UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FACTORES ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2021-2022

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

PAMELA XIMENA TACANGA LÓPEZ

PUCALLPA - PERÚ
2023

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

En Pucallpa, a los..19... días del mes de...Junio.... del dos mil Veintitrés, siendo las..14:00 horas, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunieron en los ambientes de la Sala de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, los miembros del Jurado Calificador de Tesis, para proceder con la evaluación de la tesis denominado **"FACTORES ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA 2021-2022"** elaborado por la bachiller en Medicina Humana **Pamela Ximena Tacanga López.**

El Jurado Calificador de Tesis esta conformado por los siguientes docentes:

M.C. ANGEL MARTTI RONCAL JIMENEZ	(Presidente)
M.C. MIGUEL ANGEL VALVERDE OCHOA	(Miembro)
M.C. ANGEL ALEX MOSQUERA SANCHEZ	(Miembro).

Finalizado el acto de sustentación, luego de deliberar el Jurado y verificar los calificativos, se obtuvo el siguiente resultado de..APROBADO..... por..UNANIMIDAD.. con el calificativo de .....13..(TRECE). Quedando el sustentante graduado como Médico Cirujano, para que se le expida el TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.

Pucallpa,...19..... de ...Junio..... del 2023.

.....
M.C. Ángel Martti Roncal Jiménez
Presidente del Jurado Evaluador

.....
M.C. Miguel Angel Valverde Ochoa
Miembro del Jurado Evaluador

.....
M.C. Angel Alex Mosquera Sánchez
Miembro del Jurado Evaluador

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.

.....
M.C. Angel Martti Roncal Jiménez
Presidente del Jurado Evaluador

.....
M.C. Miguel Àngel Valverde Ochoa
Miembro del Jurado Evaluador

.....
M.C. Ángel Alex Mosquera Sánchez
Miembro del Jurado Evaluador

.....
M.C. Gian Alberto Pérez Espinoza
Asesor de Tesis

.....
Bach. Pamela Ximena Tacanga López
Tesista

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
DIRECCION GENERAL DE PROPIEDAD INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

Nº V/0271-2023.

La Dirección de Producción Intelectual, hace constar por la presente, que el Informe final de tesis, titulado:
"FACTORES ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA 2021-2022"

Autor(es)	:	**TACANGA LOPEZ, PAMELA XIMENA**
Facultad	:	**MEDICINA HUMANA**
Escuela	:	**Medicina Humana**
Asesor(a)	:	**MC Perez Espinoza, Gian Alberto**

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio URKUND, dicho documento presenta un **porcentaje de similitud 8%.**
En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND, el cual indica que no se debe superar el 10%. Se declara, que el trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de similitud, por lo que SI se aprueba su origir.alidad.
En señal de conformidad y verificación se firma y se sella la presente constancia

Fecha: 16/05/2023

Dirección General de Producción Intelectual
UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

Mg. JOSÉ MANUEL CÁRDENAS BERNAOLA
Director de Producción Intelectual

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

REPOSITORIO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

Yo, PAMELA XIMENA TACANGA LOPEZ

Autor(a) de la TESIS de pregrado titulada:

"FACTORES ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA 2021-2022"

Sustentada el año: 2023

Con la asesoría de: M.C. GIAN ALBERTO PEREZ ESPINOZA

En la Facultad: MEDICINA HUMANA

Escuela profesional: MEDICINA HUMANA

Autorizo la publicación:

PARCIAL ☐ Significa que se publicará en el repositorio institucional solo La caratula, la dedicatoria y el resumen de la tesis. Esta opción solo es válida marcar **si su tesis o documento presenta material patentable**, para ello deberá presentar el trámite de CATI y/o INDECOPI cuando se lo solicite la DGPI UNU.

TOTAL ☑ Significa que todo el contenido de la tesis y/o documento será publicada en el repositorio institucional.

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali **licencia no exclusiva** para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la **tesis es una creación de mi autoría** y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria y el Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 07 / 07 / 2023

Email: ximepame.2394@gmail.com
Teléfono: 947517255

Firma:
DNI: 73897854

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo mi amor a mi madre y mi abuela por ser una fuente de motivación e inspiración, por su sacrificio y esfuerzo, por darme una carrera y por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado brindándome su comprensión, cariño y amor.

A mis hermanos Pierina y Camilo quienes con cada palabra me alentaban a continuar y ser perseverante para lograr mis metas.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi familia por su apoyo constante a lo largo de mi carrera, por el amor y la compresión que me dieron.

Agradezco también a mis amigas Antonella, Katherine y a mi enamorado Luis por haberme brindado su apoyo incondicional y alentarme a lograr mi meta. Un agradecimiento especial para mi asesor, por guiarme y brindarme sus conocimientos en este proceso de elaboración de la tesis.

Y para finalizar, también agradezco a mi grupo de amigos incondicionales durante todos los años de universidad, con cada consejo brindado cada llamada de atención me empujó a seguir firme en la carrera.

PORTADA

1. TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

FACTORES ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA,2021-2022.

2. Á REA DE INVESTIGACIÓ N

GINECOLOGIA

3. AUTOR:

PAMELA XIMENA TACANGA LOPEZ.

4. ASESOR:

M.C. GIAN ALBERTO PEREZ ESPINOZA.

5. INSTITUCIONES Y PERSONAS COLABORADORAS:

HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA.

6. INSTITUCIÓ N QUE FINANCIA:

AUTOFINANCIADO.

INDICE

DEDICATORIA ..... …**vi**
AGRADECIMIENTOS ..... ….**vii**
PORTADA .....**viii**
ÍNDICE .....**ix**
RESUMEN .....**x**
ABSTRACT .....**xi**

CAPÍTULO I: PROBLEMA 1
1.1 Planteamiento del problema 1
1.2 Formulación del problema 2
1.3 Objetivo general y específicos 3
1.4 Justificación 4

CAPITULO II: MARCO TEÓ RICO 5
2.1 Antecedentes 5
2.2 Bases Teóricas 17
2.3 Hipótesis 22
2.4 Variables de estudio.....23

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓ N 24
3.1 Ámbito de estudio 24
3.2 Tipo de investigación 24
3.3 Nivel de Investigación 24
3.4 Método de Investigación 25
3.5 Diseño de Investigación 25
3.6 Población, Muestra, Muestreo 26
3.7 Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos 27
3.8 Procedimiento de Recolección de Datos 28
3.9 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos 29

CAPITULO IV: RESULTADOS 30
4.1 Presentación de Resultados 30
4.2 Discusión 41

CONCLUSIONES 44
RECOMENDACIONES 46
REFERENCIA BIBLIOGRÁ FICA.....48
ANEXOS 56
FIGURAS, CUADROS, IMÁGENES 60

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 01. Características de las manifestaciones clínicas en las gestantes atendidas del Hospital Regional de Pucallpa 2021 - 2022 ……30

Tabla 02. Características sociodemográficas en las gestantes con hemorragia en la segunda mitad del embarazo del Hospital Regional de Pucallpa 2021 - 2022 ……32

Tabla 03. Factores sociodemográficos asociadas a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021 - 2022 ……35

Tabla 04. Características gineco obstétricos en las gestantes con hemorragia en la segunda mitad del embarazo del Hospital Regional de Pucallpa 2021 - 2022 ……..37

Tabla 05. Factores gineco-obstétricos asociadas a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021 - 2022 ……40

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 01. Frecuencia de las manifestaciones clínicas en las gestantes atendidas del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022 ……...30

Figura 02. Frecuencia del grado de instrucción en gestantes con hemorragia en la segunda mitad del embarazo del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022……..33

Figura 03. Frecuencia del lugar de procedencia en las gestantes con hemorragia en la segunda mitad del embarazo del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022 ……..……..….34

Figura 04. Frecuencia de las características gineco – obstétricas en las gestantes…….38

Figura 05. Frecuencia de las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022 ……38

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Las hemorragias obstétricas son una de las principales causas de morbimortalidad materna en todo el mundo, estimándose al menos el 50% de los fallecimientos maternos cada año. La hemorragia anteparto (HAP) es un problema que afecta al 3-5% de los embarazos y puede ser causa de mortalidad neonatal y materna. **OBJETIVO:** Determinar los factores asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa durante el año 2021-2022. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio de casos y controles de corte transversal, analítico y retrospectivo en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa durante los años 2021 y 2022. Los casos incluyeron a todas las gestantes con diagnóstico de hemorragia en la segunda mitad del embarazo. Los controles fueron seleccionados al azar entre las gestantes sin hemorragia. Se recopiló información sobre factores sociodemográficos, ginecoobstétricos y clínicos a través de revisión de historias clínicas. **RESULTADOS**: Se incluyó un total de 150 gestantes, 50 casos y 100 controles. Se encontró que, los factores asociados fue el antecedente de pariedad (ORc: 1.32; IC 95%: 1.05 – 1.65), el número de controles prenatales (ORa: 0.83; IC 95%: 0.72 – 0.96), y la edad gestacional (ORa: 0.84; IC 95%: 0.72 – 0.97). **CONCLUSION**: Se concluye que, el antecedente de pariedad represento un factor de riesgo y el número de controles prenatales y la edad gestacional un factor protector para las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa.

PALABRAS CLAVES: Hemorragia obstétrica, gestantes, factores de riesgo, registros médicos

ABSTRACT

INTRODUCTION: Obstetric hemorrhages are one of the leading causes of maternal morbidity and mortality worldwide, with at least 50% of maternal deaths estimated each year. Antepartum hemorrhage (APH) affects 3-5% of pregnancies and can be a cause of neonatal and maternal mortality. **OBJECTIVE:** To determine the factors associated with second half of pregnancy hemorrhage in pregnant women at the Regional Hospital of Pucallpa during 2021-2022. **MATERIALS AND METHODS:** An analytical, retrospective case-control study was conducted in the Gynecology and Obstetrics Service of the Regional Hospital of Pucallpa during 2021 and 2022. Cases included all pregnant women diagnosed with hemorrhage in the second half of pregnancy. Controls were randomly selected from pregnant women without hemorrhage. Information on sociodemographic, gynecological-obstetric, and clinical factors was collected through review of medical records. **RESULTS:** A total of 150 pregnant women, 50 cases and 100 controls, were included. It was found that the associated factors were parity history (ORc: 1.32; 95% CI: 1.05-1.65), the number of prenatal check-ups (ORa: 0.83; 95% CI: 0.72-0.96), and gestational age (ORa: 0.84; 95% CI: 0.72-0.97). **CONCLUSION:** It is concluded that parity history represents a risk factor and the number of prenatal check-ups and gestational age a protective factor for second half of pregnancy hemorrhages in pregnant women at the Regional Hospital of Pucallpa.

KEYWORDS: Obstetric hemorrhage, pregnant women, risk factors, medical records

CAPITULO I PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las hemorragias obstétricas siguen siendo una de las principales causas de morbilidad y de mortalidad materna en todo el mundo, tanto en los países desarrollados como en los que disponen de recursos limitados. Serían la causa de al menos el 50% de los 500.000 fallecimientos maternos estimados cada año en el mundo (1). Estos cuadros incluyen las hemorragias anteparto y posparto. La hemorragia anteparto (HAP) es un problema que complica el 3-5% de los embarazos. Aunque en la mayoría de los casos es benigna, la HAP es una causa importante 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 de la HAP es indeterminado. La hemorragia posparto (HPP) complica el 5% de los partos y es la consecuencia de uno de los cuatro procesos principales (o de su combinación) siguientes: atonía uterina, retención placentaria, lesiones del tracto genital o trastornos de la coagulación. En Francia, por ejemplo, la tasa de mortalidad materna fue de 10,3 cada 100.000 nacidos vivos entre 2007 y 2009. Las hemorragias obstétricas fueron las primeras causas directas de mortalidad y representaron el 18% de los fallecimientos, por delante de las embolias pulmonares (11%) y las complicaciones de la hipertensión (9%). Respecto a la mortalidad relacionada con las hemorragias obstétricas, el porcentaje de las HPP, aunque se había reducido a la mitad, representaba el 8% de los fallecimientos (1,9/100.000) frente al 16% (2,5/100.000) entre 2004 y 2006 (3).

En nuestro país, a través del Ministerio de Salud, se conoce que la mortalidad materna pasó en 20 años, de 769 defunciones en el año 1997 a 325 en el 2016, estos datos son una representación que ha demostrado una disminución de alrededor del 42%; por su parte la razón de muerte

materna entre los años 1990-1996, fue de 265 muertes maternas por 100,00 nacidos vivos, por su parte en 2015, se produjeron 68 x 100,000 nacidos vivos, significando un descenso considerable de alrededor de 75%. (4) Actualmente existen consensos acerca de la mejor conducta terapéutica para el actuar de forma oportuna en el último periodo del parto, sin embargo en el Perú la incidencia de hemorragia post parto es el 10% de los partos y es la primera causa (40%) de muerte materna. Sin embargo, aún existen muchos factores que conllevan a la presencia de hemorragias en el post parto por lo que se requiere de estudios que ayuden a conocer cuáles son los principales factores asociados a esta y cuál de ellos incrementa el número de casos o posibles muertes por hemorragia después del parto. (5)

En la región Ucayali, se observa un incremento progresivo en la incidencia de muertes maternas, reportándose 24 muertes en el 2020 (6). A pesar que, el MINSA presenta un manejo normativo, no morbilidad no descendido y en algunas regiones, como la nuestra, presenta incrementos en su incidencia. En este sentido y debido a que en el Hospital Regional de Pucallpa, no existen análisis estadísticos precisos sobre la frecuencia de estos casos y solo las complicaciones diagnosticadas precozmente reciben atención de momento más no se realiza la búsqueda de los antecedentes que la ocasionaron y menos se realiza el análisis de la asociación con la hemorragia en la segunda mitad del embarazo , en tal virtud es necesario una investigación, que permita en forma detallada identificar los factores asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo y cuál de ellos se presenta con mayor frecuencia.

1.2. Formulación del problema

Problema principal

¿Cuáles son los factores asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa, 2021-2022?

Problemas secundarios

1. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022?

2. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022?

3. ¿Cuáles son los factores gineco obstétricos asociados a la hemorragia durante la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022?

1.3 Objetivos de la investigación

a) Objetivo General

Determinar los factores asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa durante el año
2021-
2022

b) Objetivos específicos

1.Determinar las manifestaciones clínicas asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022

2. Determinar los factores sociodemográficos asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022

3. Determinar los factores gineco obstétricos asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022

1.4 Justificación de la investigación

Los datos disponibles en nuestro País sobre los factores asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo son limitadas, además de ser un tema de gran importancia sobre todo en países en vía de desarrollo como el nuestro dónde conforma una de las causas de mortalidad materna.

En la actualidad, a conocimiento de la autora, no existen reportes o investigaciones en el Hospital Regional de Pucallpa, sobre los factores de riesgos asociados a hemorragia de la segunda mitad del embarazo por lo que en este trabajo tratamos de identificar dichos factores. Aun sabiendo que la hemorragia de la segunda mitad del embarazo durante la gestación sigue siendo una complicación grave, tiene características que hacen de alta prevención. Dichas medidas preventivas tienen inicio en estudios a través de identificar los factores de riesgo. Poner en evidencia los factores más importantes asociados a hemorragia de la segunda mitad del embarazo no solo permitirá un tratamiento oportuno si no identificar gestantes con potencial de presentar hemorragia del puerperio inmediato, lo cual tendría un gran impacto en las defunciones maternas y por ende cambios en el ámbito de salud y socioeconómicos.

CAPITULO II

MARCO TEÓ RICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

2.1.1. Investigaciones extranjeras

Pocasangre (7); en su investigación realizada en el Hospital Roosevelt de Guatemala, titulado **"Caracterización clínico-epidemiológica de las pacientes con hemorragia del tercer trimestre del embarazo"**, durante el año 2012, buscó 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 y determinar la caracterización epidemiológica de la paciente con hemorragia del tercer trimestre del embarazo; para lo cual realizó un estudio descriptivo, prospectivo. El estudio que la patología que se presentó con mayor frecuencia fue Placenta previa en un 83,3%, seguido por abruptio 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 hipertonía 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 20 complicaciones fetales más frecuentes en las pacientes con hemorragia del tercer trimestre fueron bajo peso al nacer con un 64,3%, prematurez con un 59,5% así como asfixia perinatal y muerte fetal y neonatal en un 16,7%.

Mendoza (8); realizó un estudio titulado **"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"** con el objetivo de determinar la morbilidad y mortalidad de Hemorragia obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia de un hospital de Mexico, el estudio se incluyó 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 ficha de recolección 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 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%). 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 (9); realizó una investigación titulada **"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"** que buscó determinar las causas más comunes y los tratamientos empleados

en la hemorragia obstétrica en un hospital de México. Realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo donde se analizaron a las pacientes con diagnóstico potencial de hemorragia de la segunda mitad del embarazo, así como las pacientes quienes presentaron hemorragia durante el puerperio inmediato y se agruparon de acuerdo con control prenatal, edad, número de gestaciones, factores de riesgo, sangrado y se determinaron las causas más comunes y los tratamientos empleados. Se estudiaron 78 pacientes, encontrándose que 16 de estas no presentó 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. La atonía fue la causa principal de hemorragia obstétrica, la incidencia fue de 0,87 %, 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.

Sayed E, Butwick A y Carvalho B. (10), Realizaron un estudio titulado **"Risk factors for obstetric morbidity in patients with uterine atony undergoing Caesarean delivery. Struys MMRF"** que buscó identificar los factores de riesgo de morbilidad obstétrica en pacientes con atonía uterina sometidos a cesárea. Donde realizaron un estudio en un total de 57.182 mujeres las cuales fueron cesáreas, donde solo un 4% evidenció hemorragia puerperal en este caso por atonía del útero. Se halló que el riesgo de morbilidad fue más en afro-americanos

(OR:4.89;IC95%:3.047.87), madres con enfermedades sistémicas graves (OR:1.4; IC95%:1.03- 1.9) madres con enfermedades sistémicas gran incapacitantes (OR:5.87; IC95%:2.48-13.9),el uso de anestesia general (OR:2.4; IC95% :1.59-3.62), uso de anestesia general y regional o ambas (OR:4.0;IC95%:2.62-6.09) y de 2 o más partos por cesárea (OR:1.62;IC95%:1.1-2.39).

Lugo A. (11) realizó un estudio descriptivo longitudinal titulado **"Caracterización de las pacientes con hemorragia uterina puerperal en las que se utilizó misoprostol" en el Hospital de Guanabacoa en Cuba"**, donde observó las características de las pacientes con hemorragia del puerperio inmediato que sin mejoría clínica con el uso de ergometrina ni oxitócicos de enero-diciembre del 2011, se contó con 37 historias clínicas de pacientes que tuvieron atonía uterina de ellos se sustrajo una muestra de 32 mujeres que presentaron este hecho en las primeras 4h postparto. En su trabajo se comprobó que las 32 féminas fueron multíparas (53%); pacientes con una edad gestacional de 37 a 42 semanas (30%) y de ellas 22 fueron por parto eutócico. La fase latente prolongada no fue significativa. Tuvo como conclusión que el uso de misoprostol durante la hemorragia del puerperio inmediato tiene una alta efectividad.

Segura A, et al. (12). Realizaron un estudio titulado **"Influencia del alumbramiento activo sobre la morbilidad materna por hemorragia posparto"** que incluyeron 2.523 mujeres en las cuales se contrastó las consecuencias del alumbramiento activo versus el expectante, en asociación a la hemorragia y demás complicaciones maternas; de todos los partos eutócicos el 54.1 % se le aplicó alumbramiento activo y el expectante a un 45.9%.Tuvo menor necesidad de transfusión sanguínea el alumbramiento activo (0.8% versus 1.8%) (p:00.025) (RR: 2.250; LI:1.090; LS:4.64),menor tiempo del 3er periodo del parto (0.3% versus 1.2%) (p: 0.040) (RR: 3.530;LI:1.140; LS:10.92) entre otras. Concluyeron que los resultados obtenidos muestran un factor protector en el

tratamiento activo del parto en las variables mencionadas la cual debe ser de utilidad en parto eutócico. Si bien el objetivo del estudio fue identificar factores protectores se contó con madres de edad entre 25 a 35, las cuales presentaron mínimos antecedentes obstétricos y complicaciones durante el parto, por lo cual abre la duda de analizar una población con una edad mayor.

Sesmero J, et al. (13) en un estudio titulado **"Mortalidad materna en España en el periodo 2010-2012"** buscó describir las defunciones maternas en España, basándose en los resultados de un sondeo de la Sociedad Española de Ginecología, obteniendo que las razones obstétricas directas simbolizan un 37.5%, siendo la hemorragia postparto la principal. Concluyeron que la tasa de defunción materna fue de06/100.000 recién nacidos. El porcentaje de estimación en las cifras oficiales es de 48%. La causa obstétrica directa represento´ el 37.5%, siendo la hemorragia posparto la más frecuente.

Macías C y colaboradores (42) en un estudio **titulado "Hemorragia de la Segunda Mitad del Embarazo en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, Chimborazo, Ecuador 2017 – 2018"** en Ecuador cuyo objetivo determinar la ocurrencia e identificar los factores de riesgo, manifestaciones clínicas y comorbilidades más frecuentes de la hemorragia de la segunda mitad del embarazo. Estudio descriptivo, transversal, donde se analizaron las historias clínicas de las pacientes obstétricas con hemorragia de la segunda mitad del embarazo atendidas en el Hospital Provincial General Docente Riobamba (HPGDR) entre junio 2017 y junio 2018. De 3 460 pacientes obstétricas atendidas, 0.49% (n = 17) cumplieron los criterios de hemorragia en la segunda mital del embarazo, las cuales tuvieron una edad media de 29 años (desviación estándar = 7), una edad gestacional media de 36 semanas (desviación estándar = 5) y en su mayoría fueron multíparas. El desprendimiento de placenta normoinserta fue la principal patología causante de la hemorragia y el dolor abdominal el principal síntoma manifestado, en la mayoría no se observó otras comorbilidades obstétricas. Se concluye que,

una baja ocurrencia de hemorragia de la segunda mitad del embarazo en el HGDR entre junio 2017 y junio 2018, siendo la causa más frecuente el desprendimiento de placenta normoinserta y el principal motivo de consulta dolor abdominal.

2.1.2. Investigaciones nacionales

Guisado (14), en una investigación titulada; **"Prevalencia de los Factores de Riesgo en gestantes con placenta previa en el periodo enero-septiembre 2015 en el HNERM"** que se encargó de estudiar la prevalencia de factores de riesgo en gestantes con placenta previa en el periodo enero-setiembre 2015 en un hospital del seguro social del Perú e identificar los factores de riesgo de las gestantes con diagnóstico de placenta previa. El estudio incluyó una muestra 46 casos comprobado por ecografía en el segundo y/o tercer trimestre de gestación. 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%. La mayoría de las 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 22 más oportuna y planear el manejo respectivo, disminuyendo la morbimortalidad materno perinatal.

Dioses et al (15), en un estudio titulado **"Factores asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un Hospital del norte del Perú"** en el que se investigó 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. El estudio incluyó a 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. 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, por lo que se concluye,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 (16), en un estudio **titulado "Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un hospital nacional de Lima"** en dónde se investigó sobre la Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un hospital nacional de Lima; con el objetivo de determinar la frecuencia de hemorragias de la segunda mitad del embarazo de la gestación, en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú. 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. 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%.

Flor-Romero A y colaboradores (39) realizaron en un estudio en el Hospital de Tacna cuyo título **fue "Factores asociados a hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna ,2014-2018"**cuyo objetivo fue determinar qué factores están asociados a hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna (2014 2018). Se realizó un estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal y analítico. El diseño es no experimental de casos y controles. El universo de estudio fue total de gestantes atendidas durante el periodo de estudio. El muestreo: Se seleccionó un total de 251 gestantes (caso), y a través de un muestreo aleatorio simple siguiendo una relación 2:1 se seleccionan 502 gestantes (control). Se encontró como resultado que en el grupo de gestantes con hemorragia, la PP y el DPP fueron las causas de mayor frecuencia con 57,4% y
41,4% respectivamente, un 59,8% presentó IMC PG alterado, un 62,2% tuvieron un CPN inadecuado, respecto a la anemia se observó en un 49,8%, la ITU en un 44,6%, un 9,6% presentó diabetes mellitus pregestacional y un 6,4% HTA crónica. Los factores maternos asociados a hemorragias de la segunda mitad del embarazo fueron el CPN inadecuado, la anemia, la ITU y la diabetes mellitus pregestacional. Los factores obstétricos asociados fueron la multiparidad, la edad gestacional < 37 semanas, la APP, la preeclampsia y la RPM. Por lo que

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

Gamboa-Tumba-KJ y colaboradores (40) en un estudio cuyo título fue de **"Factores asociados a hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019"** cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019. Se realizó una investigación no experimental. Transversal retrospectiva y analítica, de casos y controles. Nivel relacional, en 62 casos, paciente gestante que presenta hemorragia en la segunda mitad de la gestación que presenta factores de riesgo y 62 controles que no presentaron hemorragias en la gestación. Se encontró como resultados que las gestantes con 20 años a más, tienen 3.5 veces más riesgo de tener hemorragia de la II° mitad del embarazo que las gestantes que tiene menos de 20 años. Las multíparas, tienen 3.4 veces más riesgo de tener hemorragia de la II° mitad de la gestación que las gestantes primíparas. Las gestantes que tienen menos de 6 CPN, tienen 3.4 veces más riesgo de tener hemorragia de la segunda mitad de la gestación que las gestantes que tienen de 6 a más CPN. Las gestantes con anemia gestacional, tienen 2.5 veces más riesgo de tener hemorragia de la II° mitad de la gestación que las gestantes que no tienen anemia gestacional. Las gestantes con antecedente de legrado uterino, tienen 3 veces más riesgo de tener hemorragia de la segunda mitad de la gestación que las gestantes sin antecedentes de tener legrado uterino. Las gestantes con antecedente de hipertensión arterial, tienen 3.6 veces más riesgo de tener hemorragia de la II° mitad de la gestación de la gestación que las gestantes sin antecedentes de tener hipertensión

arterial. Por lo que se concluye que, existen factores de riesgo personales y obstétricos para presentar hemorragia del II semestre de gestación en las gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica de enero a diciembre del 2019.

Rimas Haynate JV y colaboradores (41) en un estudio realizado en Huánuco cuyo título fue **"Factores de riesgo asociados a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes que acuden al hospital regional Hermilio Valdizán Medrano, 2016"** cuyo objetivo fue determinar factores de riesgos asociados a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016. Como el nivel de complejidad y trascendencia de periodo, la indagación es observacional, prospectivo, transversal, expresivo; completo a que se efectuó la recaudación de antecedentes en un instante, con el designio de comprobar la hipótesis planteada, para lo cual hay cuestionarios. Se encontró como resultados que las particularidades socio-demográficas de las beneficiarias, la edad de la mama >35 años el 36,6% demostró tener una asociación con respecto a los elementos de peligro asociadas a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo. Así mismo, la paridad con el 43,7% demostró tener una asociación con respecto a los principios que logran generar las hemorragias durante la mitad del embarazo. De igual manera, los antecedentes de hemorragia vaginal con el 63,4% del mismo modo el gasto de materia toxicas con el 52,1%, demostraron tener una asociación de vinculación con respecto a los factores de riesgo de las hemorragias en la segunda mitad del embarazo. En base al factor de riesgo coligados a la placenta previa en usuarias, los antecedentes de legrado uterino con el 52,1%, los antecedentes de aborto con el 52,1% demostraron ser parte del riesgo frente a una hemorragia en el embarazo. En base a los factores de riesgo asociados al DPP en usuarias, hubo usuarias con presión alta con el 54,9% demostrando tener una asociación frente al riesgo que pueda darse en

una hemorragia. En base a los elementos de peligro coligados a la rotura uterina en usuarias, hubo usuarias con parto disfuncional con el 63,4% demostrando tener asociación con respecto a los elementos de riesgo en la segunda mitad de la gestación. De igual manera hubo usuarias con sangrado profuso con el 76,1% demostrando tener asociación con respecto a los elementos de riesgo en la segunda mitad de embarazo. Así mismo hubo usuarias con pelvis estrecha con el 47,9% demostrando tener asociación con respecto a los factores de riesgo en la segunda mitad de embarazo. Por lo que se concluye que, los" factores de riesgo asociados a la rotura uterina" en usuarias se evidencia que, el 60,56 % fueron causados por desprendimiento prematuro de placenta, y el 39,44 % fueron causados por placenta previa.

Reyes-Florian JC. Y colaboradores (43) en un estudio realizado en Trujillo cuyo título fue **"Edad materna, infección urinaria y hemorragia de segunda mitad del embarazo asociado al parto pretermino"** cuyo objetivo fue determinar si la edad materna, Infección del tracto urinario, Hemorragia de la segunda mitad del embarazo están asociadas al parto pretérmino. Se realizo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 141 gestantes según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con parto pretérmino o sin él, se calculó el Odds ratio y la prueba chi cuadrado. Se encontró que la edad materna mayor a 35 años es factor de riesgo para parto pretérmino con un Odds ratio de 6.56 el cual fue significativo. La edad materna menor a 20 años es factor de riesgo para parto pretérmino con un Odds ratio de 5.46 el cual fue significativo. La infección de tracto urinario es factor de riesgo para parto pretérmino con un Odds ratio de 4.26 el cual fue significativo. La hemorragia de segunda mitad del embarazo es factor de riesgo para parto pretérmino con un Odds ratio de 4.21 el cual fue significativo. Por lo que se concluye que, la edad materna, infección del

tracto urinario y las hemorragias de la segunda mitad del embarazo están asociadas al parto pretérmino.

Perez-Kuga MI y colaboradores (44) en un estudio cuyo título fue **"Factores asociados a placenta previa en pacientes hospitalizados en el servicio de gineco obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, en el periodo de mayo a noviembre del 2019"** cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto en el periodo de mayo a noviembre del 2019. El estudio fue descriptivo observacional, retrospectivo, y transversal, bajo el enfoque de un diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 66 pacientes gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto con diagnóstico de placenta previa correspondiente al periodo de mayo a noviembre del 2019. Los principales resultados obtenidos fueron: El 56% de las pacientes presentaron placenta previa de inserción marginal, el 29% inserción total, el 9% inserción parcial y el 6% inserción baja. De los 66 pacientes que fueron diagnosticados placenta previa, 40 tenían entre 20 a 34 años, 18 tenían más de 35 años y 8 fueron menores a 20 años. De los 66 pacientes que fueron diagnosticados placenta previa, 58 no tuvieron cesárea y 8 si tuvieron. De los 66 pacientes que fueron diagnosticados placenta previa, 48 nunca abortaron y 18 abortaron más de una vez. De los 66 pacientes que fueron diagnosticados placenta previa, 63 no tuvieron antecedentes de embarazos múltiples y 3 si lo tuvieron. De los 66 pacientes que fueron diagnosticados placenta previa, 37 fueron multípara, 21 fueron nulípara y 8 fueron primípara. De los 66 pacientes que fueron diagnosticados placenta previa, 29 no presentaron el periodo intergenésico, 26 presentaron un periodo adecuado de 18 a 59 meses, 7 presentaron un periodo largo mayor a 59 meses y 4 presentaron un periodo corto menor a 18 meses. Se concluye que los factores asociados a placenta previa en las pacientes gestantes fueron la edad, número de

paridad y el periodo intergenésico, todos por tener un valor Sig.<0.05; con excepción de cesárea anterior, aborto y embarazo múltiple por su baja frecuencia en esta investigación

2.1.3. Investigaciones locales

Hasta la actualidad no se han reportado en la región de Ucayali investigaciones que nos permitan determinar los factores asociados ni la prevalencia de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo.

2.2. BASES TEÓRICAS

HEMORRAGIA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

Esto se define como el sangrado del tracto genital a partir de las 24 semanas de embarazo y antes del nacimiento. Las causas más importantes de HAP son la placenta previa y el desprendimiento prematuro de la placenta. También hay causas locales (sangrado vulvar, vaginal o cervical) (17).

Casi el 50% de los niños extremadamente prematuros nacen en un contexto de estas hemorragias. Actualmente, se reconoce que la cantidad de sangre perdida se subestima a menudo y que la sangre proveniente del útero podría no representar toda la pérdida (por ejemplo, un desprendimiento de placenta «oculto»). Por lo tanto, para calcular una pérdida sanguínea es fundamental evaluar los signos clínicos de shock (**Grafica 1**). El sufrimiento o la muerte fetales intrauterina son indicadores de la magnitud de la pérdida de sangre
(17).

Perdida de volumen % y mL en mujer de 50 a 70 Kg.	Sensorio	Perfusión	Pulso	Presión sistólica	Grado del shock	Cristalodes a infundir
10-15% 500-1000 mL	Normal	Normal	60-90	>90	compensado	
16-25% 1000-1500 mL	Normal y/o agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	leve	3000-4500 mL
26-35% 1500-2000 mL	Agitada	Palidez, frialdad, sudoración	101-120	70-79	Moderado	4500-6000 mL
>35% >2000 mL	Letárgica o inconsciente	Palidez, frialdad, Sudoración, llenado capilar >3 seg.	>120	<70	severa	>6000 mL

GRAFICO 1. CLASIFICACION DEL SHOCK HEMORRAGICO

No hay una definición consensuada de la gravedad de la HAP.
Recientemente, se han elaborado recomendaciones sobre el tratamiento obstétrico y anestésico de las HPP en el contexto de las placentas previa y accreta (18).

En el plano anestésico, se considera que, en relación con las mujeres que presentan una anomalía de inserción placentaria con alto riesgo hemorrágico, debe verificarse la disponibilidad rápida de hemoderivados consultando al banco de sangre. Cuando se identifica un riesgo hemorrágico importante, la anestesia general puede ser la primera opción para evitar las conversiones de urgencia en condiciones difíciles. Si se elige una anestesia perimedular, es preferible la analgesia epidural o la espinal-epidural combinada (19).

TRATAMIENTO HEMORRAGIA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

Si las primeras medidas resultan ineficaces al cabo de 15-30 minutos o se trata de una forma grave desde el principio, o incluso de una mala tolerabilidad hemodinámica materna, las medidas recomendadas para las HPP graves se

deben implementar en un contexto de tratamiento obstétrico, de reanimación y hematológico.

TRATAMIENTO OBSTÉTRICO

Para el manejo de la **placenta previa** acreta existen varias alternativas de tratamiento que incluyen: histerectomía obstétrica, ligadura profiláctica de arterias hipogástricas, dejar la placenta in situ para retiro posterior del útero, resección local de placenta, embolización selectiva de arterias hipogástricas, de arterias uterinas y oclusión endovascular con balón de estos vasos (27)

Con respecto a la ligadura profiláctica de arterias hipogástricas, pueden presentar complicaciones como áreas de isquemia o necrosis en el piso pélvico, fístulas urinarias, daño ureteral, lesión de la vena hipogástrica, lesión de nervios del plexo hipogástrico, entre otras. Además, algunos estudios indican que la circulación colateral puede ser adecuada en condiciones normales, pero no en situaciones de estrés o en mujeres ancianas con ateroesclerosis. Por otro lado, un estudio comparó la ligadura profiláctica de arterias hipogástricas con la histerectomía obstétrica en mujeres con placenta previa percreta y no encontró beneficios en cuanto a la cantidad de pérdida de sangre y unidades transfundidas (17,27).

Si en el lugar de atención de la paciente no existe la posibilidad de efectuar una embolización, puede considerarse su traslado en una ambulancia medicalizada hacia un centro técnicamente adecuado. Este traslado es producto de una decisión acordada entre los distintos profesionales intervinientes, pero debe tomarse con rapidez, porque cualquier retraso es perjudicial. Con el fin de limitar los riesgos de agravación del estado de la paciente durante el traslado, en el que sólo son posibles las maniobras de reanimación, sería preferible restaurar la estabilidad hemodinámica antes de partir. Si se estuviera realizando una transfusión, es necesario además que el equipo encargado del traslado tenga los documentos relativos a la trazabilidad de los HL (27).

Si el estado hemodinámico de la paciente es demasiado inestable para considerar un traslado con el fin de realizar una embolización o si la hemorragia es masiva desde el principio, la opción es un procedimiento quirúrgico destinado

a controlar la hemorragia lo antes posible. La intervención se desarrolla bajo anestesia general y con intubación orotraqueal. Esto permite controlar mejor el estado hemodinámico, proteger las vías respiratorias y crear mejores condiciones para la práctica del procedimiento, en particular gracias a la curarización.

En caso de hemorragia durante una cesárea, antes de la embolización puede efectuarse un capitonaje o una ligadura vascular como primera elección. Si esto fracasa, se realiza una histerectomía, que a veces se efectúa de entrada, con fines de hemostasia para preservar la vida de la madre.

TRATAMIENTO DE REANIMACIÓ N Y HEMATOLÓ GICO

En caso de HPP persistente hay que advertir al servicio de medicina transfusional para que pueda anticipar el aprovisionamiento de los HL y, si fuera necesario, lanzar un pedido de forma simultánea. El acondicionamiento de la paciente debe completarse con la colocación de una segunda vía venosa, la toma de muestras para pruebas de laboratorio (hemograma, TP, TTPa, fibrinógeno) asociadas a la medición inmediata de la concentración de hemoglobina con un aparato portátil, y la colocación de una sonda vesical permanente. Las pruebas de laboratorio y la determinación de la concentración de hemoglobina se repiten en función de la evolución de la situación clínica.

La vigilancia clínica incluye el control de la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la coloración de los tegumentos, la búsqueda de sangrado en los sitios de punción, la diuresis y el volumen de la hemorragia.

EXPANSIÓ N DE LA VOLEMIA, AGENTES VASOACTIVOS Y TÉCNICA ANESTÉSICA

Ante una paciente con una HPP que se agrava, se recomienda realizar una expansión de la volemia. En el caso de una HPP grave desde el principio, la decisión de usar cristaloides o coloides queda a criterio del médico. Cabe señalar que, en todos los casos, el volumen total de soluciones expansoras (cristaloides y coloides) debe ser lo más moderado posible, pues en realidad están indicados

para mantener la perfusión y la oxigenación tisular en espera de la transfusión de sangre (35).

Además de la expansión de la volemia, para mantener la presión arterial se pueden usar vasoconstrictores. La efedrina y la fenilefrina se consideran agentes de primera línea, mientras que la noradrenalina se puede usar en caso de shock hemorrágico (19).

2.3. DEFINICION DE TÉRMINOS BÁ SICOS

Complicaciones cardiovasculares del embarazo: coaparición de embarazo y de enfermedad cardiovascular. la enfermedad puede preceder o seguir a la fertilización y puede o no tener un efecto perjudicial sobre la embarazada o el feto (36,37).

Complicaciones del embarazo: afecciones o procesos patológicos asociados al embarazo. puede darse durante o después del embarazo y puede ir desde trastornos menores a enfermedades importantes que requieran intervención médica. incluye enfermedades en mujeres embarazadas y embarazos en mujeres con enfermedades (36,37).

Complicaciones hematológicas del embarazo: Cooperación de embarazo y de enfermedad sanguínea (enfermedades hematológicas), que implica a las células sanguíneas o a los factores de coagulación sanguínea. la enfermedad hematológica puede preceder o seguir a la fertilización y puede o no tener un efecto perjudicial sobre la embarazada o el feto (36,37).

Embarazo: estado durante el que los mamíferos hembras llevan a sus crías en desarrollo (embrión o feto) en el útero, antes de nacer, desde la fertilización hasta el nacimiento (36,37).

Preeclampsia: Complicación del embarazo caracterizada por un complejo de sintomas que incluyen hipertensión materna y proteinuria, con o sin edema patológico. los sintomas pueden ir de más benigno a grave. la preeclampsia

generalmente se produce después de la semana 20 del embarazo pero puede desarrollarse antes, en presencia de enfermedad tromboblástica (36,37).

Segundo trimestre del embarazo: segunda parte del embarazo humano, desde el comienzo de la 15a semana hasta completar la 28a semana (días 99 al 196) de gestación (36,37).

Tercer trimestre del embarazo: último tercio del embarazo humano, desde el comienzo de la 29a semana hasta completar la 42a semana (días 197 al 294) de gestación (36,37).

Placenta previa: placentación anormal en la que placenta se implanta en el segmento inferior del útero (la zona de dilatación) y puede cubrir parte o la totalidad de la abertura del cérvix. a menudo se asocia con hemorragia preparto grave y parto prematuro (36,37).

2.4. HIPOTESIS

2.4.1 Hipótesis general

Ho: Existe factores que se asocian a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 20212022

Ha: No existen factores que se asocian a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022

2.4.2 Hipótesis general

HIPOTESIS 1

Ho: Existe manifestaciones clínicas asociado a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022

Ha: No existen manifestaciones clínicas asociado a la hemorragia de la segunda mitad en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022

HIPÓTESIS 2

Ho: Existe factores sociodemográficos que se asocian a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022

Ha: No existen factores sociodemográficas asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022

HIPÓTESIS 3

Ho: Existe factores gineco- obstétricos que se asocian a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022

Ha: No existen factores gineco-obstétricos que se asocian a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022

2.5 VARIABLES DE ESTUDIO

Variable dependiente: Hemorragia segunda mitad de la gestación

Variable independiente: Factores asociados en las mujeres atendidas

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓ N

3.1. AMBITO DE ESTUDIO

El ámbito de estudio de la siguiente investigación se centra en un estudio **cuantitativo,** cuyo análisis de los factores de riesgo asociados con las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en mujeres gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa el cual recopiló diversas variables para medir la incidencia de las hemorragias en esta población de pacientes.

3.2. TIPO DE ESTUDIO

La investigación empleo un enfoque de corte **transversal**, ya que permite la recopilación de las mujeres gestantes en la segunda mitad del embarazo atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el período comprendido entre los años 2021 y 2022.

Debido a que la recolección de datos se llevará a cabo después de que se hayan producido los resultados, la perspectiva temporal de la investigación será **retrospectiva,** evaluando los datos correspondientes a los dos últimos años de actividad hospitalaria en el Hospital Regional de Pucallpa

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de nuestra investigación se considera **analítico**, ya que se busca determinar los factores de riesgo asociados con las hemorragias en la

segunda mitad del embarazo en mujeres gestantes que son atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa durante el período comprendido entre los años 2021 y 2022, por lo que implicó llevar a cabo un estudio caso-control con una proporción de 2 controles y 1 caso, evaluando la relación entre los factores de riesgo y la ocurrencia de hemorragias en esta población específica de mujeres gestante

3.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El método seleccionado para esta investigación es **deductivo**, ya que se utilizó una metodología analítica para evaluar los factores de riesgo asociados con las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en mujeres gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa entre los años 2021 y 2022. Este enfoque de investigación implicó plantear una hipótesis que se basa en el conocimiento previo y la revisión de la literatura existente sobre el tema.

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se propone un estudio con un diseño **observacional**, dado que no se manipuló ninguna variable de estudio, por lo que se centró en la recolección de los datos y determinar el fenómeno de nuestra población objetivo.

3.6. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

Población

La población diana se encontrará conformada 250 mujeres atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa que padecieron y contaron con algún diagnóstico compatible con gestantes que tuvieron diagnóstico de hemorragia en la segunda mitad del embarazo compatible con placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta y quienes no tuvieron ninguna patología durante la gestación durante el periodo correspondiente al 2021 y 2022

Se aplicará una fórmula la cual delimita la población finita para estudios casos correspondiente a lo siguiente:

$$p_1 = \frac{wp_2}{(1-p_2)+wp_2}$$

P2: Probabilidad de exposición entre los controles

W: es el OR previsto

P1: La frecuencia de exposición entre los casos

Se considerará una proporción de controles 2 y 1 caso por lo que se contará con **100 controles** y **50 casos** de la población delimitada en la muestra.

MUESTRA, MUESTREO, UNIDAD DE ANALISIS

La muestra correspondió a un estudio de 250 historias de **caso-control** siendo los **casos** todas las gestantes ingresadas en el servicio de gineco-obstetricia correspondientes al periodo desde enero del 2021 a diciembre

del 2022 quienes contaron con un diagnóstico de egreso compatible con placenta previa y/o desprendimiento prematuro de placenta siendo cualquiera de sus condiciones de alta *mejorado/curado/fallecido*; con respecto a los **controles** se consideró a todas las gestantes ingresadas en el servicio de gineco-obstetricia correspondiente al periodo desde enero del 2021 a diciembre del 2022 que no contaron con ninguna patología al momento del alta

El **muestreo** del estudio fue aleatorio simple, teniendo en consideración la **unidad de análisis** conformado por las pacientes con las historias clínicas que padecieron las hemorragias con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta y/o placenta previa, además aquellas gestantes que no padecieron ninguna condición al alta en el periodo entre el 2021 y 2022.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron las historias clínicas cuyos datos no se encuentren completos y/o no estén llenados de manera adecuada imposibilitando su análisis.

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento constó de una **ficha de recolección de datos** que evaluó diversas dimensiones correspondientes a las características gineco obstétricas, sociodemográficas y clínica de las pacientes abarcando a su vez las características principales que abarcan la edad, provincia, departamento, ocupación, peso, talla, nivel de estudios y/o estado civil.

Las características obstétricas de las gestantes que fueron considerados son controles prenatales, tipo de hemorragia, edad gestacional, toda la descripción de las demás variables se encuentra descritas en el **Anexo 1.**

3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La investigación fue enviada a la unidad de investigación de la Universidad Nacional de Ucayali la cual recibió su aprobación. Además de emitir solicitudes a la dirección del Hospital Regional de Pucallpa y al servicio de Gineco Obstetricia para la aceptación y ejecución del protocolo y posteriormente se accedió a las historias clínicas de la población a estudiar.

Una vez obtenidos los permisos del Hospital Regional de Pucallpa y del servicio de Gineco-Obstetricia, se procedió a la recolección de las variables en una hoja de cálculo de las historias clínicas según las variables indicadas en la ficha de recolección de datos.

ASPECTOS ÉTICOS: Se identificaron los casos y controles de la población en estudio y posteriormente se registrarán las historias clínicas en el programa del Sistema de Información Perinatal 2000 (SIP 2000) proporcionado por el Ministerio de Salud (MINSA) registrado por el personal de obstetricia a todo paciente hospitalizado en los nosocomios, el cual se tomarán los datos en la ficha de recolección de datos del **Anexo 1,** garantizando la confidencialidad y el anonimato de los participantes seleccionados eliminando cualquier información que permita identificarla. Al ser una ficha de recolección de datos de un programa virtual no fue necesario solicitar el consentimiento informado de los participantes, sin embargo, se adjunta la autorización de las instituciones correspondientes al estudio.

ASPECTO SOCIAL: Estos resultados serán entregados mediante un informe al jefe del servicio de Gineco-Obstetricia y al director del Hospital Regional de Pucallpa para que cuenten con conocimiento del mismo, además de que una vez aprobados se redactará el manuscrito original para su publicación en una revista indizada para que su información sea

utilizada en beneficio de las gestantes y los estudiantes que tengan interés sobre la presente línea de investigación

3.9. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos después de su recolección fueron analizados a través del paquete estadístico STATA versión 17, en dónde se presentaron las variables cualitativas en frecuencia y porcentaje; las variables cuantitativas en media y desviación estándar en quienes tuvieron una distribución normal, después de la evaluación mediante sesgo y kurtosis.

Respecto a la estadística inferencial, el análisis bivariado fue realizado mediante chi cuadrado para variables categóricas que cumplan con los supuestos, y se presentaran los valores mediante odds ratio según corresponda.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

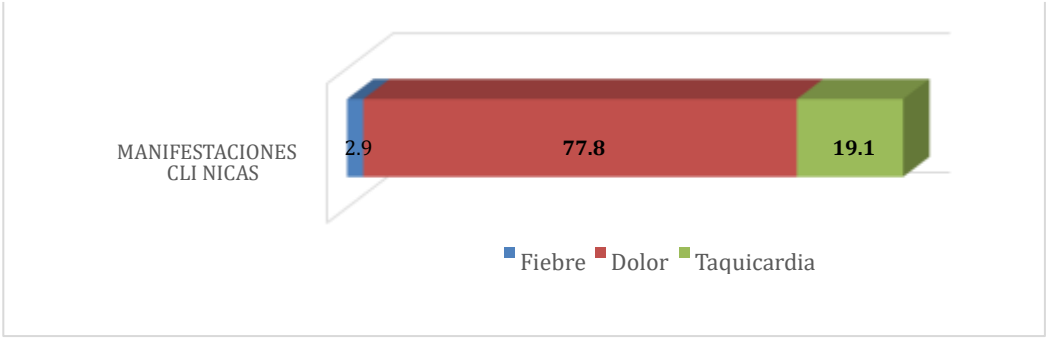
4.1. PRESENTACION DE RESULTADOS

La presente investigación registro a 150 gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, en ella se registraron las manifestaciones clínicas de los pacientes incluidos en la muestra. Se observó que el 77.8% presentó dolor como síntoma principal, seguido de la taquicardia con un 19.1%. Por otro lado, solo el 2.9% de los pacientes manifestó fiebre (**Tabla 1** y **Figura 1)** .

Tabla 1. Características de las manifestaciones clínicas en las gestantes atendidas del Hospital Regional de Pucallpa 2021 - 2022

Manifestaciones clinicas	**n(%)**
Fiebre	5(2.9)
Dolor	130(77.8)
Taquicardia	32 (19.1)

Figura 1. Frecuencia de las manifestaciones clínicas en las gestantes atendidas del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022



Con respecto a las características sociodemográficas, la edad materna, se encontró que la mediana de la edad sin hemorragia fue de 25 años (rango

intercuartil: 20-33), mientras que en el grupo con hemorragia fue de 28.5 años (rango intercuartil: 24-34). El 66.2% de las mujeres sin hemorragia estaban casadas o convivientes, mientras que el 33.8% eran solteras. En el grupo con hemorragia, el 33.8% estaban casadas o convivientes y el 28.6% eran solteras (**Tabla 2**).

En cuanto al grado de instrucción, la mayoría de las mujeres en ambos grupos tenían estudios secundarios, siendo el 75.9% de las mujeres quienes no presentaron hemorragia y el 26.1% si lo padecieron. Sin embargo, hubo diferencias significativas en el porcentaje de mujeres con estudios universitarios entre los dos grupos (50% en el grupo con hemorragia vs 8% en el grupo sin hemorragia). Además, la mayoría de las gestantes en ambos grupos reportaron ser amas de casa (68.2% en el grupo sin hemorragia y 31.8% en el grupo con hemorragia) (**Tabla 2** y **Figura 2**).

Además, en cuanto a la provincia de procedencia, la mayoría de las mujeres del estudio procedían de la provincia de Coronel Portillo (67.4% en el grupo sin hemorragia y 32.6% en el grupo con hemorragia), observándose diferencias significativas en el porcentaje de mujeres procedentes de Padre Abad entre los dos grupos (40% en el grupo con hemorragia vs 2% en el grupo sin hemorragia) (**Tabla 2** y **Figura 3**).

Tabla 2. Características sociodemográficas en las gestantes con hemorragia en la segunda mitad del embarazo del Hospital Regional de Pucallpa 2021 - 2022

	Hemorragia de la segunda mitad del embarazo	
	Sin hemorragia	**Con hemorragia**
Características	**n (%)**	**n (%)**
Edad materna [a]	25 (20-33)	28.5 (24-34)
Estado civil		
Soltera	10 (71.4)	4 (28.6)
Casada/conviviente	90 (66.2)	46 (33.8)
Grado de instrucción		
	21 (63.6)	12 (36.4)
Estudios secundarios	65 (75.9)	23 (26.1)
Estudios universitarios	8 (50)	8 (50)
Estudios técnicos	6 (46.2)	7 (53.8)
Ocupación		
Ama de casa	90 (68.2)	42 (31.8)
Estudiante	6 (66.7)	3 (33.3)
Independiente	4 (44.4)	5 (55.6)
Lugar de procedencia		
Callería	36 (72)	14 (28)
Manantay	48 (63.2)	28 (36.8)
Yarinacocha	4 (66.7)	2 (33.3)
Padre Abad	2 (100)	0 (0)
Neshuya	1 (100)	0 (0)
Atalaya	3 (50)	3 (50)
Iparia	3 (75)	1 (25)
Loreto	3 (60)	2 (40)
Provincia de procedencia		
Coronel Portillo	93 (67.4)	45 (32.6)
Padre Abad	2 (40)	3 (60)
Atalaya	3 (60)	2 (40)
Loreto	2 (100)	0 (0)

[a] Mediana - Rango intercuartílico

Figura 2. Frecuencia del grado de instrucción en gestantes con hemorragia en la segunda mitad del embarazo del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022

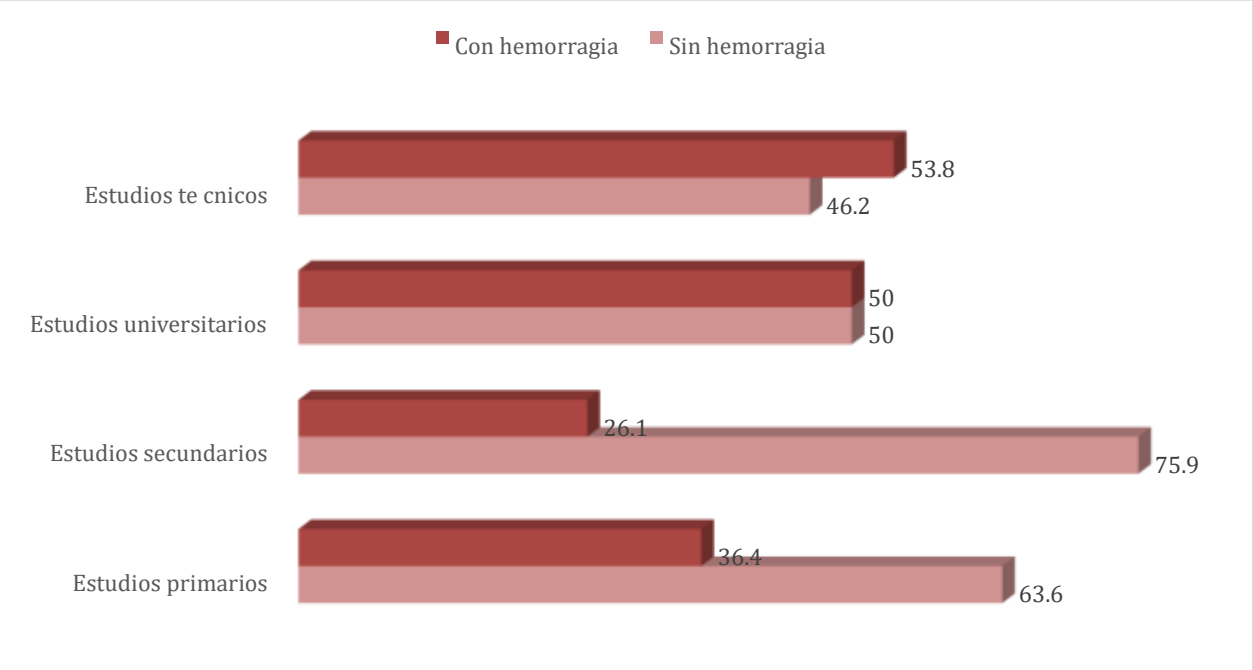
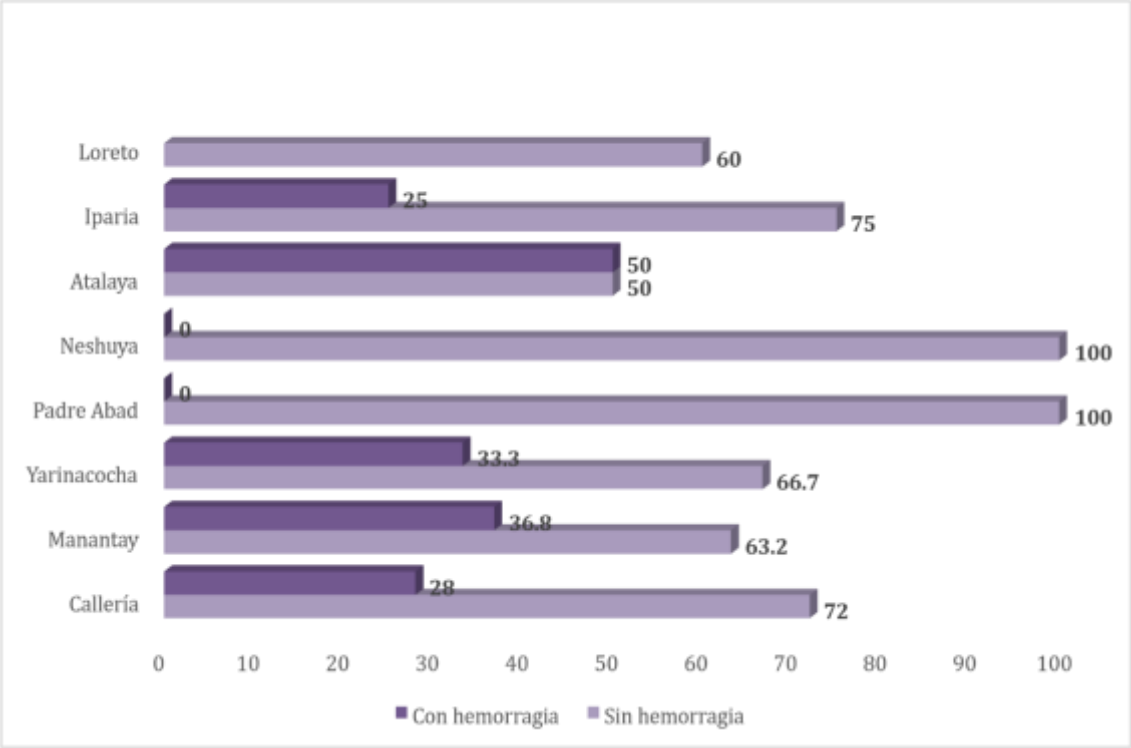


Figura 3. Frecuencia del lugar de procedencia en las gestantes con hemorragia en la segunda mitad del embarazo del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022



Además, dentro de la evaluación respecto a la estadística inferencial se encontró que la edad materna estaba significativamente asociada con la ocurrencia de hemorragia en la segunda mitad del embarazo, con un OR ajustado de 1.06 (IC
95%: 1.00 - 1.12) por cada aumento de año en la edad de las gestantes. En cuanto al grado de instrucción, se observó una asociación significativa entre los estudios técnicos y la ocurrencia de hemorragia en la segunda mitad del embarazo, con un OR ajustado de 3.55 (IC 95%: 0.71 - 17.71) en comparación con los estudios primarios (**Tabla 3**).

Finalmente, en cuanto a la provincia de procedencia de las participantes, se observó una asociación significativa entre la provincia de Padre Abad y la ocurrencia de hemorragia en la segunda mitad del embarazo, con un OR ajustado de 3.20 (IC 95%: 0.41 - 24.86) en comparación con la provincia de Coronel Portillo

por lo que no se encontraron diferencias significativas para las otras variables estudiadas (**Tabla 3**).

Tabla 3. Factores sociodemográficos asociadas a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021 - 2022

	Hemorragia de la segunda mitad del embarazo			
Características	**ORc [a]**	**IC 95%**	**ORa [b]**	**IC 95 %**
Edad materna [a]	1.04	0.99-1.09	1.06	1.00-1.12
Estado civil				
Soltera	Ref.		Ref.	
Casada/conviviente	1.28	0.38-4.29	0.72	0.19-2.70
Grado de instrucción				
Estudios primarios	Ref.		Ref.	
Estudios secundarios	0.62	0.26-1.45	0.66	0.26-1.69
Estudios universitarios	1.75	0.52-5.86	1.93	0.51-7.31
Estudios técnicos	2.04	0.55-7.49	3.55	0.71-17.71
Ocupación				
Ama de casa	Ref.		Ref.	
Estudiante	1.07	0.25-4.49	0.42	0.08-2.17
Independiente	2.68	0.68-10.48	3.87	0.72-20.80
Provincia de procedencia				
Coronel Portillo	Ref.		Ref.	
Padre Abad	3.1	0.50-19.21	3.2	0.41-24.86
Atalaya	1.38	0.22-8.53	1.84	0.27-12.55
Loreto				
	-	-	-	-

[a] **ORc**: Odds Ratio crudo [b] **ORa:** Odds Ratio ajustado
Se empleo un modelo de regresión logística para determinar los valores de Odds Ratio

Con respecto a las características gineco – obstétricas, se observó que el 50 (24.04%) presentaron hemorragia en la segunda mitad del embarazo. De estas, 40 (38.5%) habían tenido al menos un parto previo, con una mediana de paridad de 2 (rango intercuartílico [RIC]: 1 - 3), mientras que 10 (21.7%) habían sido nulíparas, con una mediana de paridad de 1 (RIC: 0 - 2) (**Tabla 4** y **Figura 4**).

En cuanto a los antecedentes obstétricos, se encontró que 47 (22.6%) de las mujeres habían experimentado al menos un aborto previo, mientras que 161 (77.4%) no lo habían hecho. Además, se observó que 30 (14.4%) mujeres habían tenido al menos una cesárea previa, mientras que 178 (85.6%) no habían tenido cesárea anteriormente. De las mujeres que habían recibido atención prenatal, la mediana del número de controles prenatales fue de 6 (RIC: 4 - 8) en las mujeres sin hemorragia y de 4 (RIC: 1 - 5) en las mujeres con hemorragia (**Tabla 4** y **Figura 4**).

La mediana de edad gestacional al momento del diagnóstico de la hemorragia fue de 37 semanas (RIC: 34 - 39) en las mujeres con hemorragia, mientras que en las mujeres sin hemorragia la mediana de edad gestacional fue de 38 semanas (RIC: 37 - 40). En cuanto a los síntomas clínicos, se observó que la fiebre se presentó en 5 (10%) de las mujeres con hemorragia y en 4 (2%) de las mujeres sin hemorragia, mientras que el dolor se presentó en 87 (69.1%) de las mujeres con hemorragia y en 39 (19%) de las mujeres sin hemorragia. Por último, la taquicardia se presentó en 10 (52.6%) de las mujeres con hemorragia y en 9 (4.3%) de las mujeres sin hemorragia (**Tabla 4** y **Figura 5**).

Tabla 4. Características gineco obstétricos en las gestantes con hemorragia en la segunda mitad del embarazo del Hospital Regional de Pucallpa 2021 - 2022

	Hemorragia de la segunda mitad del embarazo	
	Sin hemorragia	**Con hemorragia**
Características	**n (%)**	**n (%)**
Pariedad [1]	1 (0-2)	2 (1-3)
Si	64 (61.5)	40 (38.5)
No	36 (78.3)	10 (21.7)
Abortos [a]	0 (0-1)	0 (0-1)
Si	29 (61.7)	18 (38.3)
No	71 (68.9)	32 (31.1)
Cesárea [a]	0 (0-0)	0 (0-0)
Si	18 (60)	12 (40)
No	82 (68.3)	38 (31.7)
Control prenatal	6 (4-8)	4 (1-5)
Si	91 (66.4)	46 (33.6)
No	9 (69.2)	4 (30.8)
Edad gestacional	38 (37-40)	37 (34-39)
Síntomas clínicos		
Fiebre	4 (80)	1 (20)
Dolor	87 (69.1)	39 (30.9)
Taquicardia	9 (47.4)	10 (52.6)

Mediana 1- Rangos intercuartílico

Figura 4. Frecuencia de las características gineco – obstétricas en las gestantes

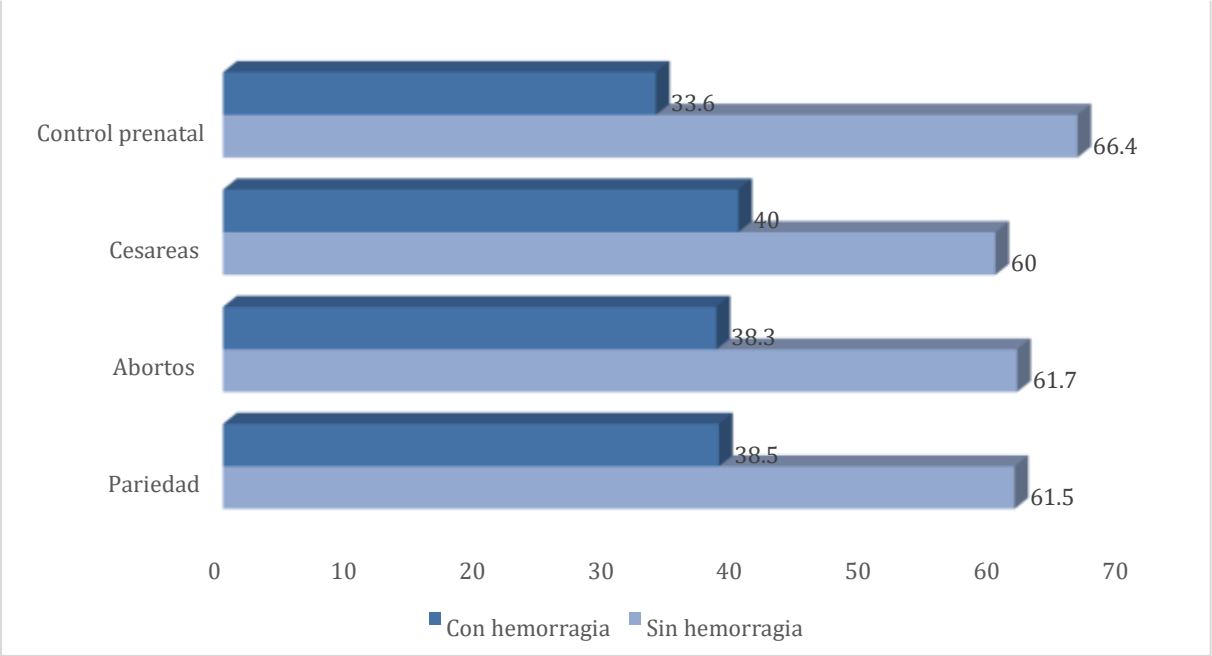
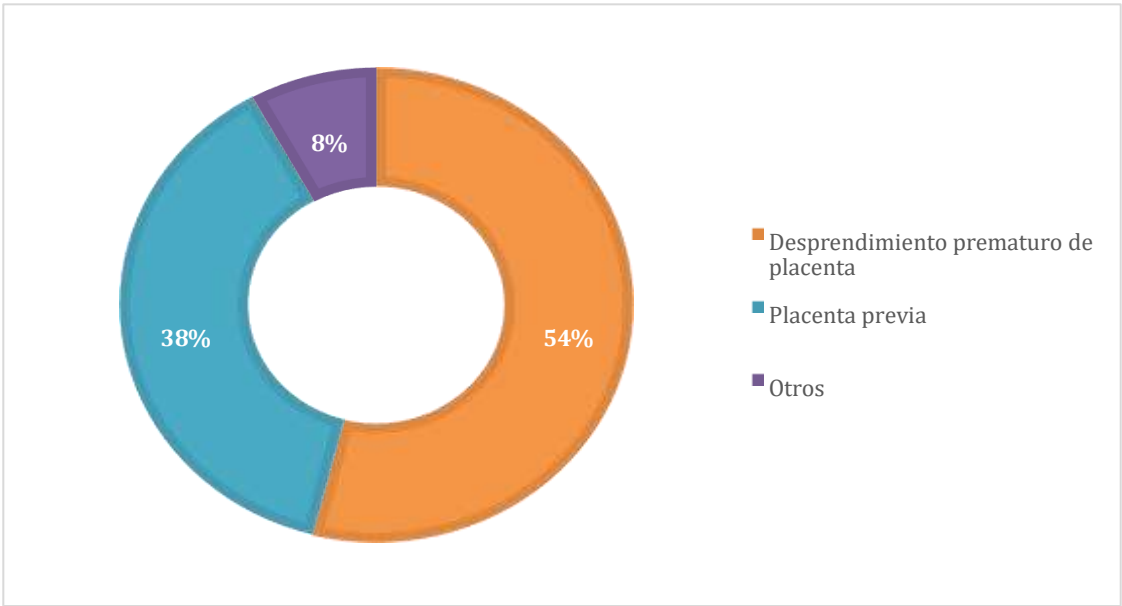


Figura 5. Frecuencia de las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022



Con respecto a los factores gineco – obstétricos, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el número de controles prenatales y la ocurrencia de hemorragia en la segunda mitad del embarazo (ORc = 0.78, IC 95%: 0.68 - 0.88; ORa = 0.83, IC 95%: 0.72 - 0.96), lo que sugiere que las mujeres con un mayor número de controles prenatales tienen menos probabilidad de presentar hemorragias en la segunda mitad del embarazo. Al igual que con la edad gestacional y la ocurrencia de hemorragia en la segunda mitad del embarazo (ORc = 0.78, IC 95%: 0.68 - 0.89; ORa = 0.84, IC 95%: 0.72 - 0.97), lo que sugiere que a medida que la edad gestacional aumenta, disminuye la probabilidad de presentar hemorragias en la segunda mitad del embarazo (**Tabla 5**).

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la paridad y la ocurrencia de hemorragia en la segunda mitad del embarazo (ORc = 1.32, IC 95%: 1.05 - 1.65; ORa = 1.14, IC 95%: 0.88 - 1.48), lo que sugiere que las mujeres con mayor número de partos previos tienen mayor probabilidad de presentar hemorragias en la segunda mitad del embarazo. Sin embargo, la asociación no fue estadísticamente significativa después de ajustar por otras variables (**Tabla 5**).

Finalmente, los resultados descritos sobre los abortos previos y las cesáreas no mostraron asociación estadísticamente significativa con la ocurrencia de hemorragia en la segunda mitad del embarazo. Al igual que los síntomas clínicos, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la fiebre, el dolor y la taquicardia con la ocurrencia de hemorragia en la segunda mitad del embarazo. Finalmente, cabe resaltar que los resultados para el dolor y la taquicardia presentan un amplio intervalo de confianza, lo que sugiere que son resultados menos precisos y deben interpretarse con precaución (**Tabla 5**).

Tabla 5. Factores gineco-obstétricos asociadas a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021 - 2022

	Hemorragia de la segunda mitad del embarazo			
	ORc [a]	**IC 95%**	**ORa [b]**	**IC 95%**
Características				
Pariedad [1]	**1.32**	**1.05-1.65**	**1.14**	**0.88-1.48**
Abortos [a]	1.26	0.77-2.06	1.29	0.74-2.24
Cesárea [a]	1.47	0.76-2.85	1.26	0.60-2.65
Control prenatal	0.78	0.68-0.88	0.83	0.72-0.96
Edad gestacional	0.78	0.68-0.89	0.84	0.72-0.97
Síntomas clínicos				
Fiebre	Ref.		Ref.	
Dolor	1.79	0.19-16.57	1	0.09-10.69
Taquicardia	4.44	0.41-47.50	1.75	0.13-22.96

[a] **ORc**: Odds Ratio crudo [b] **ORa:** Odds Ratio ajustado

Se empleo un modelo de regresión logística para determinar los valores de Odds Ratio

4.2. DISCUSION

En el presente estudio se analizaron las características clínicas de gestantes con y sin hemorragia en el servicio de Gineco – Obstetricia que forman parte del Hospital Regional de Pucallpa, encontrándose que los síntomas más comunes en las gestantes con hemorragia fueron fiebre, dolor abdominal y taquicardia. Estos resultados sugieren que el dolor abdominal es el síntoma más común en las gestantes con hemorragia considerándose entre las patologías el desprendimiento prematuro de placenta y la placenta previa, lo cual es consistente con el estudio de Pocasangre (7) realizado en el Hospital Roosevelt de Guatemala, donde se encontró que la patología que se presentó con mayor frecuencia fue la placenta previa, seguida por la abruptio placentae y la vasa previa. Asimismo, en este estudio se determinó que la característica clínica que con mayor frecuencia presentaron las pacientes sometidas a estudio fue hemorragia vaginal, seguido por dolor abdominal y alteración de la frecuencia cardiaca fetal, similares a nuestra investigación.

Por el contrario, el estudio de Mendoza realizado en un hospital de México (8), también identificó que los principales factores de riesgo asociados a la hemorragia obstétrica fueron la multiparidad, la preeclampsia, la ruptura prematura de membranas y la cesárea previa. Estos resultados se contrastan con los hallazgos del presente estudio, donde se observó que la hipotensión arterial y la

taquicardia pueden estar presentes en un porcentaje significativo de casos, lo cual sugiere la presencia de factores de riesgo para la hemorragia obstétrica.

Con respecto a los factores sociodemográficos, el antecedente de paridad nos indicó un factor de riesgo para la hemorragia en la segunda mitad del embarazo (ORc: 1.32; IC 95%: 1.05 – 1.65). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad, la educación, el estado civil o la ocupación de las gestantes con y sin hemorragia. Estos resultados coinciden con los hallazgos realizados por Mendoza (8) y Flor-Romero (39), ambos concluyen que la multiparidad es un factor obstétrico asociado a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo. En contraste con los resultados del estudio de Acho (16) en Perú, que no pudieron determinar una asociación entre los factores sociodemográficos solo una relación con respecto a la edad de las gestantes.

En general, podemos considerar que la hemorragia de la segunda mitad del embarazo es un evento obstétrico que puede poner en riesgo la vida de la madre y el feto. Estos factores de riesgo nos pueden incluir múltiples causas desde un punto de vista multifuncional, por lo que es importante identificar estos factores de riesgo y proporcionar una atención prenatal adecuada para prevenir y tratar oportunamente la hemorragia de la segunda mitad del embarazo (7-16).

Con respecto a los factores gineco-obstétricas de las gestantes nuestro análisis reveló que el número de controles prenatales es un factor protector para la hemorragia en la segunda mitad del embarazo, siendo a mayor número de controles prenatales menor es el riesgo de hemorragia (ORa: 0,83; IC 95%: 0,72-

0,96). Esto es consistente con los resultados de estudios anteriores, como el de Flor-Romero (39), que también encontró que el control prenatal inadecuado es un factor de riesgo para la hemorragia en la segunda mitad del embarazo.

Así mismo, la edad gestacional es un factor de riesgo para la hemorragia en la segunda mitad del embarazo (ORa: 0,84; IC 95%: 0,72-0,97), lo que indica que a las gestaciones a término nos aumentan el riesgo de hemorragia. Esto es consistente con el estudio de Acho (16), que encontró que el 77,6% de las gestantes con hemorragia de la segunda mitad del embarazo tenía entre 36 y 40 semanas. Siendo de esta forma los profesionales de la salud deben asegurarse de que las gestantes reciban un número suficiente de controles prenatales para detectar y tratar cualquier problema a tiempo. Además, se deben tener otros factores de riesgo descritos, como la edad gestacional, para identificar a las gestantes que pueden estar en mayor riesgo de hemorragia y tomar medidas preventivas (16,39,8,7).

Nuestra investigación puede concluir que, se encontró que el 54% padeció de DPP siendo la causa más frecuente de hemorragia de la segunda mitad del embarazo, seguida de la PP con el 38%. Además, se encontró que la mayoría de las gestantes con hemorragia de la segunda mitad del embarazo tenían menos de cinco controles prenatales, sugiriendo un control prenatal inadecuado.

CONCLUSIONES

- Las manifestaciones clínicas más comunes asociadas a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa en el periodo 2021-2022 fueron el dolor (77.8%) y la taquicardia (19.1%). Aunque la fiebre solo fue presentada por el 2.9% de las gestantes con hemorragia, es importante tener en cuenta esta manifestación para poder descartar otras patologías que también puedan estar presentes.

- Los factores sociodemográficos que presentaron una asociación estadísticamente significativa con la hemorragia de la segunda mitad del embarazo fueron la edad materna y el estado civil. Las gestantes con hemorragia tuvieron una edad materna promedio mayor (28.5 años) en comparación con las gestantes sin hemorragia (25 años). Además, el estado civil soltera presentó una asociación significativa con la hemorragia. Por lo tanto, se debe poner atención en estas características para un mejor seguimiento de las gestantes en riesgo.

- Los factores gineco obstétricos que presentaron una asociación estadísticamente significativa con la hemorragia de la segunda mitad del embarazo fueron el antecedente de aborto y el antecedente de cesárea previa. Las gestantes con hemorragia tuvieron un mayor porcentaje de antecedentes de aborto (32.8%) y cesárea previa (33.1%) en comparación con las gestantes sin hemorragia (18.5% y 21.1% respectivamente). Por lo tanto, es importante prestar especial atención a estas gestantes y brindarles un cuidado adecuado.

- La mayoría de las gestantes con hemorragia residían en Callería (28%) y Manantay (36.8%), ambas ubicadas en la región de Ucayali. Además, la mayoría provenía de la provincia de Coronel Portillo (32.6%). Aunque estas características no presentaron una asociación estadísticamente significativa con la hemorragia, es importante tener en cuenta la distribución geográfica de

las gestantes afectadas para una mejor planificación de la atención médica.

- La mayoría de las gestantes con hemorragia eran amas de casa (31.8%) y la mayoría tenía estudios secundarios (26.1%). Aunque estas características no presentaron una asociación estadísticamente significativa con la hemorragia, es importante tener en cuenta la influencia de los factores socioeconómicos en la salud de las gestantes y en el acceso a una atención médica adecuada.

RECOMENDACIONES

- Se debe realizar un estudio prospectivo para poder contar con una muestra de casos más representativa. En este sentido, se recomienda que se realice una búsqueda activa de casos para poder contar con una muestra más homogénea y que incluya un número mayor de casos.

- Se debe implementar una mejora en el sistema de registro y diagnóstico de las gestantes que forma parte el CIP 2000 para así poder contar con información más completa y precisa sobre las gestantes con hemorragia en la segunda mitad del embarazo. Esto permitiría una mejor identificación de los casos y un seguimiento más riguroso.

- Se recomienda llevar a cabo una investigación complementaria que permita identificar otras causas subyacentes de la hemorragia en la segunda mitad del embarazo en esta población. Esto podría proporcionar información valiosa para el diseño de estrategias de prevención y tratamiento más eficaces.

- Se sugiere realizar un análisis que evalúe las variables confusoras para poder determinar la colinealidad de las gestantes con hemorragia en la segunda mitad del embarazo. Esto permitiría identificar aquellos factores que tienen mayor impacto en la aparición de esta complicación y, por lo tanto, diseñar estrategias de prevención más efectivas.

- Se recomienda que se realice una revisión crítica de los protocolos de atención obstétrica en el Hospital Regional de Pucallpa para asegurar que se están cumpliendo con los estándares de atención establecidos. Esto podría ayudar a identificar posibles brechas en la atención que puedan estar contribuyendo a

la aparición de complicaciones como la hemorragia en la segunda mitad del embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICOS

1. Hemorragia posparto. Practice Bulletin No. 183. Colegio Americano de

Obstetras y Ginecólogos. Obstet Gynecol 2017; 130: págs. E168-e186.

2. Peterson EE, Davis NL, Goodman D., et. al .: Muertes relacionadas con el embarazo, Estados Unidos, 2011-2015 y estrategias de prevención. Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad de MMWR 2019; 68: págs. 423-429.

3. Diga L., Chou D., Gemmill A., et. al .: Causas mundiales de muerte materna: análisis sistemático de la OMS. Lancet Glob Health 2014; 2: págs. E323-e333

4. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA. Casos de muerte materna según notificación semanal. Perú 2000 – 2016. Hasta la SE 52 del 2016

5. Calle, Barrera y Guerrero. Diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto. Rev Per Ginecol Obstet. 2008;54:233-243. Recuperable http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n4/pdf/a03v5

4n4.pdf

6. Sub Gerencia Regional de Planificación y Estadística, Gobierno Regional de Ucayali. Boletín 01 Estadístico Regional. Disponible en:

https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1689122/Boletin-01-Enero-2021.pdf.pdf

7. Pocasangre Sarazúa EL. Caracterización clínico-epidemiológica de las pacientes con hemorragia del tercer trimestre del embarazo. [Tesis de Maestria]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala,

Facultad de Ciencias Medicas; 2015.

8. 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 Ginecologia y Obstetricia]. TOLUCA: Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Medicina; 2013.

9. 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 MaríaRodríguez"

10. Sayed E, Butwick A y Carvalho B.. Risk factors for obstetric morbidity in patients with uterine atony undergoing Caesarean delivery. Struys MMRF, ed.BJA: British Journal of Anaesthesia. 2014;113(4):661-668.

11. Lugo A. Caracterización de las pacientes con hemorragia uterina puerperal en las que se utilizó misoprostol. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2014;40(2):145-154.

12. Segura A. Influencia del alumbramiento activo sobre la morbilidad materna por hemorragia posparto. 2013;42(3):258–367

13. Sesmero de M. Mortalidad materna en España en el periodo 2010-2012:

resultados de la encuesta de la Sociedad Española de Ginecología (SEGO).

14. 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

15. 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

16. 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

17. Hernández-Salazar F, Tinoco-Téllez L, Huerta JLM. Domínguez-Carrillo LG. Pinzamiento de arterias hipogástricas. Estrategia de prevención de hemorragia obstétrica en el manejo de placenta previa acreta. Acta méd.

Grupo Ángeles. 2021;19(2):214-220

18. Kayem G., Keita H.: Management of placenta previa and accreta. J

Gynecol Obstet Biol Reprod 2014; 43: pp. 1142-1160.

19. Sentilhes L., Vayssiere C., Mercier F.: Postpartum hemorrhage: guidelines for clinical practice - text of the guidelines (short text). J Gynecol Obstet Biol Reprod 2014; 43: pp. 1170-1179.

20. Goffinet F.: Hémorragies obstétricales du postpartum.2003.Flammarion Médecine-SciencesParispp. 932-946

21. Al Kadri H.M., Al Anazi B.K., Tamim H.M.: Visual estimation versus gravimetric measurement of postpartum blood loss: a prospective cohort study. Arch Gynecol Obstet 2011; 283: pp. 1207-1213.

22. Patel A., Goudar S.S., Geller S.E.: Drape estimation vs. visual assessment for estimating postpartum hemorrhage. Int J Gynaecol Obstet 2006; 93: pp. 220-224.

23. Toledo P., McCarthy R.J., Hewlett B.J.: The accuracy of blood loss estimation after simulated vaginal delivery. Anesth Analg 2007; 105: pp.

1736-1740.

24. InVS; IdvsRdCNdEsIMMC-jP. www.invs.sante.fr . 2010.

25. Darlington D.N., Kremenevskiy I., Pusateri A.E.: Effects of in vitro hemodilution, hypothermia and rFVIIa addition on coagulation in human blood. Int J Burns Trauma 2012; 2: pp. 42-50.

26. Jude B., Bauters A., Gaudric J.: Hémostase et hypothermie. Sang Thromb Vaiss 2004; 16: pp. 515-519.

27. Kuhn T, Martimucci K, Al-Khan A, Bilinski R, Zamudio S, Alvarez-Perez J. Prophylactic hypogastric artery ligation during placenta percreta surgery: a retrospective cohort study. AJP Rep. 2018; 8 (2): e142-e145. doi: 10.1055/s-0038-1666793.

28. Raynal P.: Bakri balloon. Gynecol Obstet Fertil 2011; 39: pp. 438-441.

29. Bakri Y.N., Amri A., Abdul Jabbar F.: Tamponade-balloon for obstetrical bleeding. Int J Gynaecol Obstet 2001; 74: pp. 139-142.

30. Vitthala S., Tsoumpou I., Anjum Z.K.: Use of Bakri balloon in post-partum haemorrhage: a series of 15 cases. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2009; 49: pp. 191-194.

31. Royal College of Obstetricians Gynaecologists : Prevention and management of post-partum haemorrhage. Green-top

52.2009.RCOGLondon [disponible sur :

www.rcog.org.uk/womenshealth/clinical- guidance/prevention-andmanagement- postpartumhaemorrhage-green-top-52]

32. Leduc D., Senikas V., Lalonde A.B.: Active management of the third stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage. J Obstet Gynaecol Can 2009; 31: pp. 980-993.

33. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists number 76, October 2006: postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol* 2006; 108 :1039–47.

34. Lalonde A., Daviss B.A., Acosta A.: Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO initiative 2004-2006. Int J Gynaecol Obstet 2006; 94: pp. 243253.

35. Aya A.G., Ducloy-Bouthors A.S., Rugeri L.: Anesthetic management of severe or worsening postpartum hemorrhage. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2014; 43: pp. 1030-1062.

36. National Library of Medicine. MeSH vocabulary [Internet]. [Citado el 12

de Julio de 2020]. Disponible: http://www.nlm.nih.gov/bsd/pubmed_tutorial/m1001.html

37. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2018. Sao

Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017 [Citado el 12 de Julio de 2021]. Disponible en: http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm

38. Dioses-Guerrero E, Oña-Gil J, Cardoza-Jiménez K, Meza-Liviapoma J, Matorel-Ruiz M. Factores asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un Hospital del norte del Peru. Rev cuerpo med HNAAA 2014: 7(4) 22-6.

39. Flor-Romero A, Gómez-Zapana GR. Factores asociados a hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del hospital hipólito unanue de Tacna (2014-2018). (Tesis de pregrado) Tacna 2021.

Disponible en: https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/1931/Flor- Romero-Alexandra.pdf?sequence=1&isAllowed=y

40. Gamboa-Tumba KJ, Otarola-De-La-Torre RN. Factores asociados a hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica de Enero a Diciembre del 2019. (Tesis de pregrado) Universidad Alas Peruanas. Ica 2021. Disponible en: https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/10003/Tesis_factores%20asociados_hemorragias_embarazo_gestantes%20atendidas_hospital%20regional_Ica.pdf?sequence=1&isAllowed=y

41. Rimas-Huaynate JV, Palacios-Zevallos JM. Factores de riesgo asociados a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo

en gestantes que acuden al hospital regional hermilio valdizán medrano 2016". (Tesis de pregrado) Universidad de Huánuco. 2021. Disponible en: http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3089/Rimas%20Huaynate%2c%20Jakelyne%20Veronica.pdf?sequence=1&isAllowed=y

42. Macias C et al. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en el Hospital Provincial general Riobamba, Chimborazo, Ecuador 2017 – 2018. Cienc. Serv. Salud. Nut; 2019 10(1): 27-34

43. Reyes-Florian JC. "Edad materna, infección urinaria y hemorragia de segunda mitad del embarazo asociado al parto pretermino". (Tesis de pregrado) Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo 2020 .

44. Perez-Kuga MI et al. Factores asociados a placenta previa en pacientes hospitalizados en el servicio de gineco obstetricia del Hospital MINSA II2 Tarapoto (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de San Martin. San Martin 2021.

ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Título del estudio: Factores asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa, 2021-2022

Institución: Servicio gineco-obstetricia – Hospital Regional de Pucallpa

Hemorragia en la segunda mitad: Con hemorragia ( ) Sin hemorragia ( )

FACTORES SOCIODEMOGRÁ FICOS

• **Edad:** _____años cumplidos.

• **Procedencia • Provincia • Ocupación**

• **Grado de instrucción**: Sin estudios ( ) Estudios primarios ( )
Estudios secundarios ( ) Estudios técnicos ( )
Estudios universitarios ( )

• **Estado civil:** Soltera
Casada
Conviviente

FACTORES GINECO-OBSTETRICOS

- Pariedad
- Abortos
- Cesáreas
- Número de controles prenatales
- Edad gestacional
- Tipos de hemorragia durante la gestación: Sin hemorragias ( )
Placenta previa ( )
Desprendimiento prematuro de placenta ( )

Lugar de trabajo: _____

FACTORES CLÍNICOS

- Sintomatología clínica: Perdida de la conciencia ( )
Taquicardia ( )
Trastorno sensorio ( )
Otro ( )

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
GENERAL: ¿Cuáles son los factores asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes en el Hospital Regional de Pucallpa, 2021-2022? **ESPECIFICOS:** **1. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas asociados a la hemorragia de segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022?** **2. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en**	**GENERAL**: Determinar los factores asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021 - 2022 **ESPECIFICOS** 1. Determinar las manifestaciones clínicas a la hemorragia durante la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022 2. Determinar los factores sociodemográficos asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022 3. Determinar los factores gineco obstétricos asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes	**GENERAL:** **Ho:** Existe factores que se asocian a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022 **Ha:** No existe factores que se asocian a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa durante el año 2021-2022 **ESPECIFICOS** Ho: Existe manifestaciones clinicas asociado a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022 Ha: No existe manifestaciobes clinicas asociado a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del	**DEPENDIENTE:** Hemorragia durante la segunda mitad de la gestación **INDEPENDIENTE:** Factores asociados en las mujeres atendidas	Ficha de recolección de datos	Ficha de recolección de datos	**TIPO DE INVESTIGACIÓN** Cuantitativo **NIVEL DE INVESTIGACIÓN** Correlacional **MÉTODO:** Analítico **TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Analítico **POBLACIÓN Y MUESTRA** Gestantes que padecieron hemorragias durante la segunda mitad de la gestación atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el 2021-2022 siendo un total de 250. **TRATAMIENTO ESTADÍSTICO** - STATA 17.0. Con respecto a la estadística

ANEXO 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA

gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022? **3.** ¿Cuáles son los factores gineco obstétricos asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022?	del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022	Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022 Ho: Existe factores sociodemográficos que se asocian a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022 Ha: No existe factores sociodemográficos que se asocian a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022 Ho: Existe factores gineco-obstétricos que se asocian a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022 Ha: No existe factores gineco-obstétricos que se asocian a la hemorragia de				descriptiva se presentan los resultados de las variables cualitativas en frecuencias y porcentajes. - Para las variables cuantitativas, los datos sobre normalidad mediante sesgo y kurtosis **TÉCNICA** Ficha de recolección de datos **INSTRUMENTO** Ficha de recolección de datos

		la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022				

GRAFICOS, TABLAS, IMÁGENES
GRAFICOS

Figura 1. Frecuencia de las manifestaciones clínicas en las gestantes atendidas del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022

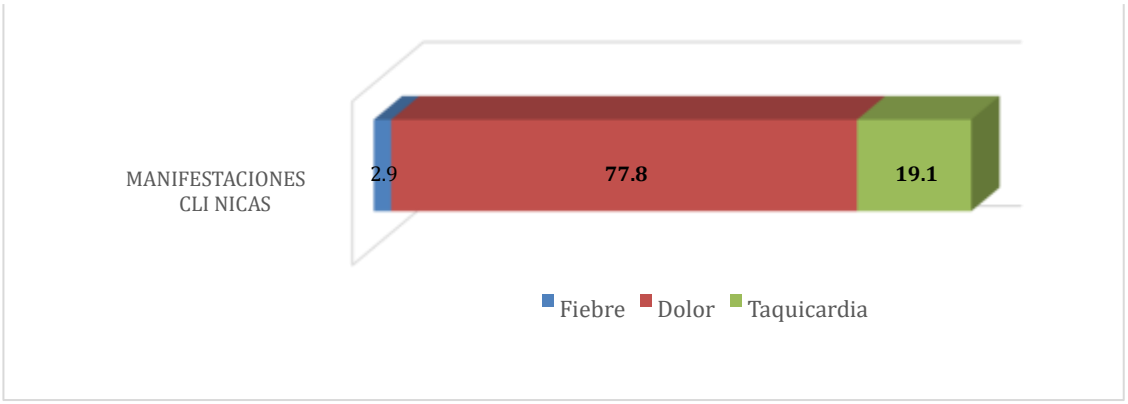


Figura 2. Frecuencia del grado de instrucción en gestantes con hemorragia en la segunda mitad del embarazo del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022

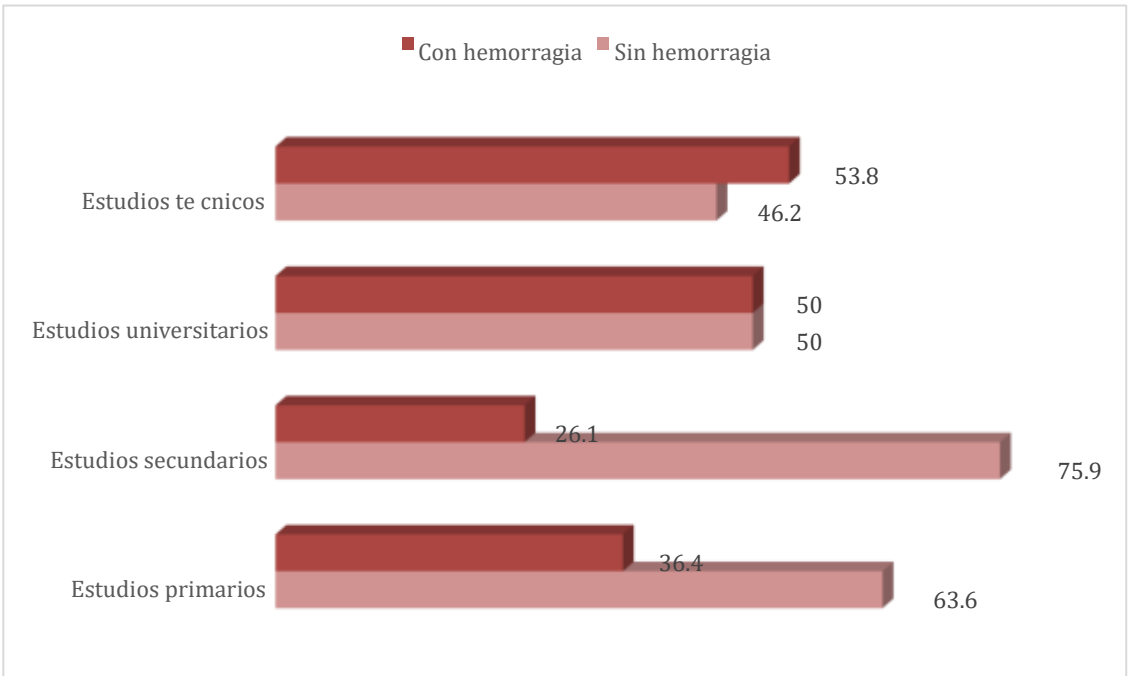


Figura 3. Frecuencia del lugar de procedencia en las gestantes con hemorragia en la segunda mitad del embarazo del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022

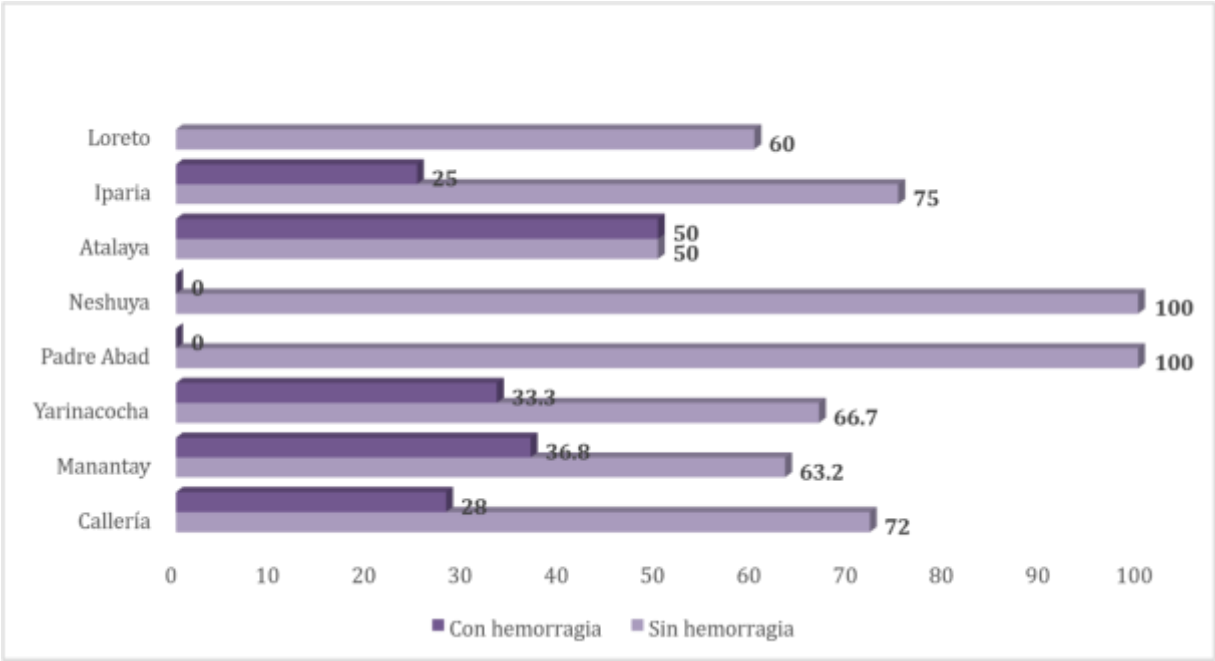


Figura 4. Frecuencia de las características gineco – obstétricas en las gestantes con hemorragias del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022

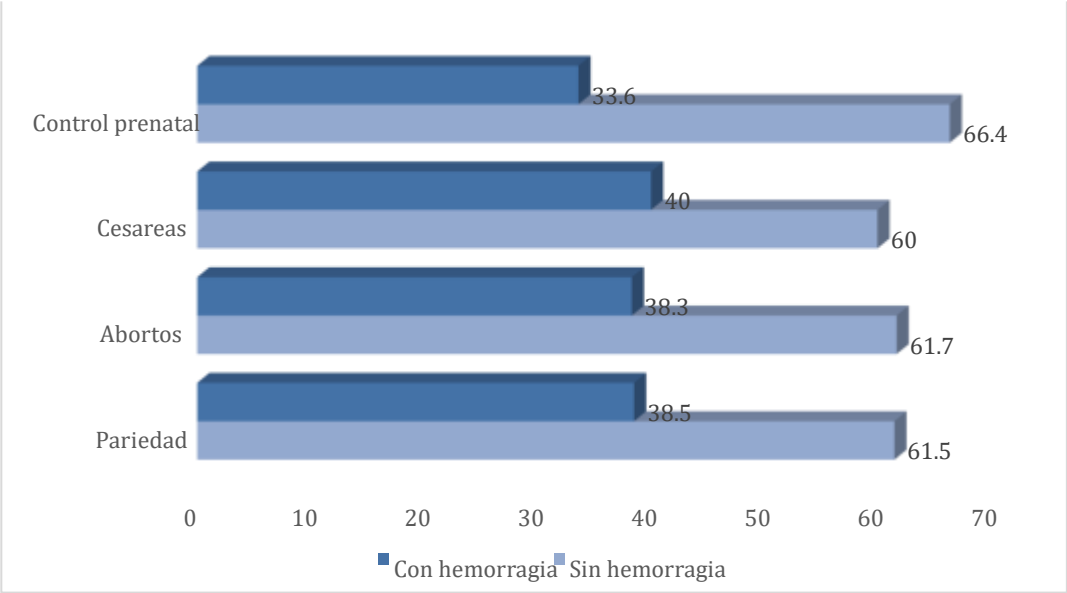
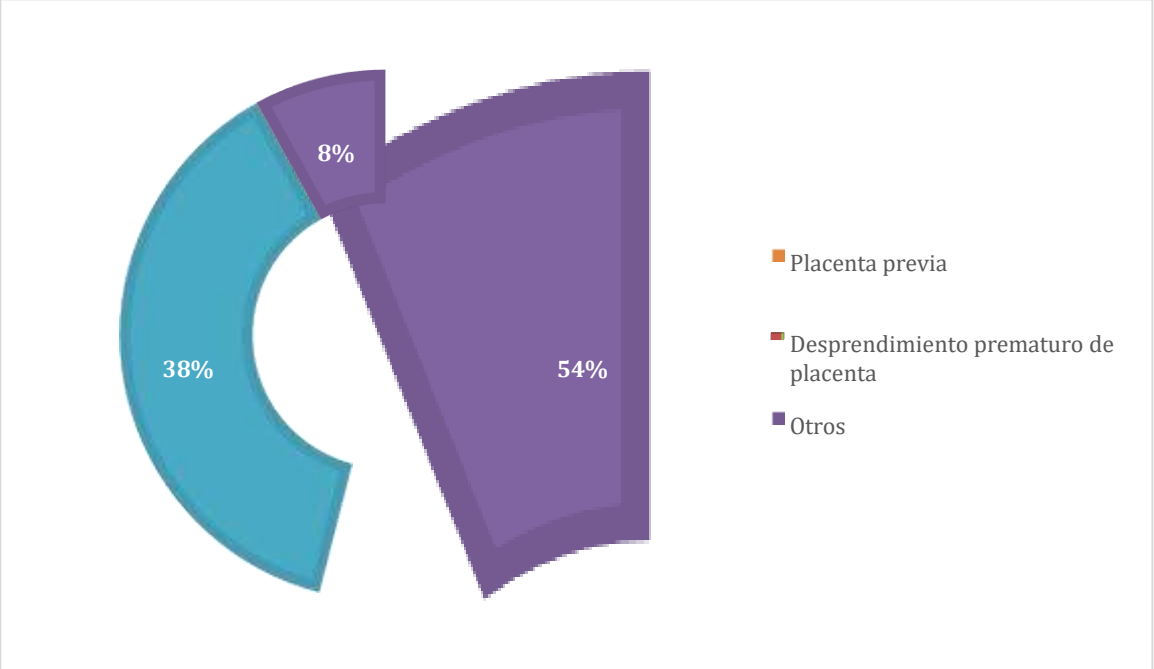


Figura 5. Frecuencia de las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021-2022



TABLAS

Tabla 1. Características de las manifestaciones clínicas en las gestantes atendidas del Hospital Regional de Pucallpa 2021 - 2022

Manifestaciones clinicas	**n(%)**
Fiebre	5(2.9)
Dolor	130(77.8)
Taquicardia	32 (19.1)

Tabla 2. Características sociodemográficas en las gestantes con hemorragia en la segunda mitad del embarazo del Hospital Regional de Pucallpa 2021 - 2022

	Hemorragia de la segunda mitad del embarazo	
	Sin hemorragia	**Con hemorragia**
Características	**n (%)**	**n (%)**
Edad materna [a]	25 (20-33)	28.5 (24-34)
Estado civil		
Soltera	10 (71.4)	4 (28.6)
Casada/conviviente	90 (66.2)	46 (33.8)
Grado de instrucción		
	21 (63.6)	12 (36.4)
Estudios secundarios	65 (75.9)	23 (26.1)
Estudios universitarios	8 (50)	8 (50)
Estudios técnicos	6 (46.2)	7 (53.8)
Ocupación		
Ama de casa	90 (68.2)	42 (31.8)
Estudiante	6 (66.7)	3 (33.3)
Independiente	4 (44.4)	5 (55.6)
Lugar de procedencia		
Callería	36 (72)	14 (28)
Manantay	48 (63.2)	28 (36.8)
Yarinacocha	4 (66.7)	2 (33.3)
Padre Abad	2 (100)	0 (0)
Neshuya	1 (100)	0 (0)
Atalaya	3 (50)	3 (50)
Iparia	3 (75)	1 (25)
Loreto	3 (60)	2 (40)
Provincia de procedencia		
Coronel Portillo	93 (67.4)	45 (32.6)
Padre Abad	2 (40)	3 (60)
Atalaya	3 (60)	2 (40)
Loreto	2 (100)	0 (0)

[a] Mediana - Rango intercuartílico

Tabla 3. Factores sociodemográficos asociadas a las hemorragias en la segunda mitad del embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021 - 2022

	Hemorragia de la segunda mitad del embarazo			
	Sin hemorragia		Con hemorragia	
Características	**ORc [a]**	**IC 95%**	**ORa [b]**	**IC 95 %**
Edad materna [a]	1.04	0.99-1.09	1.06	1.00-1.12
Estado civil				
Soltera	Ref.		Ref.	
Casada/conviviente	1.28	0.38-4.29	0.72	0.19-2.70
Grado de instrucción				
Estudios primarios	Ref.		Ref.	
Estudios secundarios	0.62	0.26-1.45	0.66	0.26-1.69
Estudios universitarios	1.75	0.52-5.86	1.93	0.51-7.31
Estudios técnicos	2.04	0.55-7.49	3.55	0.71-17.71
Ocupación				
Ama de casa	Ref.		Ref.	
Estudiante	1.07	0.25-4.49	0.42	0.08-2.17
Independiente	2.68	0.68-10.48	3.87	0.72-20.80
Provincia de procedencia				
Coronel Portillo	Ref.		Ref.	
Padre Abad	3.1	0.50-19.21	3.2	0.41-24.86
Atalaya	1.38	0.22-8.53	1.84	0.27-12.55
Loreto				

[a] **ORc**: Odds Ratio crudo [b] **ORa:** Odds Ratio ajustado

Se empleo un modelo de regresión logística para determinar los valores de Odds Ratio

Tabla 4. Características gineco obstétricos en las gestantes con hemorragia en la segunda mitad del embarazo del Hospital Regional de Pucallpa 2021 - 2022

Tabla 5. Factores gineco-obstétricos asociadas a las hemorragias en la segunda mitad del

	Hemorragia de la segunda mitad del embarazo	
	Sin hemorragia	**Con hemorragia**
Características	**n (%)**	**n (%)**
Pariedad [1]	1 (0-2)	2 (1-3)
Si	64 (61.5)	40 (38.5)
No	36 (78.3)	10 (21.7)
Abortos [a]	0 (0-1)	0 (0-1)
Si	29 (61.7)	18 (38.3)
No	71 (68.9)	32 (31.1)
Cesárea [a]	0 (0-0)	0 (0-0)
Si	18 (60)	12 (40)
No	82 (68.3)	38 (31.7)
Control prenatal	6 (4-8)	4 (1-5)
Si	91 (66.4)	46 (33.6)
No	9 (69.2)	4 (30.8)
Edad gestacional	38 (37-40)	37 (34-39)
Síntomas clínicos		
Fiebre	4 (80)	1 (20)
Dolor	87 (69.1)	39 (30.9)
Taquicardia	9 (47.4)	10 (52.6)

Mediana 1- Rangos intercuartílico

embarazo en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2021 - 2022

	Hemorragia de la segunda mitad del embarazo			
	ORc [a]	**IC 95%**	**ORa** [b]	**IC 95%**
Características				
Pariedad [1]	**1.32**	**1.05-1.65**	**1.14**	**0.88-1.48**
Abortos [a]	1.26	0.77-2.06	1.29	0.74-2.24
Cesárea [a]	1.47	0.76-2.85	1.26	0.60-2.65

Control prenatal	0.78	0.68-0.88	0.83	0.72-0.96
Edad gestacional	0.78	0.68-0.89	0.84	0.72-0.97
Síntomas clínicos				
Fiebre	Ref.		Ref.	
Dolor	1.79	0.19-16.57	1	0.09-10.69
Taquicardia	4.44	0.41-47.50	1.75	0.13-22.96

[a] **ORc**: Odds Ratio crudo [b] **ORa:** Odds Ratio ajustado

Se empleo un modelo de regresión logística para determinar los valores de Odds Rati