



Universidad Andina del Cusco
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Obstetricia



**Complicaciones maternas en pacientes con diagnóstico de hemorragia en la
segunda mitad del embarazo atendidas en el Hospital Antonio**

Lorena Cusco 2019.

Tesis presentada por:

Bach. Baca Quispe Soledad

Bach. León tarco Greismy Danitsa

Para optar el título de:

Licenciadas en Obstetricia

Asesora:

Dra. Gladis Edith Rojas Salas

Cusco – Perú

2021



Agradecimiento

Agradecemos a Dios por permitirnos paso a paso lograr nuestros objetivos, así mismo a nuestra casa de estudios la Universidad Andina del Cusco a quien siempre tendremos en nuestro corazón y demostrando en el ejercicio de nuestra profesión el gran trabajo que realiza en bienestar de la humanidad.

Agradecemos a nuestra asesora Dra. Obst. Obstetra Gladis Rojas Salas, dictaminantes y docentes quienes con su gran compromiso con la formación de profesionales obstetras han sabido guiar nuestro camino para el logro de este proyecto.



Dedicatoria

Dedico de manera muy especial a Dios, Dr. Patrón San Jerónimo quienes supieron guiarme por el buen camino, dándome fuerzas para poder seguir adelante y no claudicar frente a los problemas que se presentaban, así mismo permitiéndome estar al lado de mis seres queridos.

A mis padres Rómulo Baca Usca y Santusa Quispe Murillo, abuelos y tíos por confiar en mí y ser el pilar en mi formación como profesional.

A mis hermanas por ser yo su ejemplo a seguir, por siempre brindarme su apoyo incondicional y permanecer siempre a mi lado.

Baca Quispe Soledad



Dedicatoria

Dedico este trabajo a DIOS por haberme dado la vida y llegar hasta este escalón más.

A mi hermanito Rogger que a tu corta edad me demuestras tu fortaleza a todas las adversidades que la vida nos presenta y como siempre dices que yo soy tu ejemplo, te amo muchísimo.

A mi enamorado Román por ser mi compañero de vida, el destino te puso en mi vida en el momento preciso, agradecerte por estar conmigo en los buenos y malos momentos te amo gordito.

A mi madre por ser el motivo de todos mis logros por su amor, cariño y apoyo y siempre darme ese soporte, te admiro mucha madre mía. A mi padre por los consejos brindados de superación y constancia y sobre todo enseñarme algo valioso que siempre lo tengo presente que es la humildad, te amo demasiado papito.

A mi Papá Benito por todo el apoyo que me brindaste, sé que desde allá en el cielo te sientes orgulloso de la nieta profesional que tienes y siempre me lo decías. A mi Mamá Celestina por el amor de abuela incondicional que me brindas porque tus constantes consejos hoy están hechos realidad.

A mi Familia en general por su apoyo incondicional para hoy llegar a este escalón. Gracias a la vida por este triunfo y a todas las personas que me apoyaron de forma directa e indirecta en la realización de esta tesis.

León tarco Greismy Danitsa



Índice

Agradecimiento	ii
Dedicatoria	iii
Índice	v
Índice de tablas	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
Capítulo I: Introducción	
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1 Problema general	3
1.2.2. Problemas específicos	3
1.3. Justificación	4
1.3.1. Conveniencia	4
1.3.2. Relevancia social	4
1.3.3. Implicancias prácticas	4
1.3.4. Valor teórico	4
1.3.5. Utilidad metodología	5
1.4. Objetivos de la investigación	5
1.4.1 Objetivo general	5
1.4.2. Objetivos específicos	5
1.5. Delimitación del estudio	6
1.5.1. Delimitación espacial	6
1.5.2. Delimitación temporal	6
Capítulo II: Marco teórico	
2.1. Aspectos de la investigación	7
2.1.1. Antecedentes internacionales	7
2.1.2. Antecedentes nacionales	9
2.2. Bases teóricas	12
2.3. Marco conceptual	22
2.4. Variables e indicadores	23
2.2.1. Identificación de variables	23
2.2.2. Operacionalización de variables	23
Capítulo III: Método	
3.1. Alcance de estudio	28
3.2. Diseño de la investigación	28
3.3. Población y muestra	28
3.3.1. Descripción de la población	28
3.3.2. Muestra y método de muestreo	29
3.3.3. Criterios de selección	30



3.4. Técnicas e instrumentos	30
3.5. Procedimiento de recolección de datos	30
3.6. Procedimiento de análisis de datos	31
Capítulo IV: Resultados	
Resultados	32
Discusión	40
Conclusiones	44
Sugerencias	46
Referencias bibliográficas	48
Anexos	



Índice de tablas

Tabla N° 1	Características sociodemográficas y obstétricas de pacientes con diagnóstico de hemorragia en la segunda mitad del embarazo.	33
Tabla N° 2	Causas de hemorragia en la segunda mitad del embarazo.	35
Tabla N° 3	Complicaciones que se presentan en pacientes con diagnóstico de hemorragia en la segunda mitad del embarazo.	36
Tabla N° 4	Conducta obstétrica en pacientes con diagnóstico de hemorragia en la segunda mitad del embarazo	38



Resumen

Complicaciones maternas en pacientes con diagnóstico de hemorragia en la segunda mitad del embarazo atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2019, investigación cuyo objetivo es identificar las complicaciones maternas en pacientes con diagnóstico de hemorragia en la segunda mitad del embarazo, siendo esta descriptiva, de corte transversal, con enfoque cuantitativo, retrospectivo. Resultados: La edad entre 19 a 34 años 59.58%, grado de instrucción secundaria 56.38%, conviviente 58.51%, amas de casa 55.32%, la atención prenatal controlada en un 64.89%, el 53.19% tuvo dos gestaciones: las causas de hemorragia fueron placenta previa 61.71%, desprendimiento prematuro de placenta en el 25.53%; las complicaciones son anemia 25.53%, cesárea de emergencia 85.10%; coagulopatías 7.45%, shock hipovolémico el 1.06%, insuficiencia respiratoria 3.19%, insuficiencia renal 1.06%, insuficiencia hepática 1.6%, la presencia de atonía uterina en el 4.26%, de los casos estudiados en el 1.06% se realizó histerectomía y hubo 4 casos de mortalidad representando el 2.13%. La conducta obstétrica fue registro de funciones vitales completos 64.89%, registro de doble cateterismo venoso 8.51%, registra examen clínico el 100%, el 64.89% se realizó un monitoreo materno fetal estricto, el 54.26% registro control de sangrado vaginal, el 85.11% registró balance hídrico, en el 96.81% se solicitó exámenes de laboratorio, la solicitud del depósito de sangre fue en el 4.13%, en el 85.10% está registrado la preparación para sala de operaciones.

Palabras clave: Complicaciones maternas, hemorragia en la segunda mitad del embarazo



Abstract

Maternal complications in patients diagnosed with bleeding in the second half of pregnancy attended at the Hospital Antonio Lorena Cusco 2019, research whose objective is to identify maternal complications in patients diagnosed with bleeding in the second half of pregnancy, being this descriptive, cross-sectional, with quantitative approach, retrospective. Results: Age between 19 to 34 years 59.58%, secondary education level 56.38%, cohabiting 58.51%, housewives 55.32%, prenatal care controlled in 64.89%, 53.19% had two pregnancies: the causes of bleeding were placenta previa 61.71%, premature detachment of the placenta in 25.53%; complications are anemia 25.53%, emergency cesarean section 85.10%; coagulopathies 7.45%, hypovolemic shock 1.06%, respiratory failure 3.19%, renal failure 1.06%, liver failure 1.6%, the presence of uterine atony in 4.26%, of the cases studied in 1.06% a hysterectomy was performed and there were 4 cases mortality representing 2.13%. Obstetric behavior was a record of complete vital functions 64.89%, a record of double venous catheterization was 8.51%, a clinical examination was recorded in 100%, a strict maternal-fetal monitoring was performed in 64.89%, 54.26% a record of vaginal bleeding control, 85.11% registered water balance, in 96.81% laboratory tests were requested, the request for the deposit of blood was in 4.13%, in 85.10% the preparation for the operating room is registered.

Key words: Maternal complications, bleeding in the second half of pregnancy



Capítulo I Introducción

La mortalidad materna es alta, al día a nivel mundial mueren más de 800 mujeres por complicaciones que se relacionan al embarazo, parto o post parto. Se producen mayormente en países con ingresos bajos y en un alto porcentaje son inevitables. (1)

La hemorragia es la primera causa de mortalidad en Perú para el año 2021, los cuales presentaron complicaciones mayores como shock hipovolémico, histerectomías, coagulopatías (2) por ello es importante conocer las complicaciones posteriores a la hemorragia obstétrica para prevenir las muertes. La presente investigación pretende identificar estas complicaciones en un hospital de nivel III donde las referencias de la zona sur del país son más frecuentes lo que hace imprescindible que este nosocomio cuente con personal obstetras especializados en cuidados críticos obstétricos.

La presente investigación presenta el capítulo I dando a conocer el planteamiento del problema, la justificación, los objetivos y delimitación del estudio. El capítulo II con el marco teórico plasmando aquí el marco conceptual y las variables, en el capítulo III presentamos el método de estudio, la población y tanto las técnicas como los procedimientos de recolección de datos para en el capítulo IV presentar el capítulo IV con los resultados.



1.1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud indica que al año se producen más de 500 muertes maternas al año, de las cuales 166 000 se deben a hemorragia obstétrica, lo que representa el 25% del total de las muertes maternas. Más del 50% de estas muertes se presentan en las primeras cuatro horas post parto. (3)

Así mismo en Estados Unidos, las hemorragias en la gestación complicaron diez de cada treientos partos, en Nueva Escocia se producen cinco de treientos casos, siendo la placenta previa y el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera los más frecuentes terminando muchos casos en histerectomía, o complicaciones como shock hipovolémico y coagulopatías.(4)

Según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades en Perú las principales complicaciones e incluso causantes de muertes maternas directas hasta la semana epidemiológica 15 del presente año 2021, son la hemorragia y trastornos hipertensivos con 19.3% y 15% respectivamente luego de las muertes maternas indirectas por COVID-19 con 38.6%. (5)

Por lo planteado es importante saber cuáles son las complicaciones en las gestantes que presentaron hemorragia de la segunda mitad del embarazo.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las complicaciones maternas en pacientes con diagnóstico de



hemorragia en la segunda mitad del embarazo atendidas en el Hospital

Antonio Lorena del Cusco, 2019?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y obstétricas de pacientes con diagnóstico de hemorragia en la segunda mitad del embarazo en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2019?
- ¿Cuáles son las causas de hemorragia en la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2019?
- ¿Cuáles son las complicaciones que se presentan en pacientes con diagnóstico de hemorragia en la segunda mitad del embarazo en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2019?
- ¿Cuál es la conducta obstétrica en pacientes con diagnóstico de hemorragia en la segunda mitad del embarazo en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2019?

1.3. Justificación

1.3.1. Conveniencia

En el presente estudio los resultados pueden usarse para fortalecer las estrategias de intervención a este problema de salud pública.

1.3.2. Relevancia social

El estudio demuestra que estas patologías son consideradas como una de las causas de mortalidad materna en nuestro país, por lo tanto, cualquier estrategia para disminuirlas o tratarlas oportunamente es importante.



1.3.3. Implicancias prácticas

Los resultados del estudio aportan al personal de salud encargada de la atención a entender el problema, por lo tanto, evitar los casos de morbimortalidad materna y perinatal.

1.3.4. Valor teórico

Los resultados son datos necesarios para entender la problemática en todo su contexto, por lo tanto, pueden ser utilizados para el mejoramiento en la atención y a diferenciar la presencia de este en nuestro ámbito regional.

1.3.5. Utilidad metodología

Es de utilidad metodológica debido a que los resultados se pueden utilizar para estudios posteriores y seguir contribuyendo a mejorar de salud de nuestra población.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Identificar las complicaciones maternas en pacientes con diagnóstico de hemorragia en la segunda mitad del embarazo atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2019.

1.4.2. Objetivos específicos



- Identificar las características sociodemográficas y obstétricas de pacientes con diagnóstico de hemorragia en la segunda mitad del embarazo en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2019.
- Identificar las causas de hemorragia en la segunda mitad del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2019.
- Identificar las complicaciones que se presentan en pacientes con diagnóstico de hemorragia en la segunda mitad del embarazo en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2019.
- Especificar la conducta obstétrica en pacientes con diagnóstico de hemorragia en la segunda mitad del embarazo en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2019

1.5 Delimitación del estudio

1.5.1. Delimitación espacial

El presente estudio se desarrolló en Cusco, distrito de Santiago, quintil III de atención, en un hospital terciario regentado por el Ministerio de Salud denominado Hospital Antonio Lorena Cusco – Perú.

1.5.2. Delimitación temporal

Este estudio se realizó en pacientes atendidas entre el 1ero de enero al 31 de diciembre del año 2019 que tuvieron el diagnóstico de hemorragia en la segunda mitad del embarazo.

Capítulo II

Marco teórico

2.1 Antecedentes de la investigación



2.1.1. Antecedentes internacionales

Barrios M., Gonzales F., Escalante Y. “Comportamiento Epidemiológico de Placenta Previa en pacientes Embarazadas de la segunda mitad del embarazo y Hospitalizadas en el Hospital Berta Calderón Roque 2018” Nicaragua 2019.

Estudios para identificar factores epidemiológicos que afecten el embarazo y la salud del recién nacido, de metodología descriptiva, de corte transversal donde estudiaron a 12 gestantes con placenta previa, tipo de estudio probabilístico de conveniencia, hallaron que la población en estudio tenía entre veinte y treinta y cuatro años, estado civil de unión libre, procedente de área urbana, con estudios secundarios, amas de casa y de religión católica; multigestas, no controladas, a término, la vía de parto fue cesárea, en este estudio se evidencio como manifestaciones clínicas el sangrado y dolor abdominal, no encontraron mayores complicaciones. (6)

Meza C. “Características epidemiológicas y clínicas de la placenta previa”. Honduras 2017.

Estudio que identifica las características epidemiológicas y clínicas de los casos de placenta previa, con la metodología cuantitativa, observacional y de corte transversal, donde los resultados fueron: la edad promedio fue de 30 ± 5 años, el 50% de las pacientes tenían menos de 30 años, la escolaridad más frecuente fue primaria incompleta 65%, solteras en el 72%, el 32% de las pacientes eran gran multíparas y solo el 14% eran primigestas, el 46% asistieron a un máximo de 4 controles prenatales, y el 7% no tuvo atención prenatal; el 83% cursaban con embarazos pretérminos, el tipo de placenta previa total es la que con mayor frecuencia se presentó con 54%, en su mayoría los embarazos fueron pre términos



83%, culminaron en cesárea en un 100%, el síntoma clásico y único de la placenta previa fue el sangrado transvaginal y que como complicación de ello fue 64% de las pacientes presento algún grado de anemia, siendo la frecuente anemia Leve en un 51% (7)

2.1.2. Antecedentes nacionales

Fernández N. “Características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre. Hospital II Huamanga Carlos Tupia García Godos 2018”.

Huancavelica Perú 2020.

Estudio observacional para determinar las características sociales y biomédicas de gestantes con hemorragia, de tipo observacional, retrospectiva, transversal de nivel descriptivo, donde la población quedó conformada por veinticuatro embarazadas con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre. Resultados. La edad promedio de las mujeres embarazadas fue de 31 años. El 96% tuvo procedencia urbana, el 67% son docentes; 46% convivientes. El 96% tuvo instrucción superior completa. La edad gestacional de mujeres embarazadas fue promedio en la primera APN fue de 11 semanas de gestación, el 75% tuvo menos o igual a 14 semanas en la primera APN. El número de APN fue 50% más de seis. El 42% fue nulípara. El valor medio de hemoglobina fue de 10.9 g/dL, el 50% tuvo un valor mayor a 11.2 g/dL. (8)

Ponce E. “Hemorragia en la segunda mitad del embarazo en el Hospital Regional de Ayacucho” Ica 2018.

Estudio de caso clínico donde concluyo que el sangrado en la segunda mitad del embarazo esta implícitamente relacionado con las tasas de morbilidad y mortalidad materna y su producto. Las mujeres gestantes con edades extremas y el aumento de partos por cesárea aumentan la incidencia de afecciones asociadas con el sangrado



durante el embarazo y/o el parto y todas las complicaciones posteriores. (9)

Poma H. Hemorragias en la segunda mitad de gestación atendidas en el Centro de Salud de San Jerónimo. Andahuaylas 2016. Huancavelica 2018.

El estudio encontró características de gestantes con sangrado en la segunda mitad del embarazo, las cuales son descriptivas, esencialmente, con un diseño descriptivo, en el que la población incluye a todas las gestantes, siendo 75 gestantes.

Resultados: De las 175 mujeres embarazadas, 75 experimentaron sangrado en la segunda mitad del embarazo, donde hallaron que la placenta previa fue en 40%; desprendimiento prematuro de placenta en 5%. Hallaron que el 45% tuvo edades entre 19-35 años; estado civil con 44% convivientes; agricultoras en 48%; el número de atenciones prenatales más de 4 en 61%; número de gestaciones previas en 40%. El tipo de parto fue por vaginal en 71%. El sangrado la segunda mitad del embarazo es placenta previa (PP) 40%, desprendimiento prematuro de placenta (DPP) 5.3%. (10)

2.2. Bases teóricas

A. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo

“Es el sangrado vaginal que se presenta después de las 22 semanas de embarazo, acompañado o no de dolor abdominal” (11)

a. Placenta previa

Es la implantación de la placenta en la parte inferior del útero, que puede alternar parcial o totalmente con el nacimiento del feto.

- Placenta previa oclusiva total:

Cuando la placenta ocupa toda la abertura interna del cuello uterino.



- Placenta previa parcial.

Cuando la placenta cubre parte del orificio cervical interno.

- Placenta previa marginal.

Cuando el borde de la placenta acaba de llegar a la abertura interna del cuello uterino.

- Placenta previa lateral.

Cuando el límite de la placenta se implanta en el segmento inferior del útero sin llegar al orificio interno del cuello uterino. (12)

El hecho que caracteriza a esta patología es la hemorragia indolora de sangra roja y brillante, con una presentación insidiosa, que puede ser escasa o consideradamente abundante. (13)

Diagnóstico:

Anamnesis

Exploración obstétrica externa: mediante las maniobras de Leopold, encontramos un útero con tono normal, y en su mayor parte alteraciones de la estática fetal.

Ecografía: Con el uso de la ecografía abdominal, sin embargo, este hallazgo antes de las 24 semanas debe ser interpretado con precaución, en este caso se debe hacer un seguimiento durante el último trimestre antes de hacer un diagnóstico definitivo.

Cardiotocografía: evaluar el bienestar fetal

Especuloscopía: Para comprobar el origen de la hemorragia, de esta



forma descartar una distinta causa local

Tacto vaginal: este procedimiento no es recomendable. (13)

Manejo:

Manejo conservador:

- Si la hemorragia no es activa
- Si la gestante esta hemodinamicamente estable
- Si la gestación tiene menos de 36 semanas
- Si no hay malformaciones incompatibles con la vida
- Sin signos de perdida de bienestar fetal

Si el sangrado afecta el estado hemodinámico materno o fetal, el tratamiento es la interrupción del embarazo, independientemente de la edad gestacional.

- Estabilización hemodinámica: vía intravenosa con catéter N° 16, 18 con infusión salina 0.9 % 1000 cc (60 gts/min)
- Controlar la salud del feto.
- Maduración pulmonar con corticoides en fetos menores o iguales a 34 semanas
- Reposo
- Debe evitarse el examen vaginal.
- Hematocrito materno ≥ 30 % y la hemoglobina ≥ 10 g (13, 14)



b. Desprendimiento prematuro de placenta

Es el desprendimiento parcial o completo de la placenta que suele introducirse antes del parto, después de las 22 semanas de gestación y antes del parto, con hemorragia en la membrana basal. (13)

La frecuencia es de alrededor 1 en 100 a 200 partos (0.5 – 1 %)

La prevalencia en Perú es de 0.7 %

Etiología:

La etiología es incierta, sin embargo, en el caso de implantación deficiente, insuficiencia placentaria, hipoxia intrauterina y mala perfusión uterina, estos pueden considerarse mecanismos para el desprendimiento prematuro de la placenta. (13, 14)

Factores de riesgo:

Factores sociodemográficos y conductuales:

Multiparidad

Edad > a 35 años

Tabaquismo/uso de drogas

Factores históricos y maternos:

Hipertensión crónica

Trombofilias

Diabetes mellitus

Hipotiroidismo

Antecedente de desprendimiento prematuro de placenta.

Factores asociados del embarazo;



Hipertensión crónica

Trombofilias

Diabetes mellitus

Hipotiroidismo

Antecedente de desprendimiento prematuro de placenta

Factores asociados del embarazo:

Hipertensión gestacional

Preeclampsia

Rotura prematura de membranas

Polihidramnios / oligohidramnios

Corioamnionitis

Gestación múltiple

Diagnóstico:

- Sangrado vaginal entre 2 a 5 % de todas las gestaciones
- Dolor abdominal
- Tono uterino aumentado
- Hemorragia oculta Sensibilidad o dolor uterino.
- La sangre menstrual es de color rojo oscuro, aparece repentinamente y afecta el estado general de las mujeres embarazadas.
- Ecografía: Tiene una sensibilidad entre 25 a 50 %, se puede ver la localización: subcoriónico, retro placentario y pre placentario
- Hematoma marginal
- Colección retro placentario
- Hematoma subcorial



- Hematoma intramniótico
- Tacto vaginal: este procedimiento no es recomendable

Pruebas complementarias: hemograma completo, tipo y factores sanguíneos, perfil de coagulación, glucosa, urea, creatinina, análisis de orina completo, prueba cruzada y residuo sanguíneo. (14)

Manejo:

- Estabilización hemodinámica: vía venosa con catéter N° 16, 18 e iniciar infusión con solución salina 0.9% 1000 cc a 60 gts/min
- Monitoreo estricto de funciones vitales
- Monitoreo fetal continuo
- Reposo absoluto
- Maduración pulmonar con corticoides en fetos ≤ 34 semanas
- Evitar los tactos vaginales
- Mantener el hematocrito materno ≥ 30 % y la hemoglobina ≥ 10 g
- Activar clave roja
- Cesárea inmediata (14)

c. Rotura uterina

Se ve de esta manera cuando hay una solución continua en la pared uterina que con frecuencia está localizada en el segmento inferior, exista expulsión del feto o no, durante el trabajo de parto o en el mismo momento del parto. (15)

d. Desgarros cervicales

Es un desgarro del cuello de útero, siendo poco frecuente pero una complicación muy grave. (15)

e. Varices vulvovaginales



Son venas que se dilatan en la región del periné y vulva, se forman por insuficiencia venosa pélvica relacionado con el aumento de presión venosa en periné durante la gestación. (16)

f. Traumatismos en genitales

Es una causa frecuente de hemorragia persistente, independiente de la contracción del útero, muchas veces por falta de personal calificado o prácticas inadecuadas del manejo de parto. (16)

g. Vasa previa

Es la inserción velamentosa del cordón umbilical en el segmento inferior del útero por delante de la presentación fetal asociado muchas veces con placenta previa o embarazos múltiples, causando hemorragia. (16)

Complicaciones maternas

a. Anemia

Es la deficiencia de hierro en las gestantes por causa obstétrica como una hemorragia de la segunda mitad de gestación. La anemia materna puede conducir a complicaciones severas, por ello necesita En la gestación existe expansión del lecho vascular por ello se produce la hemodilución y disminución en niveles de hemoglobina, sobre todo a partir de las 20 semanas, ser diagnosticado prematuramente para un eficaz tratamiento.

Se clasifica en:

Anemia leve = $11 - 9$ g/dL

Anemia moderada = $9 - 7$ g/dL

Anemia severa = < 7 g/dL (17)

b. Parto pretérmino

Es un síndrome con multiplicidad de causas ocasionando un parto antes de la semana 37 de gestación, complicación frecuente de hemorragia en la segunda mitad de gestación. (18)

c. Cesárea de emergencia

Es aquella que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave en la gestante o en el feto con riesgo de mortalidad incluido el daño neurológico. Este tipo de terminación de la gestación



es muchas veces sin completar exámenes de laboratorio requeridos o riesgo quirúrgico previo. (19)

d. Coagulopatías

Es una patología que afecta a los cambios en el proceso de coagulación. Es causa de hemorragia masiva, se relaciona con desprendimiento prematuro de placenta, trastornos hipertensivos, entre otros. Es importante reconocer la causa para tratarla oportunamente. (19)

e.Shock hipovolémico:

El diagnóstico de shock es clínico, no hay estudio de laboratorio que diagnostique el shock, el manejo inicial es identificar su causa probable (atonía uterina, embarazo ectópico, placenta previa, etc.). (19)

f.Insuficiencia respiratoria

Es la incapacidad del sistema respiratorio para cumplir su función básica, siendo este un intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono, el diagnóstico es clínico y una radiografía de tórax. (20)

g.Insuficiencia renal.

Es un síndrome multifactorial en etapa terminal característico del deterioro lento de los riñones, proceso llamado nefropatía. Se manifiesta con oliguria o poliuria, disminuye la filtración glomerular. La mayoría de estos casos se evidencian en la etapa de puerperio por complicaciones de hemorragia o trastornos hipertensivos. (20)

h.Insuficiencia hepática

Es un síndrome cuando de manera severa y brusca afecta la función del hígado, con la subsiguiente aparición de encefalopatía y disminución de la capacidad de síntesis de la glándula hepática. (20)

I.Atonía uterina

Se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto. (21)

J.Histerectomía

Es la extirpación del útero después de un evento obstétrico complicado, siendo muchas veces el



último recurso cuando las medidas conservadoras ya no son aplicables, siendo la hemorragia el diagnóstico más frecuente por el cual se realiza. (21)

K.Mortalidad materna

Es el deceso de una mujer por el embarazo, parto o puerperio sin relacionar la duración siendo un problema grave de salud pública. (22)

2.3. Marco conceptual

Complicaciones

Son las disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo de alto riesgo para ser evaluado en la presente investigación.

Diagnóstico

Es un proceso donde una enfermedad, afección o lesión identificada por signos o síntomas.

Diagnostica se puede utilizar una buena anamnesis, examen físico y exámenes de ayuda diagnóstica.

Hemorragia

Es la pérdida de sangre por vasos sanguíneos dañados, que puede ser interna o externa y por lo general complica la vida de la persona que la sufre.

Embarazo

Es el tiempo que dura el estado grávido, desde la concepción hasta el parto.

Parto

Expulsión de un feto de más de 500 gramos de peso, correspondiendo aproximadamente, a 22 semanas completas de gestación.

Atención prenatal

Actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación. La atención médica para la mujer embarazada es importante para asegurar un embarazo saludable e incluye controles regulares y análisis prenatales.



Estudio de diseño no experimental, estudio retrospectivo.

3.3 Población

3.3.1 Descripción de la población

La población está compuesta por gestantes que tuvieron hemorragias en la 2da mitad de gestación y fueron atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Antonio Lorena de la ciudad del Cusco durante el año 2019 que presentaron hemorragias en la segunda mitad del embarazo, siendo 366.

3.3.2. Muestra y método de muestreo

Se utilizo una formula muestral probabilística:

$$n_{\text{opt}} = \frac{Z^2 \times N \times p \times q}{(N - 1) \times E^2 + Z^2 \times p \times q}$$

$N = 366$ (Población)

$E = 0.05$ (error muestra)

$Z = 1.96$ (valor de confianza)

$p = 0.50$ (posibilidad de éxito)

$q = 0.50$ (posibilidad de fracaso)



$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot q} = \frac{351.5064}{1.8729} = 188$$

En tal sentido la muestra a considerar fue de 188

3.3.3. Criterios de selección

Criterios de Inclusión:

- Gestantes con historia clínica en el área de estadística siendo el diagnóstico de hemorragia en la segunda mitad del embarazo.

Criterios de exclusión.

- Gestantes con historias clínicas incompletas o sin el diagnóstico de hemorragia en la segunda mitad del embarazo

3.4. Técnicas e instrumentos

La técnica fue de observación de historias clínicas de gestantes que tuvieron el diagnóstico de hemorragia en la 2da mitad del embarazo atendidas del 1ero de enero al 30 de diciembre del año 2019, para que a través de una ficha de recolección de datos estas se plasmen ahí y se logre cumplir con los objetivos planteados.

3.5. Procedimientos de recolección de datos

Se comprobó datos al revisar fuentes secundarias como registro, libros de partos,



SIP2000 recogidos por observación directa y que fueron transcritas en la ficha de recolección de datos el cual se diseñó para recopilar los antecedentes necesarios según los objetivos de la investigación.

Las tesis elaboraron una ficha de recolección de datos el cual fue validado por criterio de cinco expertos y según ello poder ser utilizado.

3.6. Procedimiento de análisis de datos

Las historias clínicas fueron consideradas como una unidad de análisis, la información relevante fue trasladada en las fichas de recolección de datos, para posteriormente transformarla al sistema digital SPSS Versión 23 para Windows y para organizarlos en matrices y obtener los gráficos respectivos utilizando estadística descriptiva.

Capítulo IV

Resultados



Tabla N° 1. Características sociodemográficas y obstétricas de pacientes con diagnóstico de hemorragia en la segunda mitad del embarazo.

Características		f	%
Edad	Menores de 19 años	18	9.57%
	De 19 a 34 años	112	59.58%
	35 años a más	58	30.85%
Total		188	100.00%
Grado de instrucción	Sin estudios	8	4.26%
	Primaria	40	21.28%
	Secundaria	106	56.38%
	Superior técnico	22	11.70%
	Superior universitario	12	6.38%
Total		188	100.00%
Estado civil	Soltera	10	5.32%
	Casada	68	36.17%
	Conviviente	110	58.51%
Total		188	100.00%
Ocupación	Ama de casa	104	55.32%
	Comerciante	74	39.36%
	Trabajo remunerado	10	5.32%
Total		188	100.00%
Atención prenatal	Sin control	8	4.26%
	De 1 a 5 controles	58	30.85%
	De 6 a más	122	64.89%
Total		188	100.00%
Gestaciones	Primigesta	42	22.34%
	Segundigesta	100	53.19%
	Multigesta	44	23.40%
	Gran multigesta	2	1.06%
Total		188	99.99%

Fuente: Ficha de recolección de datos realizado por las tesisistas

En la tabla N° 1 se encuentra que las características sociodemográficas y obstétricas de pacientes con diagnóstico de hemorragia en la segunda mitad del embarazo fueron edad entre 19 a 34 años 59.58%, considerado una edad reproductiva, sin tanto riesgo como ser



menor adolescente o con edad avanzada. El grado de instrucción con mayor frecuencia es secundaria 56.38%, el estado civil fue conviviente 58.51%, son amas de casa en un 55.32%, los controles prenatales fueron seis a más en 64.89%, el 53.19% tuvo dos gestaciones.



Tabla N° 2. Causas de hemorragia en la segunda mitad del embarazo.

Causas	f	%
Placenta previa	116	61.71%
Desprendimiento prematuro de placenta	48	25.53%
Inminencia de rotura uterina	17	9.04%
Desgarros cervicales	1	0.53%
Tumorações (miomas, pólipos)	4	2.13%
Varices vulvovaginales	1	0.53%
Traumatismos en genitales	1	0.53%
Total	188	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos realizado por las tesisistas

En la tabla N° 2 se evidencia que las causas de hemorragia en la segunda mitad del embarazo son placenta previa en un 61.71%, desprendimiento prematuro de placenta en el 25.53%, inminencia de rotura uterina 9.04%, desgarros cervicales 0.53%, tumorações entre miomas uterino, pólipos el 2.13%, el 0.53% tuvo varices vulvovaginales, traumatismos en genitales en el 0.53%.



Tabla N° 3. Complicaciones que se presentan en pacientes con diagnóstico de hemorragia en la segunda mitad del embarazo.

Características		f	%
Anemia	Leve	34	18.09%
	Moderada	12	6.38%
	Severa	2	1.06%
	Sin anemia	140	74.47%
Total		188	100.00%
Parto pretérmino	Si	102	54.26%
	No	86	45.74%
Total		188	100.00%
Cesárea de emergencia	Si	160	85.10%
	No	28	14.90%
Total		188	100.00%
Coagulopatías	Si	14	7.45%
	No	174	92.55%
Total		188	100.00%
Shock hipovolémico	Si	2	1.06%
	No	186	98.94%
Total		188	100.00%
Insuficiencia respiratoria	Si	6	3.19%
	No	182	96.81%
Total		188	100.00%
Insuficiencia renal	Si	2	1.06%
	No	186	98.94%
Total		188	100.00%
Insuficiencia hepática	Si	2	1.06%
	No	186	98.94%
Total		188	100.00%
Atonía uterina	Si	8	4.26%
	No	180	95.74%
Total		188	100.00%
Histerectomía	Si	2	1.06%
	No	186	98.94%
Total		188	100.00%
Mortalidad materna	Si	4	2.13%
	No	184	97.87%

Fuente: Ficha de recolección de datos realizado por las tesisistas



En la tabla N° 3 se encuentra que las complicaciones que se presentan son anemia en 25.53%, donde el 1.06% fue severa; se produjo parto pretérmino en el 54.26%; se realizó cesárea de emergencia en el 85.10%; hubo el diagnóstico de coagulopatías en un 7.45%, shock hipovolémico el 1.06%, insuficiencia respiratoria 3.19%, insuficiencia renal 1.06%, insuficiencia hepática 1.6%, la presencia de atonía uterina en el 4.26%, de los casos estudiados en el 1.06% se realizó histerectomía y hubo 4 casos de mortalidad representando el 2.13%.



Tabla N° 4. Conducta obstétrica en pacientes con diagnóstico de hemorragia en la segunda mitad del embarazo.

Conducta obstétrica		f	%
Registro de funciones vitales completos	Si	122	64.89%
	No	66	35.11%
Total		188	100.00%
Doble cateterismo venoso periférico	Si	16	8.51%
	No	172	91.49%
Total		188	100.00%
Examen clínico general y preferencial	Si	188	100.00%
	No	0	0.00%
Total		188	100.00%
Monitoreo materno fetal estricto	Si	122	64.89%
	No	66	35.11%
Total		188	100.00%
Control de sangrado vaginal	Si	102	54.26%
	No	86	45.74%
Total		188	100.00%
Balance hídrico	Si	160	85.11%
	No	28	14.89%
Total		188	100.00%
Solicitud de exámenes de laboratorio	Si	182	96.81%
	No	6	3.19%
Total		188	100.00%
Solicitud de depósito de sangre	Si	4	2.13%
	No	184	97.87%
Total		188	100.00%
Preparación para sala de operaciones	Si	160	85.10%
	No	28	14.90%
Total		188	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos realizado por las tesisistas

En la tabla N° 4. Se evidencia que la conducta obstétrica son registro de funciones vitales completos en un 64.89%, es decir, el 35.11% tenía registrado las funciones vitales pero



incompletas; se encontró registro de doble cateterismo venoso en el 8.51%, registra examen clínico el 100%, el 64.89% se realizó un monitoreo materno fetal estricto, el 54.26% registro control de sangrado vaginal, el 85.11% registró balance hídrico, en el 96.81% se solicitó exámenes de laboratorio, la solicitud del depósito de sangre fue en el 4.13%, en el 85.10% está registrado la preparación para sala de operaciones, es decir, cateterismo vesical, administración antibiótica pre operatoria.

Discusión

En la presente investigación se evidencia que las características sociodemográficas son edad con más frecuencia entre 19 a 34 años con 59.58%, considerado una edad reproductiva, sin tanto riesgo como ser adolescente 9.57% o con edad avanzada 30.85%. Datos similares fueron encontrados por Meza C. donde concluye que la edad promedio fue de 30, el 50% tenía menos de 30 años.

El grado de instrucción con mayor frecuencia es secundaria 56.38% seguido por las gestantes que refirieron tener estudios primarios en un 21.28%, el estado civil fue conviviente 58.51%, casadas 36.17% y solteras 5.32%, son amas de casa en un 55.32%, el 39.36% son comerciantes. Los datos encontrados por Meza C. difieren de los encontrados en la presente investigación debido a que el señala que la escolaridad mas frecuente fue primaria incompleta con 65.28% y ser solteras en el 72.22% de la población en estudio.

Respecto a las características obstétrica el control prenatal fue de seis a más en 64.89%, el 30.85% tuvo menos de 6 atenciones prenatales, el 53.19% tuvo dos gestaciones. Datos contrarios fueron hallados por Alvarado W. en su investigación Factores de riesgo y complicaciones de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo. Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel Canton.



Guayaquil Ecuador 2016 donde refiere que el 31% son mayores de 36 años, el 93% de ellas con escasos recursos económicos. En cuanto a la gestas el 84% fueron multíparas la edad gestacional entre 31 a 35 semanas correspondió a un 31%, con controles prenatales bajos entre 3 a 5 controles un porcentaje de 42%,

Así mismo el estudio de Meza C. en Características epidemiológicas y clínicas de la placenta previa. Honduras 2017, concluye que el promedio de edad fue 30 ± 5 años, el 50% de las pacientes tenían menos de 30 años, por el contrario de los resultados hallados en la presente investigación en el de Meza se concluye que la escolaridad más frecuente fue primaria incompleta 65.28%, solteras en el 72.22%, el 32% de las pacientes eran gran multíparas y solo el 14% eran primigestas, el 45.9% asistieron a un máximo de 4 controles prenatales, y el 7% no tuvo atención prenatal.

En este estudio las causas de hemorragia en la segunda mitad del embarazo son placenta previa en un 61.71%, desprendimiento prematuro de placenta en el 25.53%, inminencia de rotura uterina 9.04%, desgarros cervicales 0.53%, tumoraciones entre miomas uterino, pólipos el 2.13%, el 0.53% tuvo varices vulvovaginales, traumatismos en genitales en el 0.53%. El estudio de Alvarado W. concluye que las principales etiologías placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta con el 37 % y 26% respectivamente. Así mismo el estudio de Poma H. refiere que placenta previa con un 40%, desprendimiento prematuro de placenta 5.3%

Las complicaciones halladas en la presente investigación fueron anemia en 25.53%, donde el 1.06% fue severa; se produjo parto pretérmino en el 54.26%; se realizó cesárea de emergencia en el 85.10%; hubo el diagnostico de coagulopatías en un 7.45%, shock hipovolémico el 1.06%, insuficiencia respiratoria 3.19%, insuficiencia renal 1.06%, insuficiencia hepática 1.6%, la presencia de atonía uterina en el 4.26%, de los casos estudiados en el 1.06% se realizó histerectomía y hubo 4 casos de



mortalidad representando el 2.13%. Datos similares por Alvarado W. concluye que la complicación más frecuente fue parto pretérmino 55% de los casos. Así mismo el estudio de García A., Miranda Y., Rivera M. concluye que las complicaciones más frecuentes fueron: el shock hipovolémico (100%), sistemas en fallo: cardiovascular en el 100%, respiratorio 2.70%, renal 10.81%, muerte materna en el 2.70%.

La conducta obstétrica en pacientes con diagnóstico de hemorragia en la segunda mitad del embarazo son registro de funciones vitales completos en un 64.89%, es decir, el 35.11% tenía registrado las funciones vitales pero incompletas; se encontró registro de doble cateterismo venoso en el 8.51%, registra examen clínico el 100%, el 64.89% se realizó un monitoreo materno fetal estricto, el 54.26% registro control de sangrado vaginal, el 85.11% registró balance hídrico, en el 96.81% se solicitó exámenes de laboratorio, la solicitud del depósito de sangre fue en el 4.13%, en el 85.10% está registrado la preparación para sala de operaciones, es decir, cateterismo vesical, administración antibiótica pre operatoria.



Conclusiones.

Las características sociodemográficas y obstétricas de pacientes con diagnóstico de hemorragia en la segunda mitad del embarazo fueron edad entre 19 a 34 años 59.58%, considerado una edad reproductiva, sin tanto riesgo como ser menor adolescente o con edad avanzada. El grado de instrucción con mayor frecuencia es secundaria 56.38%, el estado civil fue conviviente 58.51%, son amas de casa en un 55.32%, la atención prenatal fue de 6 a más, por lo tanto, controlada en un 64.89%, el 53.19% tuvo dos gestaciones.

Las causas de hemorragia en la segunda mitad del embarazo son placenta previa en un 61.71%, desprendimiento prematuro de placenta en el 25.53%, inminencia de rotura uterina 9.04%, desgarros cervicales 0.53%, tumoraciones entre miomas uterino, pólipos el 2.13%, el 0.53% tuvo varices vulvovaginales, traumatismos en genitales en el 0.53%.

Las complicaciones que se presentan son anemia con un 25.53%, donde el 1.06% fue severa; se produjo parto pretérmino en el 54.26%; se realizó cesárea de emergencia en el 85.10%; hubo el diagnóstico de coagulopatías en un 7.45%, shock hipovolémico el 1.06%, insuficiencia respiratoria 3.19%, insuficiencia renal 1.06%, insuficiencia hepática 1.6%, la presencia de atonía uterina en el 4.26%, de los casos estudiados en el 1.06% se realizó histerectomía y hubo 4 casos de mortalidad representando el 2.13%.

La conducta obstétrica en pacientes con diagnóstico de hemorragia en la segunda mitad del embarazo son registro de funciones vitales completos en un 64.89%, es decir, el 35.11% tenía registrado las funciones vitales pero incompletas; se encontró registro de doble cateterismo venoso en el 8.51%, registra examen clínico el 100%, el 64.89% se realizó un monitoreo materno fetal estricto, el 54.26% registro control de sangrado vaginal, el 85.11% registró balance hídrico, en el 96.81% se solicitó exámenes de laboratorio, la solicitud del depósito de sangre fue en el 4.13%, en el 85.10% está registrado la preparación para sala de operaciones, es decir, cateterismo vesical, administración antibiótica pre operatoria.



Sugerencias

Se sugiere que el personal de salud haga énfasis en las características sociodemográficas y obstétricas halladas en el presente estudio para determinar un manejo en este grupo de gestantes con un enfoque preventivo sobre todo en las atenciones prenatales para un reconocimiento y manejo oportuno de complicaciones en el embarazo.

Se sugiere capacitación constante del personal de salud en las causas de emergencias obstétricas de esta manera lograr una identificación oportuna por ende un manejo eficaz para evitar las complicaciones posteriores tanto en la gestante como en el recién nacido.

Se sugiere realizar seguimiento de gestantes que presentaron hemorragia en la segunda mitad de la gestación para afianzar la investigación en las complicaciones posteriores a estas patologías obstétricas de esta manera trabajar de forma preventiva.

Se sugiere mejorar las practicas o conductas obstétricas en base al cumplimiento irrestricto de las guías y protocolos de atención por ello es importante realizar periódicamente auditoria de historias clínicas, todo en mérito de mejorar la salud materna.



Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad materna. Internet. (Citado en agosto 2020) Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Ministerio de Salud. Boletín epidemiológico: análisis de la mortalidad materna Perú 2021 Internet. (Citado en setiembre 2021) Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202130_06_0755_09.pdf
3. Meza C. Características epidemiológicas y clínicas de la placenta previa. Honduras 2017. Internet. (Citado en noviembre 2022) Disponible en: <http://www.bvs.hn/TMVS/pdf/TMVS65/pdf/TMVS65.pdf>
4. OMS. Iniciativa de la OPS/OMS busca reducir las muertes maternas por hemorragias en países de las Américas. Washington D.C: Organizacion Mundial de la Salud; 2015. Internet (Citado en setiembre 2020) Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10592:2015-pahowho-initiative-seeks-to-reduce-maternal-deaths-from-hemorrhage&Itemid=1926&lang=es
5. Ministerio de Salud. Centro de epidemiologia prevención y control de enfermedades Lima 2020. Internet (Citado en setiembre 2020) Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2021/SE07/mmaterna.pdf>



6. Barrios M., Gonzales F., Escalante Y. “Comportamiento Epidemiológico de Placenta Previa en pacientes Embarazadas de la segunda mitad del embarazo Hospitalizadas en el Hospital Berta Calderón Roque 2018” Nicaragua 2019. Internet (Citado en setiembre 2020) Disponible en:
<https://repositorio.unan.edu.ni/12291/1/100294.pdf>
7. Meza C. “Características epidemiológicas y clínicas de la placenta previa”. Honduras 2017. Internet (Citado en enero 2021) Disponible en:
<http://www.bvs.hn/TMVS/pdf/TMVS65/pdf/TMVS65.pdf>
8. Fernández N. “Características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre. Hospital II Huamanga Carlos Tupia García Godos 2018”. Huancavelica Perú 2020. Internet (Citado en enero 2021) Disponible en:
<https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/3291/TESIS-SEG-ESP-OBSTETRICIA-2020-FERN%c3%81NDEZ%20MEDINA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Ponce E. “Hemorragia en la segunda mitad del embarazo en el Hospital Regional de Ayacucho” Ica 2018. Internet (Citado en enero 2021) Disponible en:
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPIC_59219719a5dd8309d0864a5ad6bf361e
10. Poma H. Hemorragias de la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de San Jerónimo. Andahuaylas 2016. Huancavelica Perú 2018. Internet (Citado en enero 2021) Disponible en:
<https://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/1724>



11. Salud materna y neonatal. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Diciembre de 2014. Internet (Citado en febrero 2021) Disponible en:
https://www.unicef.org/media/50796/file/UNICEF_Annual_Report_2014_S_P.pdf
12. Malvino E, Eisele G, Martinez M, Lowenstein R. Hemorragias obstétricas exanguinantes. Clínica e Investigación en Obstetricia y Ginecología España 2015
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-115810>
13. Zamorano M. Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta. Clases de Residentes 2017. Internet (Citado en febrero 2021) Disponible en:
<https://www.huvn.es/investigacion>
14. Medina M, Espinosa A, Vázquez L.. Administración de Carbetocina y oxitocina a pacientes con riesgo alto de hemorragia obstétrica. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2016
<https://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=300>
15. Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia. XIV Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. 2016
<http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/issue/archive>
16. Cho H., Hwang H., Jung I., Park Y., Kwon J., Kim Y. Diagnóstico de placenta previa sangrantes, placenta acreta Argentina 2015.
https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/523/Guisado_c.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Bukari M. Frecuencia de placenta previa. Revista Med Española 2015.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid



18. Declaración de la Organización Mundial de la Salud sobre tasas de cesárea. Programa de Reproducción Humana. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Organización Mundial de la Salud. 2015.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=1857F09E1D5F3E74435848107064CC3C?sequence=1

19. Quispe A. Cesáreas en siete hospitales públicos de Lima: Análisis de Tendencia en el periodo 2013 – 2017 Revista Peruana de Medicina Experimental Salud Pública. 2018.
<https://rpmesp.ins.gob.pe/rpmesp/article/view/1443>

20. Instituto Especializado Materno Perinatal. Complicaciones maternas en gestantes. Vol 4: 275-279. 2019.
<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/issue/view/14>

21. Alvarado W. Factores de riesgo y complicaciones de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo. Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel Canton. Guayaquil Ecuador 2016. Internet (Citado en febrero 2021) Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/20333>

22. Guisado C. Prevalencia de factores de riesgo en gestantes con placenta previa en el HNERM. 2016. Internet (Citado en marzo 2021) Disponible en: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/523/Guisado_c.pdf?sequence=1&isAllowed=y



ANEXOS



c) Multigesta []

d) Gran multigesta []

II: Causas de hemorragias en la segunda mitad del embarazo

a) Placenta previa	[]
b) Desprendimiento prematuro de placenta	[]
c) Inminencia de rotura uterina	[]
d) Rotura uterina	[]
e) Desgarros cervicales	[]
f) Tumoraciones	[]
g) Varices vulvovaginales	[]
h) Traumatismos en genitales	[]
i) Vasa previa	[]

III: Tipos de complicaciones de hemorragia en la segunda mitad del embarazo

a) Anemia

- Leve []

- Severa []

- Moderada []

b) Parto pretérmino

- Si []

- No []

c) Cesárea de emergencia

- Si []

- No []

d) Coagulopatías

- Si []

- No []

e) Shock hipovolémico



- Si

- No

f) Insuficiencia respiratoria

- Si

- No

g) Insuficiencia renal

- Si

- No

h) Insuficiencia hepática

- Si

- No

i) Atonía uterina

- Si

- No

j) Histerectomía

- Si

- No

k) Mortalidad materna

- Si

- No

IV: Conducta obstétrica

l) Registro de funciones vitales completos

- Si

- No



m) Doble cateterismo venoso periférico

- Si

- No

n) Examen clínico general y preferencial

- Si

- No

o) Monitoreo materno fetal estricto

- Si

- No

p) Control de sangrado vaginal

- Si

- No

q) Balance hídrico

- Si

- No

r) Solicitud de exámenes de laboratorio

- Si

- No

s) Solicitud de depósito de sangre

- Si

- No

t) Preparación para sala de operaciones

- Si

- No



Validación del instrumento

Mediante el criterio de expertos

Instrucciones:

El presente documento tiene como objetivo el de recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema:

La validez del instrumento de recolección de datos se compone de 10 ítems, lo que se acompaña con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una solución escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución de ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de la escala y debe ser asignada cuando se aprecie que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de una manera total suficiente.

Marque con aspa (X) en la escala que figure a la derecha de cada ítem según la opinión que merezca el instrumento de investigación.