar placenta adherente, penetrante o perforante.

Placenta adherente: no existe decidua basal y la capa de fibrinoide se desarrolla de manera incompleta.

Placenta penetrante: la placenta invade el miometrio.

Placenta perforante: la placenta penetra el miometrio y puede invadir las vísceras cercanas.

La cirugía uterina anterior es el factor de riesgo que más se asocia con la placenta adherente; Las pacientes sin cirugía uterina anterior y placenta previa tendrán placenta adherente en 4% de los casos; Las pacientes con una cirugía y placenta previa tendrán placenta adherente en 10 a 35% de las ocasiones; Los partos múltiples por cesárea y la placenta previa conducen a un riesgo de 60 a 65% de placenta adherente; Dos terceras partes de las pacientes con placenta adherente requieren cesárea con histerectomía (16, 18).

2.2.4.2. Signos y síntomas

Es típico que la placenta previa se presente con hemorragia vaginal indolora, en general durante el tercer trimestre; La falta de dolor con sangrado es lo que distingue a la placenta previa del desprendimiento placentario; El sangrado ocurre junto con el desarrollo del segmento uterino inferior; A medida que el miometrio se adelgaza, se altera la superficie de contacto entre la placenta y la decidua, lo cual provoca hemorragia; La delgadez del segmento uterino inferior impide que se contraiga para reducir el sangrado que proviene de la superficie uterina del sitio de

implantación; no obstante, a veces el sangrado mismo puede irritar el miometrio y precipitar las contracciones (16, 18).

El médico debe tener un alto índice de sospecha de placenta previa en todas las pacientes que acuden a consulta con un sangrado después de las 24 semanas; Un tercio de las pacientes con este trastorno acuden con sangrado antes de las 30 semanas, un tercio se presenta entre las semanas 30 y 36, y un tercio después de las 36 semanas; 10% de todas las mujeres con placenta previa llegan a término sin ningún episodio de sangrado; En promedio, el primer episodio hemorrágico ocurre a las 34 semanas, con un parto a las 36 semanas; El riesgo de morbilidad y mortalidad perinatales disminuye de manera lineal a medida que aumenta la edad gestacional (16, 18).

2.2.4.3. Datos de laboratorio

Los análisis basales al momento de la admisión incluyen grupo sanguíneo y Rh, hemoglobina, hematocrito y recuento de plaquetas; Los estudios de coagulación y concentración de fibrinógeno no son tan importantes en este caso como en las pacientes con desprendimiento de la placenta; empero, si existe cualquier duda sobre el diagnóstico, también deben solicitarse esos estudios; Para todas las mujeres con Rh negativo es necesario solicitar una prueba Kleithauer-Betke (6, 16).

2.2.4.4. Imagenología

Antes de la llegada de la ecografía de rutina en el segundo trimestre, las pacientes con placenta previa se detectaban al momento de presentarse el sangrado; En la actualidad, la mayoría se diagnostica por medio de ecografía en el segundo trimestre, aunque casi todos estos casos se resuelven; De 5 a 15% de las pacientes tienen placenta previa a las 17 semanas; 90% de ellas se resuelven para las 37 semanas; Esto ocurre porque, al desarrollarse el segmento uterino inferior, se crea mayor distancia entre la placenta y el cuello uterino; La placenta previa completa

y marginal o la placenta previa parcial que se diagnostica en el segundo trimestre persisten en 26 y 2;5% de las pacientes, respectivamente; Todas las pacientes con placenta previa que se diagnostican antes de las 24 semanas deben someterse a ecografía entre las semanas 28 y 32 para reevaluar la posición de la placenta (16).

2.2.4.5. Tratamiento

El manejo inicial de una paciente con sangrado por placenta previa es muy similar al que se utiliza para una paciente con desprendimiento placentario; Es imperativo valorar de inmediato el estado hemodinámico de la madre y estabilizarla si es necesario; Deben colocarse catéteres intravenosos de gran calibre y monitorear de manera continua la frecuencia cardíaca del feto; La estabilización hemodinámica se debe realizar de inmediato; Es necesario iniciar una infusión con cristaloides a fin de corregir rápido un déficit de volumen y transfundir concentrado eritrocitario si es evidente una anemia grave o si existe hemorragia uterina continua; La meta de hematocrito es de cuando menos 30% si la paciente está sangrando; Si no se requiere una transfusión inmediata, es necesario tener a mano 4 U de concentrado eritrocitario histocompatible; La diuresis debe mantenerse por arriba de 30 ml/h (16, 18).

El manejo posterior depende de la edad gestacional, la estabilidad de la madre y el feto, la cantidad de hemorragia y la presentación del feto; El parto siempre se indica si existe un patrón preocupante de frecuencia cardíaca fetal, a pesar de los esfuerzos de reanimación, incluyendo oxígeno suplementario para la madre, colocación del lado izquierdo o reemplazo del volumen intravascular; si existe una hemorragia materna que amenace la vida de la paciente; o si la edad gestacional es menor a 34 semanas y se conoce la madurez pulmonar del feto; Si el feto tiene ≥ 37

semanas de gestación y hay hemorragia o actividad uterina persistentes, lo indicado es el parto; Es necesario evitar las exploraciones digitales del cuello uterino; Entre las 24 y 36 semanas, si se puede garantizar la estabilidad y bienestar tanto de la madre como del feto, se indica un manejo expectante; Cerca de 75% de las pacientes con placenta previa sintomática son candidatas para el manejo conservador y 50% pueden prolongar su embarazo cuando menos cuatro semanas; 30% de las pacientes a las que se trata de este modo progresan hasta el término sin presentar de nuevo una hemorragia; 70% tiene cuando menos un episodio hemorrágico adicional, y 10% un tercer episodio (16, 18).

El manejo conservador, después de lograr la estabilización y cuando ya se percibe un sangrado leve o ausencia del mismo, consiste en varios pasos; Se utiliza hidratación y transfusión sanguínea si es necesario; En casos donde continúa el sangrado uterino, existe actividad contráctil o restricción del crecimiento intrauterino, se requiere de monitoreo continuo de la frecuencia cardíaca del feto; Si no hay sospecha de desprendimiento de la placenta, se pueden administrar sustancias tocolíticas si no se han roto las membranas y hay actividad de contracciones uterinas; La paciente debe restringirse a reposo en cama con posibilidad de ir caminando al baño; Debe recibir ablandadores de las heces, suplementos de hierro y vitamina C; Los esteroides para promover la madurez de los pulmones del feto deben administrarse cuando la edad gestacional sea menor a las 34 semanas (16).

Después de administrar los esteroides, y si hay poca o nula actividad uterina o hemorragia, la paciente es candidata para tratamiento en casa; Para esto debe contar con un contacto vía telefónica las 24 h y tener la posibilidad de regresar rápido al

hospital en cualquier momento, permanecer en cama, con posibilidad de ir al baño, y continuar tomando ablandadores de heces y vitaminas; recibirá instrucciones estrictas de regresar al hospital si presenta contracciones u otro episodio de sangrado (16).

Es necesario que cada tres semanas se realicen valoraciones ecográficas del crecimiento fetal, índice de líquido amniótico y localización de la placenta; La mayoría de los expertos coinciden en que en el caso de la paciente con placenta previa completa, sin complicaciones adicionales, el parto se recomienda a las 36-37 semanas (16).

Si la hemorragia uterina no es excesiva, las pacientes con placenta previa marginal pueden dar a luz por vía vaginal; Al descender, la cabeza del feto detiene el sangrado; El parto abdominal es lo indicado en la mayoría de los casos de placenta previa y en todos aquellos con placenta previa completa; Si se realiza un parto por cesárea, debe tenerse cuidado de no romper la placenta al extraer al niño; En lo posible, hacer una incisión uterina lejos del lecho placentario; por ejemplo, si existe una placenta anterolateral, emplear una incisión vertical en el segmento uterino inferior, del lado contrario al sitio de implantación de la placenta; Puede requerirse una incisión transversal elevada para una placenta anterior baja; En todos los casos, la sala de operaciones debe prepararse por la posibilidad de una histerectomía; Como se indicó antes, 66% de las pacientes con placenta adherente requieren cesárea con histerectomía; Existen varias opciones quirúrgicas importantes si la preservación del útero es importante; Se puede retirar la placenta y suturar el defecto uterino para eliminar el sitio activo de hemorragia; Se reseca la placenta adherente y se repara el útero; La última opción consiste en dejar la placenta in situ; Esto es aceptable sólo en pacientes sin hemorragia activa; Se liga el cordón y se corta cerca de su base;

La paciente recibe tratamiento con antibióticos y posiblemente metotrexato en el periodo postparto; En el raro caso en que es evidente la invasión de la vejiga, es necesario retirar la placenta; Es probable que estas pacientes requieran histerectomía y cistectomía parcial (16).

2.2.5. Vasa previa

Vasa previa es un padecimiento en el que los vasos sanguíneos del feto atraviesan las membranas en el segmento uterino inferior y cruzan el orificio cervical frente a la cabeza del feto; Esto puede ocurrir con una inserción velamentosa del cordón umbilical, donde no está presente la gelatina de Wharton para proteger los vasos fetales, o en el caso donde un lóbulo accesorio de la placenta tiene una comunicación que atraviesa el orificio; La ruptura de estos vasos puede ocurrir con o sin rotura de membranas y el resultado es el desangramiento del feto; Los vasa previa complican alrededor de 1 de cada 1,000 a 1 de cada 5,000 embarazos (16).

2.2.5.1. Signos y síntomas

La presentación típica de vasa previa es una hemorragia vaginal que ocurre al romperse las membranas, con cambios concomitantes específicos en el trazo de la frecuencia cardíaca fetal; Con el inicio de la hemorragia, el corazón del feto responde a la pérdida del volumen intravascular con taquicardia refleja; En general, a la taquicardia refleja le sigue bradicardia, que se acompaña por aceleraciones ocasionales; En el caso de anemia fetal grave, se puede observar un patrón de frecuencia cardíaca fetal sinusoidal; El médico debe tener un alto grado de sospecha a fin de hacer el diagnóstico correcto en un tiempo suficiente como para prevenir la muerte fetal (16).

2.2.5.2. Datos de laboratorio

Es muy poco común que la frecuencia cardíaca fetal no muestre signos de una pérdida aguda de volumen y que la sangre se pueda analizar para determinar su origen; Las pruebas Apt, Ogita y

Loendersloot requieren entre 5 y 10 min, y están disponibles para identificar hemoglobina fetal (16).

Tienen diversos grados de sensibilidad, dependiendo de la cantidad de dilución de la sangre con líquido amniótico; sin embargo, estas pruebas tienen primordialmente un interés histórico; Si la paciente presenta hemorragia cuyo origen son vasa previa diagnosticados o con fuertes indicios de sospecha, es necesario acelerar el parto por cesárea (16).

2.2.5.3. Imagenología

Con la mejoría en la tecnología ecográfica y debido a una mayor conciencia entre los profesionales acerca de este trastorno, en la actualidad muchos casos se diagnostican en el periodo previo al parto por medio de ecografía; El dato ecográfico, ya sea de inserción velamentosa del cordón o de placenta con un lóbulo accesorio, deben impulsar a los profesionales a evaluar la posibilidad de vasa previa; El uso de Doppler a color durante la ecografía transvaginal puede identificar con claridad los vasos fetales que corren a través de las membranas del feto, y puede establecer el diagnóstico; Si el vaso es una arteria fetal, el Doppler pulsado puede ayudar a confirmar y la medición de la frecuencia de pulsos puede servir para establecer el diagnóstico; La vasa previa se puede distinguir de la presentación funicular (asas libres de cordón umbilical que descansan junto al cuello uterino) siguiendo el curso de los vasos fetales desde la inserción en la placenta o el cordón; Además, los cambios en la posición materna pueden permitir que se mueva el cordón umbilical libre, por ejemplo en la presentación funicular, en tanto que los vasa previa permanecerán en su sitio (16).

2.2.5.4. Tratamiento

Si la paciente presenta los datos clásicos que se mencionan antes, el curso apropiado de acción es el parto inmediato a través de cesárea para prevenir la muerte fetal inminente; Si la paciente se ha identificado antes del parto, se recomienda su vigilancia

estrecha para cualquier evidencia de hemorragia vaginal y para administrarle corticosteroides a fin de promover la maduración de los pulmones del feto; Varios expertos recomiendan la observación dentro del hospital desde las 32 semanas (16).

La hospitalización para la observación permite que se realice una cesárea de urgencia en caso de obtener resultados preocupantes en las pruebas fetales, trabajo de parto prematuro o ruptura prematura pretérmino de las membranas; Asimismo, varios expertos recomiendan el parto empírico alrededor de las 35 semanas de gestación sin confirmación de la madurez pulmonar por medio de amniocentesis; Oyelese y colaboradores informan que la edad gestacional promedio al momento del parto en pacientes con diagnóstico prenatal es cercana a las 35 semanas, y casi 30% de estas pacientes seguirán requiriendo parto urgente después de rotura de membranas; Debido a que las tasas de morbilidad y mortalidad son tan altas después de la rotura de membranas en estas pacientes, estos autores recomiendan el parto a las 35 semanas para evitar un suceso catastrófico, y consideran que está justificado, incluso ante las posibles complicaciones debidas al nacimiento prematuro (16).

2.2.6. Edad de la gestante

La edad de la gestante influye decisivamente sobre el curso de la gestación; Debemos de tener en cuenta que en los extremos de la vida reproductiva el proceso tanto del embarazo como el parto son causales de patologías perinatales; Por lo cual es un factor preocupante para el personal de salud; Con el transcurso del tiempo han ido variando los intervalos de los límites de edad son muchos los autores que consideran a la edad materna menor de 20 años o mayores de 34 años como factor de riesgo; Se debe tener en cuenta que en el Perú se considera como riesgo a las mujeres menores de 15 años y mayores de 34 años; Las hemorragias obstétricas en algunos casos se presenta en edad avanzada (6).

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil. Este período caracteriza a la mujer por su capacidad de ovular y embarazarse. El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir (6).

2.2.7. Educación materna

La baja escolaridad de la madre, ruralidad y falta de acceso a servicios de salud; constituyen un factor de riesgo que tiene fuerte asociación con mortalidad infantil y neonatal (16).

La educación materna ha mostrado una relación inversamente proporcional con la mortalidad y morbilidad neonatal; según algunos investigadores esto se explicaría porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para el control del embarazo y parto, por lo cual que esta variable está íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de las madres; Mosley menciona que en países subdesarrollados la educación paterna puede ser tan importante como la materna para definir mortalidad infantil, ya que un padre mejor educado es quien decide en última instancia por una adecuada atención médica o cuidados de sus hijos (16, 19).

2.2.8. Estado civil

Esta variable se ha asociado sobre todo a un riesgo aumentado de bajo peso al nacer y guarda estrecha relación con otros factores de riesgo como el embarazo en la adolescencia, consumo de alcohol y tabaquismo (6, 16).

2.2.9. Atención prenatal

No existe duda de que la atención prenatal lo más pronto posible después de la concepción se asocia a mejores resultados del embarazo, sobre todo reduciendo aquellos problemas o complicaciones obstétricas (16, 17).

Mediante la atención prenatal podremos vigilar la evolución del embarazo, las posibles complicaciones, identificar factores de riesgo de la condición madre y feto, a fin de disminuir el riesgo de enfermar y morir en esta etapa, la preparación para el parto y crianza del recién nacido (16, 17).

Las intervenciones simples como la atención prenatal, soporte social y servicios de educación son las mejores estrategias para disminuir las morbimortalidades materno infantil; su eficacia está disminuida en países subdesarrollados debido a factores culturales y diferencias en el acceso a servicios de salud. En el Perú se considera como adecuado un mínimo de 6 atenciones prenatales iniciados antes de la semana 20 de gestación (16, 17).

2.2.10. Paridad

El antecedente del número de partos previos es usado para establecer el riesgo en la salud materna y eventuales resultados adversos del recién nacido. Según varios investigadores la primiparidad, multiparidad o gran multiparidad, tienen una alta relación con complicaciones en el parto, morbilidad materna, mortalidad neonatal entre otros; esta se potencia cuando interactúa con embarazo en la adolescencia o en mujeres mayores de 30 años. Por otro lado, la multiparidad también ha sido asociada a resultados adversos explicados principalmente por complicaciones obstétricas o patologías maternas (28).

2.3. Definición de términos

Características. Una característica es una cualidad que permite identificar a algo o alguien, distinguiéndolo de sus semejantes. Puede tratarse de cuestiones vinculadas al aspecto social, médico, personal, biológico, económico, físico entre otros.

El embarazo o gravidez (de grávido, y este del latín gravidus) es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto.

Gestante. Estado de embarazo o gestación. Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto.

Hemorragia del tercer trimestre. Sangrado vaginal que ocurre en el tercer trimestre de la gestación, medido desde la semana 27 hasta antes del nacimiento fetal.

Edad materna. Es el tiempo transcurrido a partir del nacimiento materno hasta la fecha registrada en la historia Clínica.

Paridad. En obstetricia clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación.

Atención prenatal. Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las catorce semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones; con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos.

2.4. Variables de estudio

Variable: Características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupia García Godos.

Dimensiones: Características sociales.

Sub variables:

Lugar de procedencia de la gestante

Ocupación de la gestante. (Empleada, ama de casa, comerciante, agricultora, etc.)

Estado civil de la gestante

Nivel educativo de la gestante

Edad gestacional de la gestante en semanas en la primera atención prenatal

Número de atenciones prenatales de la gestante al presentarse la hemorragia

Dimensiones: Características biomédicas.

Sub variables:

Edad de la gestante en años.

Antecedente de aborto en la gestante

Paridad de la gestante paridad de la gestante antes del embarazo actual

Valor de la hemoglobina en g/dl de la gestante

Peso pre gestacional en kilogramos

Talla pre gestacional en metros

Índice de masa corporal pre gestacional (se calculará con el peso y talla)

2.5. Operacionalización de variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador (es)	Ítem	Valor
Características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos.	Son rasgos o singularidades de naturaleza social o biomédica que identifica a alguien o a un grupo de personas; son varios los elementos que sirven para describir las distintas realidades.	Análisis documental de las historias clínicas de la gestantes y registro en la ficha de recolección de datos	Características Sociales	Registro del lugar de procedencia de la gestante	Lugar de procedencia de la gestante.	Rural (1) Urbano (2)
				Registro de la ocupación de la gestante.	Tipo de ocupación de la gestante.	Nominal
				Registro del estado civil de la gestante.	Madre soltera	1
					Madre conviviente	2
					Madre casada	3
					Madre viuda	4
					Madre divorciada	5
				Registro del nivel educativo de la gestante.	Madre sin estudios	1
					Primaria Incompleta	2
					Primaria completa	3
			Secundaria incompleta		4	
			Secundaria completa		5	
			Superior incompleta		6	
			Superior completa		7	
			Registro de la edad gestacional de la gestante en semanas en la primera atención prenatal	Edad gestacional de la gestante en semanas en la primera atención prenatal.	Numérico	
			Registro del Número de atenciones prenatales de la gestante al presentarse la hemorragia.	Número de atenciones prenatales de la gestante al presentarse la hemorragia.	Numérico	
			Características biomédicas	Registro de la edad de la gestante.	Edad de la gestante en años	Numérico
Registro de antecedente de aborto en la gestante	Antecedente de aborto en la gestante	Si(1),No(2)				
Registro de la paridad de la gestante antes del embarazo actual	Nulípara	1				
	Primípara	2				
	Múltipara	3				
Registro del valor de la hemoglobina en g/dl de la gestante	valor de la hemoglobina en g/dl de la gestante	Numérico				
Registro de peso pre gestacional en kilogramos	Peso pre gestacional en kilogramos	Numérico				
Registro de talla pre gestacional en metros.	Talla pre gestacional en metros	Numérico				
Índice de masa corporal pre gestacional	Bajo peso (<19.8)	1				
	Normal (19.8-26.0)	2				
	Sobrepeso (26.1-29.0)	3				
	Obesidad (>29.0)	4				

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito temporal y espacial

La investigación sobre características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Túppia García Godos EsSalud, se realizó en el distrito de San Juan Bautista, el cual es uno de los dieciséis distritos que conforman la provincia de Huamanga, ubicada en el departamento de Ayacucho, en el Perú.

El distrito de San Juan Bautista está localizado en la sierra central del Perú, al Sur Este (SE), de la ciudad de Ayacucho, en la provincia de Huamanga, departamento de Ayacucho, a una altitud promedio de 2800 m.s.n.m., a 13° 10' 06" latitud sur y 14° 13' 14" longitud oeste, con una superficie de 18.71 km². La delimitación distrital está dada por el Puente Prado (Puente Nuevo de San Juan Bautista), carretera a Cusco hasta el Cementerio General, avenida Arenales, Puente de Huatatas (Ccacha Molino) y quebrada de Huatatas hasta Kuchomolino (restos arqueológicos de la cultura Warpa), cerro de Acuchimay, calle Lluchallucha, Puente de la Alameda, Río de Alameda hasta el Puente Nuevo. Limita por el norte con el distrito de Ayacucho y por el sur con los distritos de Chiara y Carmen Alto.

Como en toda la serranía peruana, región de valles interandinos, se distingue dos climas muy característicos, una con abundantes lluvias durante los meses de diciembre a marzo y otra seca, de abril a noviembre. La capital distrital se encuentra a una altura de 2,800 m.s.n.m., predominando el clima templado, seco y soleado casi todo el año. La temperatura oscila entre 4.5°C y 24.5°C, con un promedio anual de 18°C. La precipitación pluvial media anual es del orden de los 550 mm.

3.2. Tipo de investigación

El estudio fue una investigación observacional, retrospectiva, descriptiva, de corte transversal. Observacional porque no existió intervención del investigador, los datos reflejaron la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador, es

retrospectivo porque los datos se recogen de registros donde el investigador no tuvo participación (secundarios), es transversal porque los datos se obtienen en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizarla en un momento dado (20-22).

3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo (DANKHE 1986); Su propósito fue describir (medir) el comportamiento de la variable o variables en forma independiente. Es decir, busco especificar las propiedades de la variable, la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Es decir, pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren (20, 23-25).

3.4. Métodos de investigación

3.4.1. Método general:

Se utilizó el método inductivo. Según Pimienta (26) es aquel que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares. Se trata del método científico más usual, en el que pueden distinguirse cuatro pasos esenciales: la observación de los hechos y su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización; y la contrastación. Es un método científico que elabora conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares y parte de lo particular a lo general.

3.4.2. Método Básico

Se utilizó el método descriptivo porque describe las características de la población de estudio en su forma natural, basada en la observación (26).

3.5. Diseño de investigación

Según Hernández el diseño es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea. El estudio correspondió a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental fue la de realizar una interpretación correcta del fenómeno (22, 24, 25).

Donde:

M O

M: Gestantes con hemorragia del tercer trimestre

O: Características sociales y biomédicas

En la investigación se presenta las principales variables de estudio en su ambiente natural, es decir el comportamiento de las variables identificadas en el establecimiento de salud, basándose fundamentalmente en la revisión y análisis de la fuente documental como la historia clínica.

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

La población del estudio fueron todas las gestantes con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos de EsSalud, en el año 2018; según registros estadísticos del hospital son un total de 24 gestantes con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre.

Según Hernández una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación (22, 24, 27, 28).

3.6.2. Muestra:

La muestra será censal; por lo que se estudiarán a todas las gestantes con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos, en el año 2017 (22, 24, 27, 28).

Proceso de selección de la muestra:

Criterios de inclusión

- Gestante con residencia o permanencia en la zona de estudio de 1 año a más.
- Gestante atendida con diagnóstico hemorragia del tercer trimestre.

Criterios de exclusión:

- Gestante atendida con diagnóstico hemorragia del tercer trimestre, con historia clínica incompleta o ilegible.
- Gestante con Historias Clínicas inmersas en procesos legales o judiciales.

3.6.3. Tipo de Muestreo:

El estudio no requiere muestreo; ya que se utilizará el total de la población.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se tomó en cuenta los aspectos éticos, ya que toda información recolectada fue de absoluta reserva, no se vulneró los derechos humanos, se respetó la dignidad de todos los seres humanos más allá de las condiciones de desarrollo humano.

La técnica utilizada fue el análisis documental; Esta técnica permite el análisis documental de las Historias Clínicas, de los pacientes atendidos en el establecimiento de salud (29).

La información será recolectada por los investigadores de campo previamente capacitados y estandarizados para tal fin. Los investigadores de campo realizarán el análisis documental e irán evaluando historias clínicas e informes.

Fuente Secundaria: Historia Clínica

Control de calidad de los datos: (validación y seriedad)

Capacitación a los investigadores de campo que aplicaran la investigación. Se realizarán reuniones periódicas con los investigadores de campo para el control de calidad de los datos, reunión con los supervisores para el control de datos, uso de fuentes de información, descripción para verificar la calidad de los datos.

El instrumento fue la ficha de recolección de datos conteniendo las variables a estudiar que fue elaborada en base al planteamiento del problema, objetivos, variables de estudio y los indicadores. Los datos recogidos serán ingresados a una base de datos en SPSS 23, paquete estadístico intuitivo y versátil que posibilita en análisis de datos de investigaciones con enfoque cuantitativo (29).

3.8. Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta lo siguiente:

Primero: Se realizó el trámite administrativo en el programa de segunda especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud, para el proceso de investigación.

Segundo: Se validó el instrumento de recolección de datos por juicio de expertos; buscando que el instrumento mida o capture los datos que realmente sirvan para el propósito para el cual fue construido. La valoración de los expertos fue cualitativa. En el instrumento de investigación, el contenido o ítems utilizados para las mediciones y sus resultantes fueron consideradas pertinentes para la investigación.

Tercero: Luego se solicitaron los permisos respectivos para la realización de la investigación al director del establecimiento de salud. El permiso o autorización fue importante para el acceso a los registros de atención, historias clínicas, libro de seguimiento entre otros.

Cuarto: Se capacitaron a los investigadores de campo para la recolección de los datos de investigación y aplicación del instrumento.

Quinto: Con la debida autorización del director del establecimiento de salud, se tuvo una reunión con el responsable de la jefatura de los servicios de salud de obstetricia y la Oficina de Estadística e Informática, para las coordinaciones previa a la recolección de información. Luego se procedió a la revisión de los registros de atención, libro de seguimiento, historias clínicas y posteriormente se aplicó la ficha de recolección de datos.

Sexto: Se codifico y tabulo los datos obtenidos en una hoja de cálculo del aplicativo Microsoft Office Excel; para el análisis estadístico se exporto la base de datos del Excel al programa “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS).

3.9. Técnicas y procesamiento de análisis de datos

Primero se realizó un ordenamiento, clasificación y codificación de los datos recolectados en el trabajo de campo. Se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2016; esto se realizó por el fácil uso y familiaridad con el aplicativo ofimático.

Para el análisis estadístico se importó la base de datos del Excel al programa SPSS 23 para Windows, con la finalidad de realizar el análisis estadístico descriptivo según la naturaleza del estudio. El ingreso de datos lo realizo una persona con experiencia en el manejo de equipos de cómputo hojas de cálculo Excel y software SPSS.

Los datos fueron presentados en tablas de frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central. Se inició el análisis con la parte descriptiva cuantificando y caracterizando a la población estudiada.

CAPÍTULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1. Presentación e interpretación de datos

En el presente estudio, se investigaron las características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos 2018.

Tabla 1. Lugar de procedencia de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos 2018.

Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	23	95.8%
Rural	1	4.2%
Total	24	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos 2018.

En la tabla 1. Del total de gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos. El 95.8% (23) tuvieron como lugar de procedencia la zona urbana y el 4.2% (1) restante tuvieron como lugar de procedencia la zona rural.

Tabla 2. Tipo de ocupación de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos 2018.

Tipo de ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Profesora	16	66.7%	66.7%
Obstetra	2	8.3%	75.0%
Técnica en enfermería	2	8.3%	83.3%
Ama de casa	1	4.2%	87.5%
Contadora	1	4.2%	91.7%
Enfermera	1	4.2%	95.8%
Trabajadora social	1	4.2%	100.0%
Total	24	100.0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos 2018.

En la tabla 2. Del total de gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos. El 66.7% (16) tuvieron como ocupación ser profesoras, el 8.3% (2) tuvieron como ocupación ser obstetras, el 8.3% (2) tuvieron como ocupación ser técnicas en enfermería, el 4.2% (1) tuvieron como ocupación ser amas de casa, el 4.2% (1) tuvieron como ocupación ser contadoras, el 4.2% (1) tuvieron como ocupación ser enfermeras y el 4.2% (1) tuvieron como ocupación ser trabajadora social. El 83.3% (20) tuvieron como ocupación ser profesoras, obstetras o técnicas en enfermería.

Tabla 3. Nivel educativo de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos 2018.

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria completa	1	4.2%
Superior completa	23	95.8%
Total	24	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos 2018.

En la tabla 3. Del total de gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos. El 4.2% (1) tuvieron como nivel de instrucción secundaria completa y el 95.8% (23) tuvieron como nivel de instrucción superior completa.

Tabla 4. Estado civil de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos 2018.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Madre conviviente	11	45.8%	45.8%
Madre casada	8	33.3%	79.2%
Madre soltera	5	20.8%	100.0%
Total	24	100.0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos 2018.

En la tabla 4. Del total de gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos. El 45.8% (11) fueron convivientes, el 33.3% (8) fueron casadas y el 20.8% (5) fueron solteras. El 79.2% (19) fueron convivientes o casadas.

Tabla 5. Edad gestacional en la primera atención prenatal, número de atenciones prenatales y edad de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos 2018.

Estadísticos	Edad gestacional de la gestante en semanas en la primera atención prenatal	Número de atenciones prenatales de la gestante al presentarse la hemorragia	Edad de la gestante en años
Cantidad de gestantes	24	24	24
Media	11.17	5.46	30.83
Mediana	10.50	6.00	31.50
Moda	9 ^a	6	26 ^a
Desviación estándar	6.748	2.797	6.274
Mínimo	0	0	17
Máximo	31	9	46
Percentiles 25	6.75	3.00	26.00
Percentiles 50	10.50	6.00	31.50
Percentiles 75	13.75	8.00	33.75

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos 2018.

Tabla 5. Del total de gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos. La edad gestacional promedio en la primera atención prenatal fue de 11.17 semanas, el 50% en su primera atención prenatal tuvieron una edad gestacional mayor de 10.5 semanas, el 25% en su primera atención prenatal tuvieron una edad gestacional mayor de 13.75 semanas. La edad gestacional mínima en la primera atención prenatal fue de 0 semanas y la máxima de 31 semanas.

El número de atenciones prenatales al presentarse la hemorragia en promedio fue de 5.46 atenciones, el 50% tuvieron más de 6 atenciones prenatales al presentarse la hemorragia del tercer trimestre, la mayoría de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre tuvieron 6 atenciones prenatales, el 25% tuvieron más de 8 atenciones prenatales al presentarse la hemorragia del tercer trimestre.

La edad promedio de la gestante con hemorragia del tercer trimestre fue de 30.83 años, el 50% tuvieron una edad mayor a 31.5 años, la edad mínima fue de 17 años y la máxima de 46 años. El 75% de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre tuvieron más de 26 años.

Tabla 6. Antecedentes de aborto en las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos 2018.

Antecedente de aborto	Frecuencia	Porcentaje
Con antecedentes de aborto	12	50%
Sin antecedentes de aborto	12	50%
Total	24	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos 2018.

En la tabla 6. Del total de gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos. El 50% (12) tuvieron antecedentes de aborto.

Tabla 7. Paridad antes del embarazo actual en las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupia García Godos 2018.

Paridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nulípara	10	42%	42%
Primípara	5	21%	63%
Múltipara	9	38%	100%
Total	24	100%	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupia García Godos 2018.

En la tabla 7. Del total de gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupia García Godos. El 42% (10) fueron nulíparas, el 21% (5) fueron primíparas y el 38% (9) fueron múltiparas. El 63% (15) fueron nulíparas o primíparas.

Tabla 8. Valor de la hemoglobina, peso y talla pregestacional en las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos 2018.

Estadísticos	Valor de la hemoglobina en la gestante en g/dl	Peso pre gestacional en kilogramos	Talla pre gestacional en metros
Cantidad de gestantes	24	24	24
Media	10.9	59.208	1.55
Mediana	11.2	60.000	1.55
Moda	11,5 ^a	64.000	1.55
Desviación estándar	1.6	8.177	0.05
Mínimo	7.0	47.000	1.47
Máximo	13.8	76.000	1.68
Percentiles 25	10.1	51.250	1.50
Percentiles 50	11.2	60.000	1.55
Percentiles 75	11.8	65.500	1.58

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos 2018.

Tabla 8. Del total de gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos.

El valor promedio de hemoglobina fue de 10.9 g/dl, el 50% de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre tuvieron un valor de hemoglobina mayor a 11.2 g/dl, el valor mínimo de hemoglobina fue de 7 g/dl y el máximo de 13.8 g/dl.

El peso pregestacional promedio fue de 59.208 kilogramos, el 50% de las gestantes con hemorragia en el tercer trimestre tuvieron un peso pregestacional mayor a 60 kilogramos, el 75% tuvieron un peso pregestacional menor a 65.5 kilogramos.

La talla promedio de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre fue de 1.55 metros, la talla mínima fue de 1.47 metros y la máxima de 1.68 metros. El 75% tuvieron una talla menor a 1.58 metros.

Tabla 9. Índice de masa corporal pre gestacional en las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupia García Godos 2018.

Índice de masa corporal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Normal (19.8-26.0)	17	71%	71%
Sobrepeso (26.1-29.0)	5	21%	92%
Obesidad (>29.0)	2	8%	100%
Total	24	100%	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupia García Godos 2018.

En la tabla 9. Del total de gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupia García Godos. El 71% (17) de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre tuvieron un índice de masa corporal pregestacional normal, el 21% (5) de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre tuvieron sobrepeso según el índice de masa corporal pregestacional y el 8% (2) de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre tuvieron obesidad según el índice de masa corporal pregestacional. El 29% de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre presentaron sobrepeso u obesidad pregestacional.

4.2. Discusión de resultados

Del total de gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupia García Godos. El 95.8% (23) tuvieron como lugar de procedencia la zona urbana. Esta proporción difiere de lo hallado por Pocasangre (8), quien encontró una proporción mucho menor. Probablemente esta alta proporción de gestantes de procedencia urbana se deba al contexto geográfico o que la mayoría de gestantes trabajen en la zona urbana, por lo que tienen mayor accesibilidad a los servicios de salud y probablemente por ser titulares del seguro en EsSalud.

El 66.7% (16) tuvieron como ocupación ser profesoras, el 8.3% (2) tuvieron como ocupación ser obstetras, el 8.3% (2) tuvieron como ocupación ser técnicas en enfermería, el 4.2% (1) tuvieron como ocupación ser amas de casa, el 4.2% (1) tuvieron como ocupación ser contadoras, el 4.2% (1) tuvieron como ocupación ser enfermeras y el 4.2% (1) tuvieron como ocupación ser trabajadora social. El 83.3% (20) tuvieron como ocupación ser profesoras, obstetras o técnicas en enfermería. El 4.2% (1) tuvieron como nivel de instrucción secundaria completa y el 95.8% (23) tuvieron como nivel de instrucción superior completa. Este resultado difieren de lo hallado por Pocasangre (8), quien encontró una proporción elevada de madres con baja escolaridad. La elevada escolaridad en este grupo de estudio y el que sean profesionales es una oportunidad para las intervenciones sanitarias de EsSalud sobre todo en la parte preventiva y promocional; ya que estas madres muestran una mayor predisposición de aprender los cuidados en su salud, en el embarazo, parto y puerperio.

El 45.8% (11) fueron convivientes, el 33.3% (8) fueron casadas y el 20.8% (5) fueron solteras. El 79.2% (19) fueron convivientes o casadas. En el contexto del estudio las mayores proporciones fueron madres convivientes o casadas; esto probablemente se deba al contexto socio cultural, en el caso de las madres convivientes puede ser debido a que son parejas recién constituidas o parejas jóvenes o por aspectos socio culturales en el ámbito de estudio.

La edad gestacional promedio en la primera atención prenatal fue de 11.17 semanas, el 50% en su primera atención prenatal tuvieron una edad gestacional mayor de 10.5

semanas, el 75% en su primera atención prenatal tuvieron una edad gestacional igual o menor a 13.75 semanas. No se encontró estudios similares para contrastar estos resultados. Tres de cada cuatro gestantes tuvo su atención prenatal antes de las 14 semanas. Según la norma técnica de atención integral de salud materna del Perú, recomienda que la primera atención prenatal sea antes de 14 semanas (30); este resultado muestra que en su mayoría las gestantes han tenido un acceso oportuno a la atención prenatal, lo cual permite detectar a tiempo complicaciones y realizar una atención continua adecuada.

El número de atenciones prenatales al presentarse la hemorragia en promedio fue de 5.46 atenciones, el 50% tuvieron más de 6 atenciones prenatales al presentarse la hemorragia del tercer trimestre, la mayoría de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre tuvieron 6 atenciones prenatales, el 25% tuvieron más de 8 atenciones prenatales al presentarse la hemorragia del tercer trimestre. Los resultados difieren de los hallado por Acho et al (13), quienes encontraron en la gestante con hemorragia menos de cinco atenciones prenatales. Los resultados indican que las gestantes en su mayoría tuvieron un numero aceptable de atenciones prenatales, lo que les ha permitido un adecuado acompañamiento y detección oportuna de la hemorragia para su manejo médico adecuado y a fin de prevenir y evitar desenlaces fatales.

La edad promedio de la gestante con hemorragia del tercer trimestre fue de 30.83 años, el 50% tuvieron una edad mayor a 31.5 años, la edad mínima fue de 17 años y la máxima de 46 años. El 75% de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre tuvieron más de 26 años o añosas. Los resultados concuerdan con lo hallado por Guisado (11), Alemán (10), Dioses et al (12); quienes también encontraron que la mayoría de pacientes con hemorragia obstétrica tuvieron más de 26 años o eran añosas. Este resultado difieren de lo hallado por Pocasangre (8), Mendoza (9), Acho et al (13), quien encontró un promedio de edad menor en el grupo de mujeres con hemorragia del tercer trimestre. La edad es un factor que debe tomarse en cuenta para un mejor seguimiento y acompañamiento a la mujer gestante a fin de identificar riesgos o complicaciones.

El 50% (12) tuvieron antecedentes de aborto. Es importante considerar este antecedente para una investigación más profunda; ya que la incidencia de aborto en este grupo de mujeres es elevada. El aborto incrementa el riesgo de placenta previa en posteriores embarazos esto probablemente por la implantación anormal de la placenta debido a lesión uterina.

El 42% (10) fueron nulíparas, el 38% (9) fueron múltiparas y el 21% (5) fueron primíparas. Estos resultados fueron similares a lo hallado por Alemán (10), quien también encontró una proporción similar de madres nulíparas con hemorragias del tercer trimestre; así mismo en este estudio se encontró en segundo lugar una proporción elevada de múltiparas lo que concuerda con lo hallado por Pocasangre (8), Guisado (11), Dioses et al (12). quienes encontraron una elevada proporción de múltiparas. La multiparidad es un factor de riesgo obstétrico para varias complicaciones obstétricas incluida las hemorragias obstétricas; por lo cual las gestantes con estas características deben tener un seguimiento adecuado a fin de evitar complicaciones o para realizar un manejo oportuno de las mismas. Por otra parte, la elevada proporción de nulíparas en la hemorragia del tercer trimestre indicaría que este factor estaría relacionándose con otros factores, lo cual necesita ser investigado a mayor profundidad.

El valor promedio de hemoglobina fue de 10.9 g/dl, el 50% de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre tuvieron un valor de hemoglobina mayor a 11.2 g/dl, el valor mínimo de hemoglobina fue de 7 g/dl y el máximo de 13.8 g/dl.

Los resultados indican que los valores de hemoglobina en las gestantes con hemorragia del tercer trimestre fueron bajos; situación que puede representar un riesgo ya que con la hemorragia estos valores tienden a disminuir más y pueden generar mayores riesgos a la salud materna.

El peso pregestacional promedio fue de 59.208 kilogramos, el 50% de las gestantes con hemorragia en el tercer trimestre tuvieron un peso pregestacional mayor a 60 kilogramos, el 75% tuvieron un peso pregestacional menor a 65.5 kilogramos. La talla promedio de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre fue de 1.55 metros, la talla mínima fue de 1.47 metros y la máxima de 1.68 metros. El 75%

tuvieron una talla menor a 1.58 metros. El 71% (17) de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre tuvieron un índice de masa corporal pregestacional normal, el 21% (5) de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre tuvieron sobrepeso según el índice de masa corporal pregestacional y el 8% (2) de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre tuvieron obesidad según el índice de masa corporal pregestacional. El 29% de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre presentaron sobrepeso u obesidad pregestacional. La mayoría de las gestantes que tuvieron hemorragias del tercer trimestre presentaron según el índice de masa corporal un peso normal.

Conclusiones

- Primero. Las gestantes con hemorragia del tercer trimestre según sus aspectos sociales se caracterizaron por ser de procedencia la zona urbana, con profesión universitaria, de ocupación profesoras, obstetras, enfermeras o técnicas en enfermería, convivientes.
- Segundo. Tres de cada cuatro gestantes en su primera atención prenatal tuvieron una edad gestacional igual o menor a 13.75 semanas de gestación. Esto indica que en su mayoría las gestantes han tenido un acceso oportuno a la atención prenatal, lo que permite un adecuado control y detección oportuna de factores de riesgo; para un adecuado seguimiento.
- Tercero. La mitad de las gestantes tuvieron 6 a más atenciones prenatales al presentarse la hemorragia del tercer trimestre; lo que indica que en su mayoría tuvieron un número aceptable de atenciones prenatales, lo que les ha permitido un adecuado acompañamiento y detección oportuna de la hemorragia para su manejo médico adecuado y a fin de prevenir y evitar desenlaces fatales.
- Cuarto. La edad promedio de la gestante con hemorragia del tercer trimestre fue de 30.83 años, la mitad tuvieron más de 31.5 años y tres de cada cuatro gestantes tuvieron más de 26 años. La edad es un factor que debe tomarse en cuenta para un mejor seguimiento y acompañamiento a la mujer gestante a fin de identificar riesgos o complicaciones.
- Quinto. La mitad de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre tuvieron antecedentes de aborto. El cual puede incrementar el riesgo de sangrados o hemorragias por placenta previa en posteriores embarazos.
- Sexto. Las gestantes con hemorragia del tercer trimestre según sus aspectos biomédicos se caracterizaron en su mayoría por ser nulíparas o multíparas, con un valor promedio de hemoglobina de 10.9 g/dl, siete de cada diez gestantes tuvieron un índice de masa corporal pregestacional normal,

Recomendaciones

Al gobierno regional, seguir fortaleciendo el acceso a la educación, para una mejor comprensión de la información que le brinda el sistema de salud sobre el cuidado de su salud, promoción de la salud y prevención de riesgos.

Al sector salud mantener capacitado al personal de salud en complicaciones materno perinatales con énfasis en hemorragias obstétricas; a fin de que el personal de salud pueda identificar oportunamente los factores de riesgo en la gestante e implementar acciones de control y seguimiento; para una atención oportuna, de calidad; que contribuyan a una adecuada salud materna y perinatal.

Es importante que los establecimientos de salud en las visitas domiciliarias de la atención primaria fortalezcan la participación de la familia en los cuidados de la gestante; con el fin de contribuir a una buena salud materna.

Los establecimientos de salud deben contar con los equipamientos adecuados e insumos; así como con los profesionales competentes para atender complicaciones obstétricas.

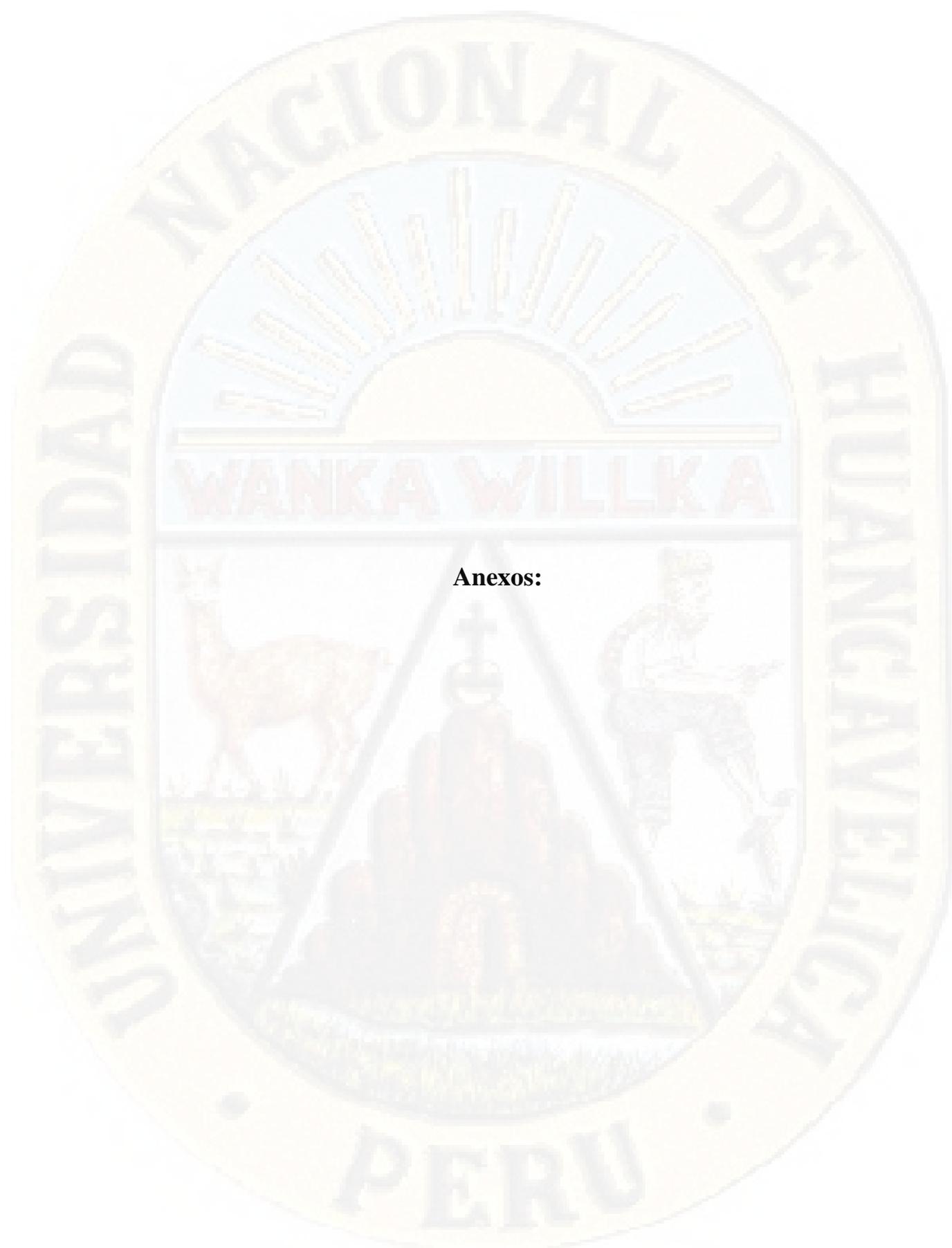
Referencias bibliográficas

1. Cantwell R, Clutton-Brock T, Cooper G, Dawson A, Drife J, Garrod D, et al. The eighth report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. *BJOG*. 2011;118(Suppl 1):1-203.
2. RCOG. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Antepartum Haemorrhage. Green-top Guideline No. 63. 2011.
3. OMS. Iniciativa de la OPS/OMS busca reducir las muertes maternas por hemorragias en países de las Américas. Washington D.C: Organización Mundial de la Salud; 2015 [updated 22 de mayo 2015; cited 2018 04 de junio]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10592%3A2015-pahowho-initiative-seeks-to-reduce-maternal-deaths-from-hemorrhage&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es.
4. Morillas-Ramírez F, Ortiz-Gómez J, Palacio-Abizanda F, Fornet-Ruiz I, Pérez-Lucas R, Bermejo-Albares L. Actualización del protocolo de tratamiento de la hemorragia obstétrica. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 2014;61(4):196-204.
5. Arias F. Hemorragias del tercer trimestre. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo 2ª edición Madrid: Mosby/Doyma Libros. 1994:163-75.
6. Leveno KJ, Spong CY, Dashe JS, Casey BM, Hoffman BL, Cunningham FG, et al. *Williams Obstetrics*, 25th Edition: McGraw-Hill Education; 2018.
7. Roura LC, Rodríguez DS. *Obstetricia y medicina materno-fetal: Editorial Médica Panamericana*; 2007.
8. Pocasangre Sarazúa EL. Caracterización clínico-epidemiológica de las pacientes con hemorragia del tercer trimestre del embarazo. [Tesis de Maestría]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2015.
9. Mendoza Juárez MEM. Morbilidad y mortalidad en hemorragia obstétrica en el Hospital de ginecología y obstetricia IMIEM, del periodo comprendido del 01 de julio 2011 al 01 de agosto 2012. [Tesis de Especialista en Ginecología y Obstetricia]. TOLUCA: Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Medicina; 2013.
10. Alemán Salinas E. Incidencia de la hemorragia obstétrica de la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato, causas y tratamiento; del periodo comprendido enero 2012 – diciembre 2012, en el hospital general de ECATEPEC “José María Rodríguez”.

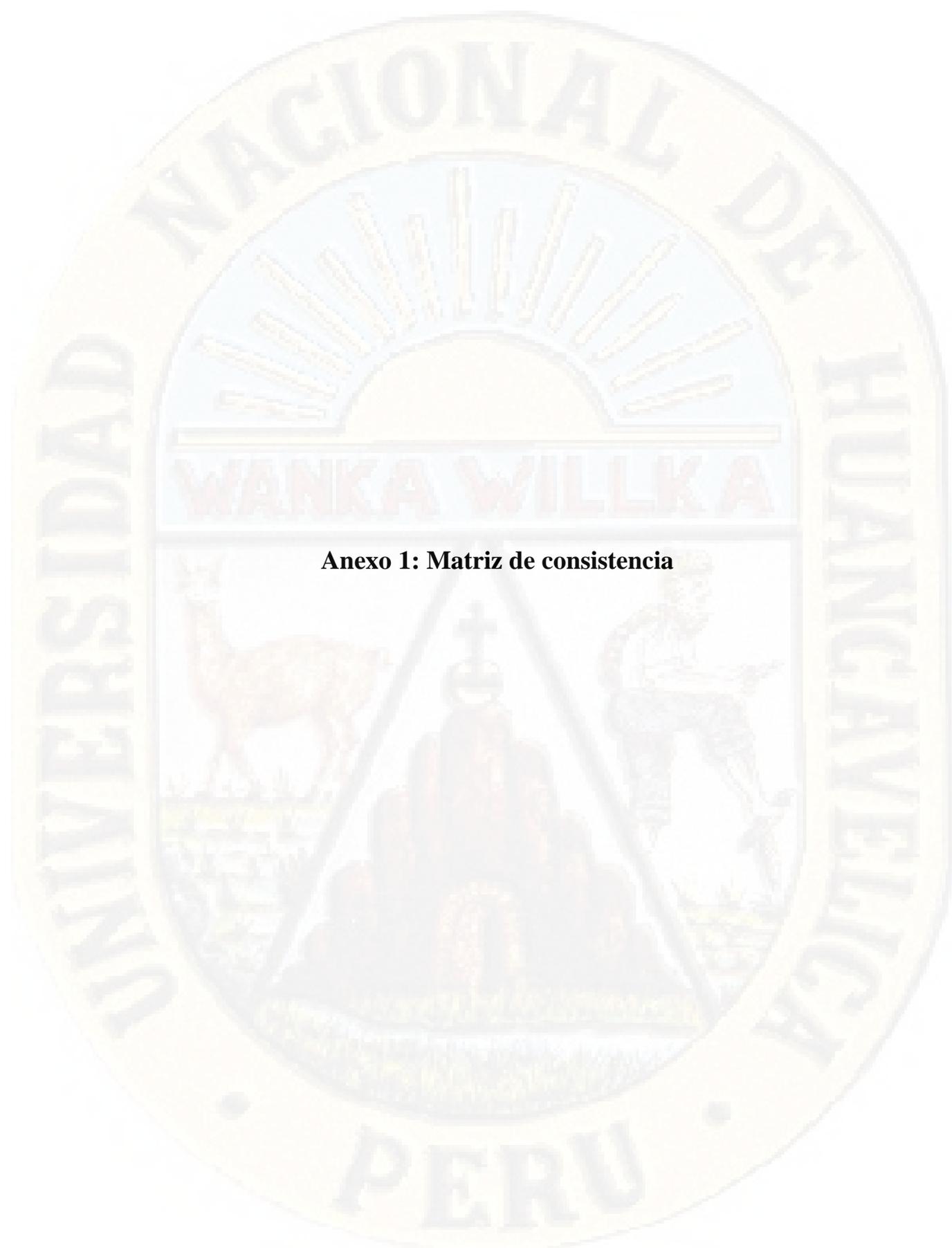
[Tesis de Posgrado en Ginecología y Obstetricia]. TOLUCA: Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Medicina; 2013.

11. Guisado Aguayo CL. Prevalencia de factores de riesgo en gestantes con placenta previa en el periodo enero-setiembre 2015 en el HNERM. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana; 2016.
12. Dioses Guerrero E, Oña Gil J, Cardoza Jiménez KJ, Meza Liviapoma J, Matorel Ruiz M. Factores asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un Hospital del norte del Perú. *Rev Cuerpo Med HNAAA*. 2014;7(4):22-6.
13. Acho Mego SC, Salvador Pichilingue J, Díaz-Herrera JA, Paredes-Salas JR. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un hospital nacional de Lima. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2011;57:243-7.
14. Gergen KJ. The social constructionist movement in modern psychology. *American psychologist*. 1985;40(3):266.
15. Garay G, Marín S, Iñarra J. Placenta previa: Concepto y clasificación. Su estudio. *Manual del residente de obstetricia y ginecología*. 1997;1:851-64.
16. DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS. *Diagnostico y tratamiento ginecoobstetricos*. 11a ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A.; 2014.
17. Serra B, Mallafré J, Aguilar E, Álvarez M, Ara C, Barri Soldevila PN, et al. *Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Quirón Dexeus*. 5ta ed. España: Elsevier Health Sciences; 2014.
18. Maldonado M, Lombardía J, Rodríguez O, Rincón P, Dehesa AS. Hemorragias del tercer trimestre. *SEMERGEN: Medicina de Familia*. 2000;26(4):192-5.
19. Fernández JLL. *Metodología de la investigación epidemiológica: Editorial Manual Moderno*; 2014.
20. 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. 65-78 p.
21. Londoño Fernández JL. *Metodología de la investigación epidemiológica*. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.
22. Martínez Montaña MdL, Briones Rojas R, Cortes Riveroll R. *Metodología de la investigación para el área de la salud*. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 47-62 p.

23. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.
24. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 600 p.
25. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar NE, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 202 p.
26. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
27. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.
28. García García JA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 447 p.
29. García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid: Alianza Universidad Textos; 1993. 141-70 p.
30. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. NTS N° 105 - MINSA/DGSP.V.01. R.M. N° 827-2013/MINSA, R.M. N° 159-2014/MINSA. Lima - Perú: Ministerio de Salud; 2014.



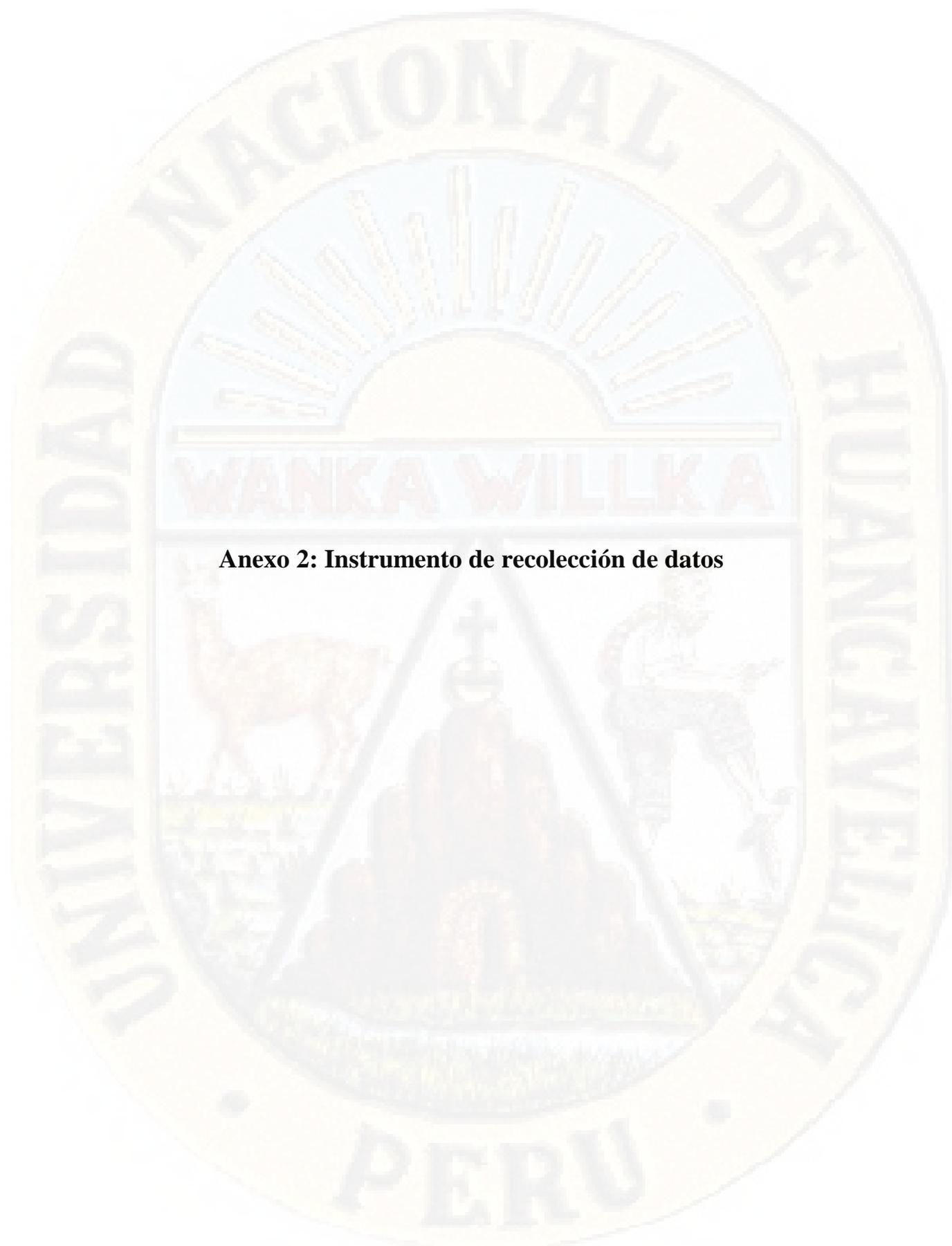
Anexos:



Anexo 1: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA - INVESTIGACIÓN: CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II HUAMANGA CARLOS TUPPIA GARCIA GODOS 2017

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
<p>Problema general ¿Cuáles son las características sociales y biomédicas de las gestantes con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos en el año 2018?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuáles son las características sociales de las gestantes con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos en el año 2018?</p> <p>¿Cuáles son las características biomédicas de las gestantes con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos en el año 2018?</p>	<p>Objetivo general Determinar las características sociales y biomédicas de las gestantes con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos en el año 2018.</p> <p>Objetivos específicos Determinar las características sociales de las gestantes con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos en el año 2018</p> <p>Determinar las características biomédicas de las gestantes con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos en el año 2018</p>	<p>Las hemorragias parto que ocurren durante el tercer trimestre, pueden deberse a la presencia de placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y en muy pocas ocasiones la hemorragia puede ser el resultado de la inserción velamentosa del cordón umbilical (vasa previa) con hemorragia de origen fetal.</p> <p>Las hemorragias del tercer trimestre complican el 3,9% de Todos los embarazos y constituyen una de las tres primeras causas de morbilidad y mortalidad materna en el ámbito mundial. Está influenciada por la definición utilizada, la evaluación del caso, el manejo clínico y las características de la población.</p> <p>Es por esta razón que el estudio está relacionado a determinar las características de las gestantes con este problema de salud; por la importancia que representa para la prevención, el tratamiento adecuado, el manejo de caso y la identificación de factores o características para una atención integral continua, desde su detección por los profesionales de la salud en el primer nivel con enfoque preventivo, así como un diagnóstico y tratamiento oportuno, para disminuir la morbi-mortalidad materna y neonatal.</p>	<p>Características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García</p>	<p>Características Sociales</p> <p>Características biomédicas</p>	<p>Registro del lugar de procedencia de la gestante</p> <p>Registro de la ocupación de la gestante.</p> <p>Registro del estado civil de la gestante.</p> <p>Registro del nivel educativo de la gestante.</p> <p>Registro de la edad gestacional de la gestante en semanas en la primera atención prenatal</p> <p>Registro del Número de atenciones prenatales de la gestante al presentarse la hemorragia.</p> <p>Registro de la edad de la gestante.</p> <p>Registro de antecedente de aborto en la gestante</p> <p>Registro de la paridad de la gestante antes del embarazo actual</p> <p>Registro del valor de la hemoglobina en g/dl de la gestante</p> <p>Registro de peso pre gestacional en kilogramos</p> <p>Registro de talla pre gestacional en metros.</p> <p>Índice de masa corporal pre gestacional</p>	<p>Lugar de procedencia de la gestante.</p> <p>Tipo de ocupación de la gestante.</p> <p>Madre soltera</p> <p>Madre conviviente</p> <p>Madre casada</p> <p>Madre viuda</p> <p>Madre divorciada</p> <p>Madre sin estudios</p> <p>Primaria Incompleta</p> <p>Primaria completa</p> <p>Secundaria incompleta</p> <p>Secundaria completa</p> <p>Superior incompleta</p> <p>Superior completa</p> <p>Edad gestacional de la gestante en semanas en la primera atención prenatal.</p> <p>Número de atenciones prenatales de la gestante al presentarse la hemorragia.</p> <p>Edad de la gestante en años</p> <p>Antecedente de aborto en la gestante</p> <p>Nulipara</p> <p>Primipara</p> <p>Multipara</p> <p>valor de la hemoglobina en g/dl de la gestante</p> <p>Peso pre gestacional en kilogramos</p> <p>Talla pre gestacional en metros</p> <p>Bajo peso (<19.8)</p> <p>Normal (19.8-26.0)</p> <p>Sobrepeso (26.1-29.0)</p> <p>Obesidad (>29.0)</p>	<p>Rural (1)</p> <p>Urbano (2)</p> <p>Nominal</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>Numérico</p> <p>Numérico</p> <p>Numérico</p> <p>Si(1),No(2)</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>Numérico</p> <p>Numérico</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>	<p>Nivel de investigación</p> <p>El nivel de investigación es descriptivo (DANKHE 1986).</p> <p>Tipo de investigación</p> <p>investigación observacional, retrospectivo, de corte transversal, descriptivo.</p> <p>Diseño de Investigación</p> <p>El estudio correspondió a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental fue la de representar una interpretación correcta del fenómeno</p> <p>Esquema: M O M: Gestantes con hemorragia del tercer trimestre. O: Características sociales y biomédicas.</p> <p>Población, muestra, muestreo</p> <p>La población</p> <p>Fueron todas las gestantes con diagnóstica de hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos, en el año 2018; según registros estadísticos del hospital fueron un total de 24 gestantes con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre.</p> <p>Muestra: El estudio fue censal. La muestra de estudio la constituyeron todas las gestantes con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos, en el año 2018</p>



Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO**

FORMATO N° 01

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CARACTERÍSTICAS DE LAS
GESTANTES CON HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE**

Investigación: CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II HUAMANGA CARLOS TUPPIA GARCÍA GODOS 2018.

INSTRUCCIONES: El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas; el llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, no se permite borrar, tampoco cambiar o modificar los datos. Cada ficha de recolección de datos tiene un número y un espacio para las observaciones en las que se deberá anotar con claridad si ocurriera los siguientes casos: falta un dato(s) será considerado como mal llenado; no existe físicamente la historia clínica; existe la historia clínica, pero está incompleta; historia clínica judicializada.

I. DATOS GENERALES:

1. Ficha N°

--	--	--	--	--	--	--	--
2. Responsable del llenado: _____
3. Fecha del llenado: ____/____/2019. Hora del llenado: ____: ____ horas
4. Provincia: _____
5. Distrito: _____
6. N° de historia clínica:

--	--	--	--	--	--	--	--

II. DATOS PROPIOS DEL ESTUDIO (Revisar las historias clínicas y en la ficha de recolección de datos, llenar la información solicitada o marque con una “X” según corresponda)

Dimensiones: Características sociales.

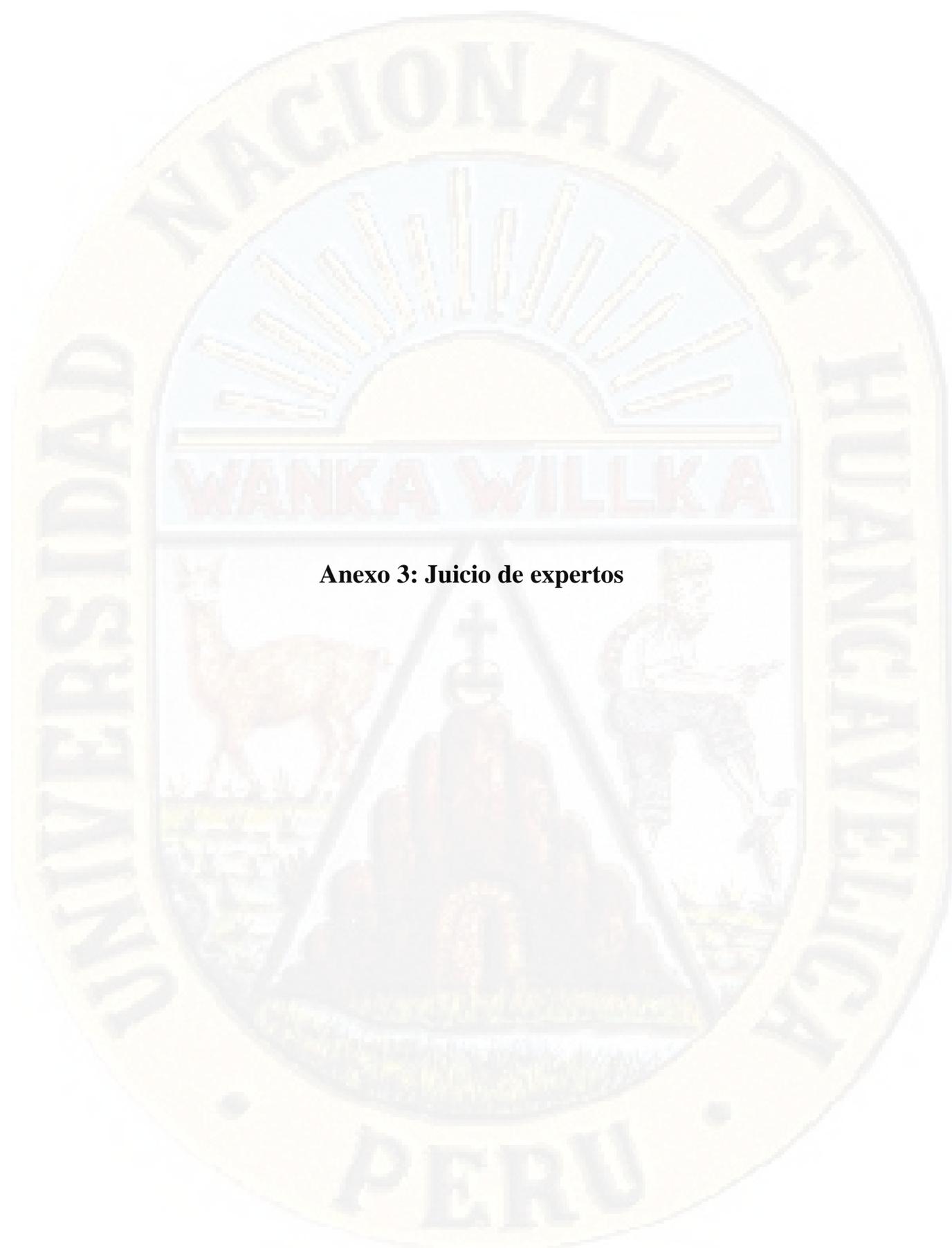
- a. Lugar de procedencia de la gestante:
Rural (1)
Urbano (2)
- b. Tipo de ocupación de la gestante _____
- c. Estado civil de la gestante
 - a) Madre soltera (1)
 - b) Madre conviviente (2)
 - c) Madre casada (3)
 - d) Madre viuda (4)
 - e) Madre divorciada (5)

- d. Nivel educativo de la gestante
 - a) Madre sin estudios (1)
 - b) Primaria Incompleta (2)
 - c) Primaria completa (3)
 - d) Secundaria incompleta (4)
 - e) Secundaria completa (5)
 - f) Superior incompleta (6)
 - g) Superior completa (7)
- e. Edad gestacional de la gestante en semanas en la primera atención prenatal _____
- f. Número de atenciones prenatales de la gestante al presentarse la hemorragia _____

Dimensiones: Características biomédicas.

- g. Edad de la gestante _____ años.
- h. Antecedente de aborto en la gestante:
Si (1) No (2)
- i. Paridad de la gestante antes del embarazo actual
 - a) Nulípara (1)
 - b) Primípara (2)
 - c) Multípara (3)
- j. Valor de la hemoglobina en g/dl de la gestante _____. ____g/dl
- k. Peso pre gestacional en kilogramos _____. ____kilogramos
- l. Talla pre gestacional en metros _____. ____metros

Observaciones:



Anexo 3: Juicio de expertos

Juicio de Experto

INVESTIGACIÓN: CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II HUAMANGA CARLOS TUPPIA GARCÍA GODOS 2018.

Investigador: Obsta. Nanie Fernández Medina

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems de la “FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE” que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

NOTA: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy deficiente	2.- Deficiente	3.- Regular	4.- Buena	5.- Muy buena
-------------------	----------------	-------------	-----------	---------------

INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

Variables de Estudio / ITEMS		1	2	3	4	5
Variable: Características de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre						
Características Sociales						
1	Lugar de procedencia de la gestante					
2	Ocupación de la gestante					
3	Estado civil de la gestante					
4	Nivel educativo de la gestante					
5	Edad gestacional de la gestante en semanas en la primera atención prenatal					
6	Número de atenciones prenatales de la gestante al presentarse la hemorragia					
Características biomédicas						
7	Edad de la gestante en años.					
8	Antecedente de aborto en la gestante.					
9	Paridad de la gestante paridad de la gestante antes del embarazo actual					
10	Valor de la hemoglobina en g/dl de la gestante					
11	Peso pre gestacional en kilogramos					
12	Talla pre gestacional en metros					
13	Índice de masa corporal pre gestacional					

Recomendaciones:

.....

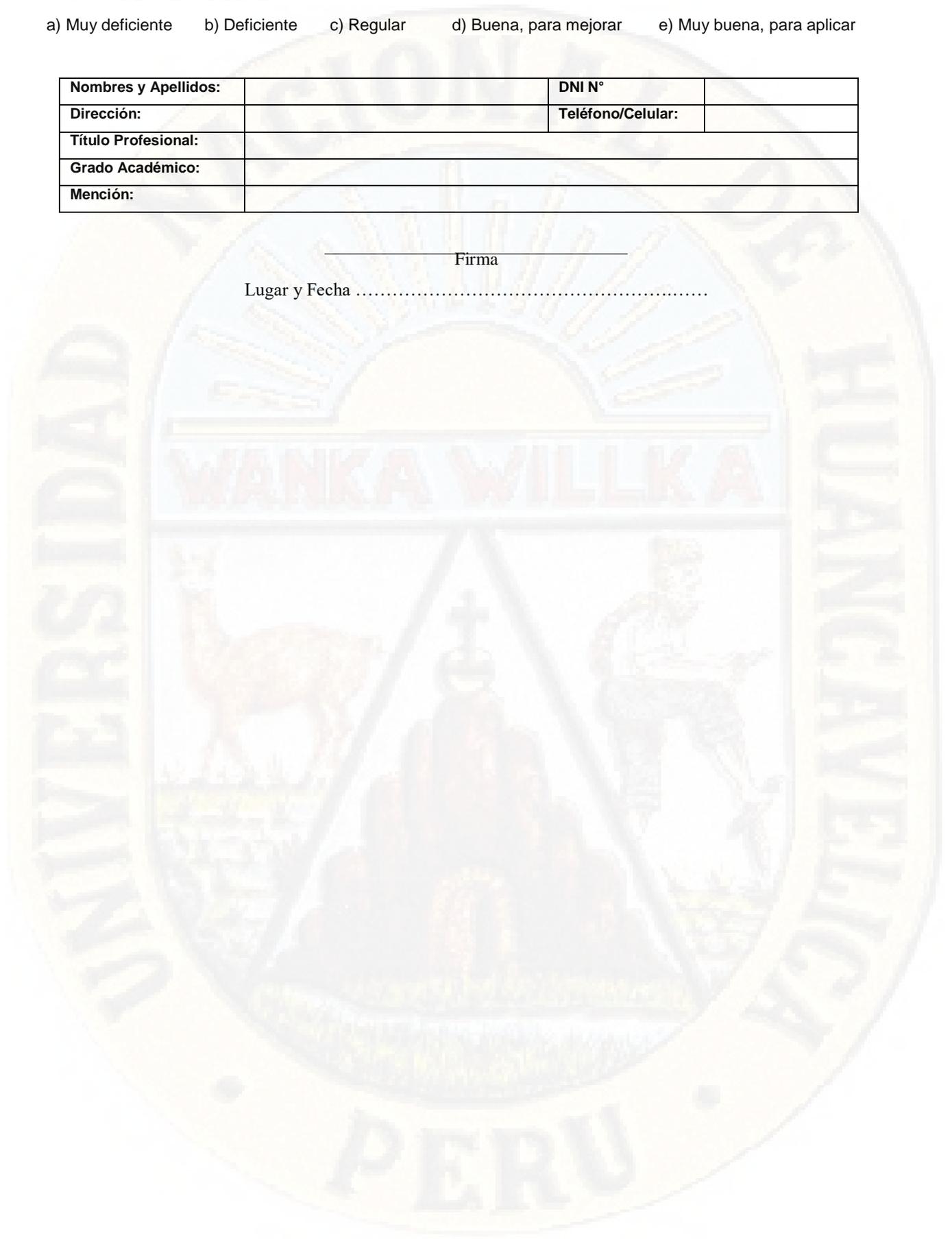
OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- a) Muy deficiente b) Deficiente c) Regular d) Buena, para mejorar e) Muy buena, para aplicar

Nombres y Apellidos:		DNI N°	
Dirección:		Teléfono/Celular:	
Título Profesional:			
Grado Académico:			
Mención:			

_____ Firma

Lugar y Fecha



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

Instrumento: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE

Investigación: CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II HUAMANGA CARLOS TUPPIA GARCÍA GODOS 2018.

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

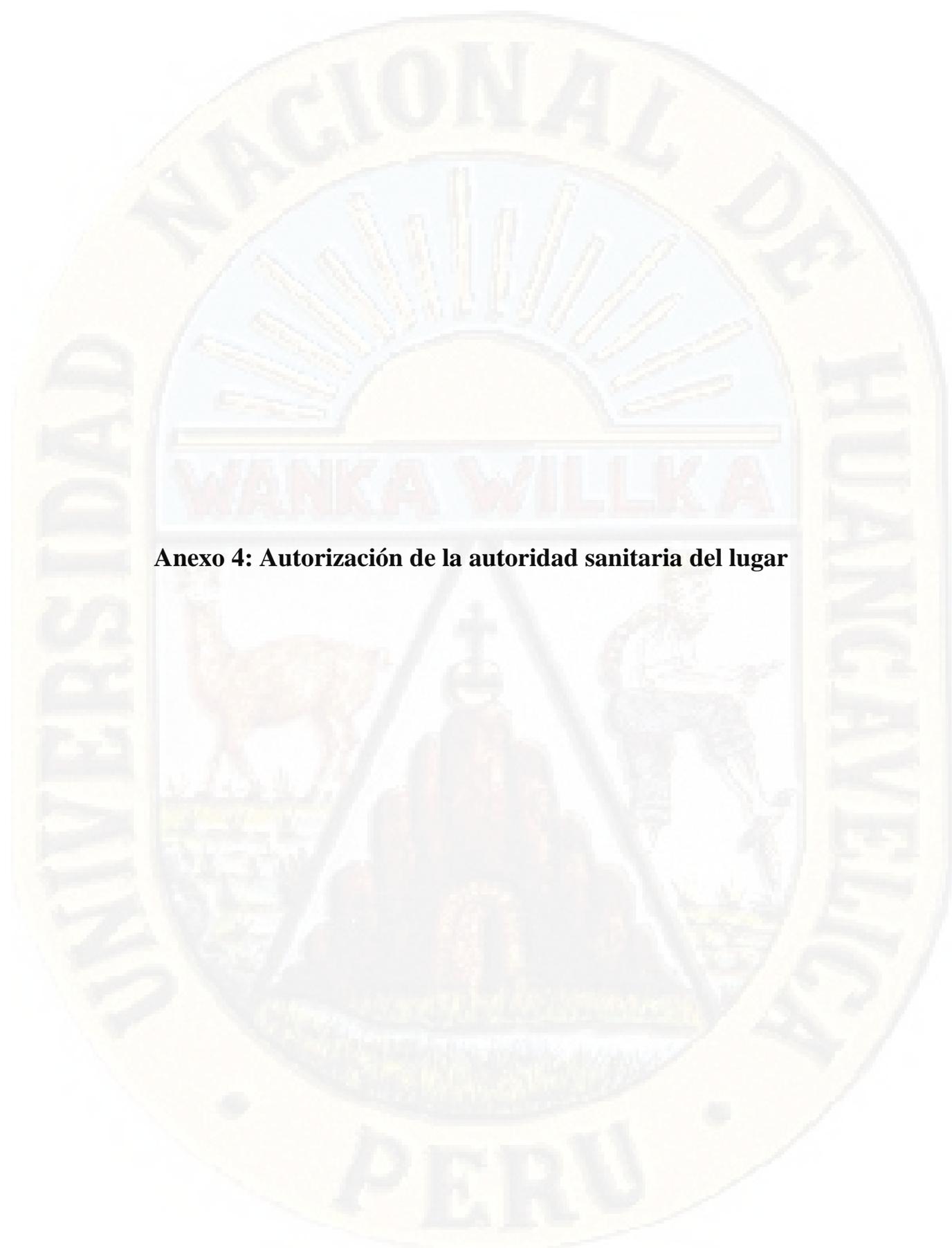
3. OPINIÓN DE APLICABILIDAD (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	<input type="radio"/>	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	<input type="radio"/>	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	<input type="radio"/>	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	<input type="radio"/>	<0,81 – 1,00]

4. RECOMENDACIONES:

.....
.....

.....
Firma del Juez



Anexo 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 poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

Dr.

DIRECTOR

HOSPITAL II HUAMANGA CARLOS TUPPIA GARCÍA GODOS

SD.

Yo, Nanie Fernández Medina, Identificado (a) con D.N.I. N° **31490404**, 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 con todo respeto me presento y digo.

Que, deseo realizar una investigación sobre las **CARACTERISTICAS DE LAS GESTANTES CON HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II HUAMANGA CARLOS TUPPIA GARCÍA GODOS 2018.**

Por lo cual solicito me brinde la autorización pertinente para poder tener acceso a la información de fuentes secundarias; por otra parte, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo será analizada de manera conjunta o grupal; por lo mencionado solicito se me expida la autorización para realizar la investigación.

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

Huancavelica, 01 de junio del 2019

Firma del Interesado