

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO



**PATOLOGÍAS MATERNAS ASOCIADAS AL
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMO
INSERTA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
SANTA ROSA DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2008- JULIO
2018**

PRESENTADO POR LA BACHILLER
CINTHIA DÉBORA TORRES MOORE

PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

MG. WILLER D. CHANDUVI PUICÓN
ASESOR

LIMA, PERÚ
2019

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por su bendición, a la Virgen María por su protección y al Espíritu Santo por ser mi guía.

A mis maestros de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma que con sus enseñanzas y experiencias fortalecieron y enriquecieron mi vocación. Agradezco con mi asesor Miller D. Chanduvi, quien desde el inicio me brindó su apoyo para la elaboración de esta investigación, al igual que el director del curso del tesis, el Dr. Jhony de la cruz Así mismo, agradezco a la Dr. Mitsumori, asistente del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa a la Lic. en Obstetricia Nelly Barrantes que me brindo apoyo y consejos para la elaboración y recolección de la información.

A mis padres y hermanos que siempre estuvieron conmigo en el todo momento durante la carrera, ayudándome y aconsejándome.

DEDICATORIA

A mi madre, Soledad y a mi padre, Walter, a mis hermanos Evelyn y Jahir; a mi sobrino Sebastian por estar conmigo en todos los momentos vividos durante todos estos años de carrera y su apoyo incondicional el cual me permite realizar mis más grandes sueños.

A mi familia y a todas las personas especiales que me acompañaron en este largo camino y sumaron de manera positiva en mi vida.

RESUMEN

Objetivo: Determinar las patologías maternas asociadas al DPPNI en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo Enero 2008-Julio 2018.

Materiales y métodos: es un estudio de tipo observacional, retrospectivo, analítico tipo caso control. Se recolectara la información de la historia clínica materno perinatal, se utilizó una ficha de recolección de la información.

Resultados: Se observó un total de 185 casos confirmados con DPPNI. Se estudiaron 517 gestantes de las cuales 149 son los casos y 368 controles. Las gestantes con DPPNI tuvieron una edad promedio de $28,3 \pm 7,0$ años. Estado civil la unión establecida (o convivencia) tiene un predominio de 42,4% (n=219). Dentro de las gestantes con DPPNI se encuentran solteras en un 43% (n=64), un 38.3% (n=57) son convivientes (unión establecida). El nivel secundario en los casos es 61.1% (n=91) en comparación de los controles que es 72.8% (n=268).

En el grupo de casos predomina el no adecuado control prenatal con 63.1% (N=94) y también en el grupo control con 51.9% (n=191). Se observó asociación entre Trastorno Hipertensivo del Embarazo diagnóstico DPPNI con asociación estadísticamente significativa ($p=0.000$) un OR de 5,266 e IC al 95%: 3,2-8,5, al evaluar a asociación de ruptura prematura de membranas se encontró $\chi^2 = 9,693$; $p = 0,002$; OR= 2,448; IC95=1,375-4,360.

Conclusiones y recomendaciones: Las características maternas de mayor frecuencia en la población de estudio son edad materna menor de 35 años, el estado civil unión establecida conviviente, un predominio de población nulípara y un control prenatal no adecuado. La patología materna más importante fue la presencia de Trastorno hipertensivo del embarazo seguida de la Ruptura Prematura de membranas. No se halló asociación estadísticamente significativa en el análisis para antecedente de DPPNI, gestación múltiple, anemia materna traumatismo abdominal.

Palabras clave: Patologías maternas, desprendimiento prematuro de placenta

ABSTRACT

Objective: To determine the maternal pathologies associated with DPPNI in pregnant women treated at Santa Rosa Hospital during the period January 2008- July 2018.

Materials and methods: this is an observational, retrospective, analytical type case control study. The information of the maternal perinatal clinical record will be collected, a data collection form was used.

Results: A total of 185 confirmed cases with NIPPD were observed. A total of 517 pregnant women were studied, of whom 149 were cases and 368 controls. Pregnant women with DPPNI had an average age of 28.3 ± 7.0 years. Marital status the established union (or coexistence) has a predominance of 42.4% (n = 219). Among pregnant women with DPPNI they are 43% single (n = 64), 38.3% (n = 57) are cohabiting (established union). The secondary level in the cases is 61.1% (n = 91) compared to the controls which is 72.8% (n = 268). In the case group predominated inadequate prenatal control with 63.1% (n = 94) and also in the control group with 51.9% (n = 191). There was an association between Hypertensive Disorder of Pregnancy diagnosed by DPPNI with a statistically significant association ($p = 0.000$) an OR of 5.266 and 95% CI: 3.2-8.5, when evaluating the association of premature rupture of membranes, Chi2 was found. = 9.693; $p = 0.002$; OR = 2.448; IC95 = 1.375-4.360.

Conclusions and recommendations: The maternal characteristics of greater frequency in the study population are maternal age less than 35 years, marital status, cohabiting union, a predominance of nulliparous population and inadequate prenatal control. The most important maternal pathology of all was the presence of hypertensive disorder of pregnancy followed by premature rupture of membranes. No statistically significant association was found in the analysis for antecedent of DPPNI, multiple gestation, maternal anemia, abdominal traumatism

Key words: Maternal pathologies, abruptio placentae

INTRODUCCIÓN

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) o «abruptio placentae» se define como la separación parcial o completa de una placenta normalmente adherida antes del parto o después de la semana 22 del embarazo.¹

Proviene del término del latín abruptio placentae que significa “desgarro de la placenta a pedazos”, y denota un accidente repentino, una característica clínica de la mayor parte de los casos de esta complicación. Se distingue entre la placenta que se separa de manera prematura pero está implantada a una distancia que rebasa el orificio cervicouterino interno.¹

La triada clásica de síntomas es hemorragia, dolor e hipertonia uterina.^{1, 3, 4, 5} En general, la hemorragia propia del desprendimiento prematuro de placenta se filtra entre las membranas y el útero, y luego escapa por el cuello uterino y causa hemorragia externa. Con menor frecuencia, la sangre no sale al exterior, sino que queda retenida entre la placenta desprendida y el útero, lo que da pie a hemorragia oculta. El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta puede ser total o parcial. La hemorragia oculta conlleva mucho más peligro para la madre y el feto. Esto no sólo se debe a la posibilidad de coagulopatía de consumo, sino también a que no se aprecia con facilidad la magnitud de la hemorragia y el diagnóstico casi siempre se retrasa (Chang et al., 2001).^{2,9}

El estado de gravedad del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta dependerá del tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas y la atención. Si se retrasa, crece probabilidad de separación extensa que causara la muerte del producto de la concepción. La frecuencia con la cual se diagnostica desprendimiento prematuro de placenta varía debido a criterios diferentes, pero la frecuencia informada de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta promedia casi uno en 200 partos. En la base de datos (de 15 millones de partos) del National Center for Health Statistics, Salihu et al. (2005)¹ informaron una incidencia en partos de un solo feto de uno en 160. Con base en los datos de las actas de nacimiento de Estados Unidos de 2003, la incidencia de desprendimiento prematuro de placenta fue de uno en 190 partos (Martin et al., 2005). En el Parkland Hospital desde 1988 hasta 2006, la

incidencia de desprendimiento prematuro de placenta en más de 280 000 partos ha sido de casi uno en 290. ¹

La frecuencia es alrededor de 1 en 100 a 200 partos. Se ha reportado una tasa de recurrencia de 10% después de un episodio y 25% después de dos episodios. (Nivel de Evidencia 11-2). ⁷

Ocurre en el 0.5-2% de todos los nacimientos y de estos, el 50% de los casos se acompaña de embarazos con Síndrome hipertensivo. Por lo regular todas las complicaciones maternas graves del Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo inserta son consecuencia de la hipovolemia y de la enfermedad de base asociada al desprendimiento.^{1,8} La tasa de mortalidad materna es aproximadamente del 1%.¹ La mayoría de las pérdidas fetales se deben a la muerte intrauterina antes del ingreso, mientras que las muertes neonatales están principalmente relacionadas con la prematuridad. ⁸ La tasa de mortalidad perinatal ocurre hasta en un 20-35%. ⁸

Con respecto a la etiología, la mayoría de los casos según la literatura revisada son multifactoriales y no se determina la causa predisponente, sin embargo se plantea la posibilidad de un mecanismo isquémico a nivel de la decidua como factor involucrado, asociado con diversas enfermedades. ¹⁵ Según la literatura hay un alto porcentaje de los casos asociados con la Preeclampsia lo que conlleva a pensar automáticamente en ella cuando se sospeche un desprendimiento.^{1, 3, 8, 9} Hay reportes en donde se asocia a traumatismos externos directos sobre el abdomen, o indirectos, como en el contragolpe de la caída de nalgas.²⁹ La falta de paralelismo en la retracción de los tejidos de la pared del útero y la placenta en la evacuación ejemplo en Ruptura prematura de membranas.^{3, 8, 4, 10, 13}

La importancia del presente estudio se encuentra en el hecho que la identificación de los principales patologías maternas asociadas al desprendimiento prematuro de placenta normo inserta nos servirá para poder implementar medidas preventivas y diseñar estrategias que contribuyan a disminuir la morbimortalidad asociada a esta entidad. Es por ello que mediante este estudio analítico-retrospectivo de casos y control busca determinar los patologías maternas asociados al Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en las gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el

periodo de Enero 2008- Julio 2018 entendiendo esta problemática como eje importante en la salud materno perinatal, así mismo se busca describir las características de la población y patologías maternas asociadas ampliando así el conocimiento de casos relacionados a esta patología y dando la pauta para formular planes y programas estratégicos de prevención y tratamiento, evitando el incremento de la morbi-mortalidad materno fetal.

En la presente investigación se recolectara la información de los registros médico: historia clínica materno perinatales, utilizaremos una ficha de recolección de la información.

La ficha de recolección de datos consta de datos generales como numero de ficha, fecha y hora del llenado, numero de historia clínica y responsable del llenado. Evaluaremos las características maternas como edad, estado civil, nivel de instrucción, número de controles prenatales, paridad. También de estudiará patologías maternas como diagnóstico de Embarazo múltiple durante la gestación actual, antecedente de desprendimiento prematuro de placenta en gestaciones anteriores, trastornos hipertensivos durante el embarazo en la gestación actual, rotura prematura de membranas, diagnóstico de anemia materna, presencia de trauma externo abdominal, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta en la gestación actual. Asimismo se cuenta con la autorización de la Institución Hospital Santa Rosa Pueblo libre Lima – Perú donde se realizará el estudio y verificará las condiciones del estudio en cuanto a su viabilidad, así como de los recursos humanos y económicos para desarrollarla. Se accederá al archivo de historias clínicas del Hospital a través de la base de datos de la unidad de estadística.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	2
RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	10
1.1 Planteamiento Del Problema.....	10
1.2 Formulación del problema.....	12
1.3 Justificación de la investigación	12
1.4 Delimitación del problema (Línea de investigación).....	14
1.5 Objetivos de la investigacion.....	14
1.6 Viabilidad	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	15
2.1 Antecedentes de la investigación.....	15
2.2 Bases teóricas	21
2.3 Definiciones de conceptos operacionales	31
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	33
3.1 Hipótesis.....	33
3.2 Variables principales de investigación.....	33
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	34
4.1 Tipo y diseño de investigación	34
4.2 Población y muestra.....	35
4.3 Operacionalizacion de variables.....	37
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	37
4.5 Recolección de datos.....	38
4.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos	38
4.7 Procesamiento para garantizar aspectos éticos en la investigación con serie de humanos.....	38
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSION.....	39
5.1 Resultados.....	39
5.2 Discusión de resultados	48
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	56
6.1 Conclusiones	56
6.2 Recomendaciones	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
ANEXOS.....	61

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 Planteamiento Del Problema

El desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI) o «abruptio placentae» es definida como la separación parcial o completa de una placenta normalmente adherida antes del parto o después de la semana 22 del embarazo.¹

Esta patología constituye una de las principales causas de morbilidad materna, fetal y neonatal; es una complicación que ocurren en el 0.5-2% de todos los nacimientos, y de estos, el 50% de los casos se acompaña de embarazos con síndrome hipertensivo, puede causar morbilidad grave, como coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal, transfusiones masivas e histerectomía.^{1,8}

Por lo general todas las complicaciones maternas graves del DPPNI son consecuencia de la hipovolemia y de la enfermedad de base asociada al desprendimiento. La tasa de mortalidad materna es aproximadamente del 1%. La mayoría de las pérdidas fetales se deben a la muerte intrauterina antes del ingreso, mientras que las muertes neonatales están principalmente relacionadas con la prematuridad. La tasa de mortalidad perinatal es alarmante y ocurre en un 20-35%.⁸

El desprendimiento prematuro de placenta normo inserta es más frecuente en mujeres mayores de nivel socioeconómico más bajo, en las mujeres que fueron mal alimentadas, y en aquellos con cinco o más embarazos anteriores. Se considera una complicación obstétrica recurrente, el riesgo de desprendimiento placentario se elevaba diez veces en embarazos posteriores.^{1,8,12,14}

Esta patología según la literatura revisada es una de las causas más frecuentes de Hemorragias del Tercer Trimestre que condiciona morbimortalidad materna y perinatal; la morbimortalidad materna se debe fundamentalmente a la gravedad de la hemorragia y a las complicaciones derivadas de ella, así también los procedimientos quirúrgicos destinados a su control, en tanto la morbimortalidad perinatal es dependiente de la prematurez y de la asfixia del recién nacido. Así mismo esta patología constituye el 31% de las Hemorragias del Tercer Trimestre presentando una incidencia muy variable que oscila de 0.12% a 3% a nivel mundial, cifras encontradas en

numerosos estudios; a nivel nacional estas cifras varían de 0.2% a 2% lo cual concuerda con datos estadísticos obtenidos en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé que arroja una incidencia de 0.45% y en el Instituto Especializado Materno Perinatal la incidencia es del 1%.^{10, 13,15}

Comprende una de las complicaciones más riesgosas durante el embarazo y el parto, a pesar de todos los progresos y avances aplicados a la vigilancia y control del embarazo de alto riesgo obstétrico. Por lo que esta patología continua siendo una de las primeras causas de mortalidad materna, que en las formas clínicas graves de la enfermedad alcanza un 20 % a causa del shock hipovolémico motivado por la hemorragia y la hipofibrinogenemia, asociada a muerte fetal en un 100% de los casos y en un 30-35 % se asocia a la muerte perinatal que se halla en estrecha relación a cuadros de hipoxia y prematuridad.

¹²

Esta es una patología que tiene tendencia a recurrir en embarazos posteriores con un riesgo de 5,6 a 17 % con un antecedente de abrupcio placentae anterior y de aproximadamente un 25 % con antecedente de dos episodios previos⁽⁵⁾

Según los datos del National Hospital Discharge Survey las mujeres con desprendimiento prematuro de placenta tuvieron 11 veces más probabilidad de tener muerte fetal intraútero comparadas con mujeres sin este diagnóstico. Asimismo esta patología estuvo asociada con parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, malformaciones fetales y con resultados neonatales adversos a corto y largo plazo.¹⁷

La causa principal de esta patología se desconoce pero se ha observado varios padecimientos relacionados, los cuales pueden ser modificables y relativamente consistentes. En esta patología encontraremos factores asociados y precipitantes del desprendimiento prematuro de placenta. Entre los factores asociados tendremos: el antecedente de DPP en embarazo previo, hipertensión inducida por el embarazo e hipertensión crónica, antecedente de natimueertos, edad mayor de 45 años, Gran multiparidad, sobre distensión uterina, malformaciones uterinas, alcoholismo y tabaquismo, consumo de cocaína, poco peso materno ganado durante el embarazo (menor a 0,15 kg/semana).^{9, 17} Entre los factores precipitantes tenemos: Traumatismos,

disminución brusca del volumen uterino (ej. Rotura de membranas asociado a polihidramnios, entre otros).^{9, 17}

La importancia del presente estudio se encuentra en el hecho de que la identificación de los principales patologías maternas asociados al desprendimiento prematuro de placenta normo inserta nos servirá para poder implementar medidas preventivas y diseñar estrategias que contribuyan a disminuir la morbimortalidad asociada a esta entidad. Es por ello que mediante este estudio analítico-retrospectivo de casos controles se busca determinar los patologías maternas asociados al Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en las gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de Enero 2008- Julio 2018 entendiendo esta problemática como eje importante en la salud materno perinatal, así mismo se busca describir las características de la población y patologías maternas asociadas.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los Patologías maternas asociadas al Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de Enero 2008- Julio 2018?

1.3 Justificación de la investigación

Al considerar a la mortalidad materna como un problema de salud pública, en nuestro país para el año 2017 a nivel nacional se reportaron 377 muertes maternas por ello es importante reconocer oportunamente los riesgos, para establecer un diagnóstico precoz y su manejo adecuado del Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta como causa de mortalidad materno perinatal. La morbilidad perinatal y la tasa de mortalidad asociada con el desprendimiento son tan altas como 20% a 40%, que representan el 15% de las muertes perinatales.^{3, 9}

El desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, constituye una de la principales causas de morbilidad materna, fetal y neonatal; hallazgos epidemiológicos señalan que es una complicación relativamente frecuente y ocurre en aproximadamente entre 6% a 8% de todos los embarazos.^{10, 1} Esta patología es también una de las principales causas de Hemorragia sobre todo en el Tercer Trimestre de gestación constituyendo esta un accidente agudo de la gestación en el cual la placenta se desprende total o parcialmente de su

lugar de implantación antes del alumbramiento provocando un síndrome hemorrágico cuyas consecuencias para la madre varía desde la formación de un simple coagulo retroplacentario hasta la aparición de cuadros de gran complejidad y riesgo que ponen en peligro la vida de la gestante y por ende al producto de la gestación, esto involucra un alto Riesgo que puede resultar en una gran morbilidad y hasta en la muerte de ambos. Por tal motivo el presente trabajo de investigación busca identificar las patologías maternas asociados al Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta (DPPNI).^{3, 4, 9,7}

Hospital Santa Rosa es de Tercer Nivel de atención que brinda servicios de salud general, con calidad y oportunidad. Que brinda atención materno perinatal, atención intrahospitalaria de los partos y que integra los centros de salud de Lince, San Isidro, Magdalena y San miguel, constituyendo el área hospitalaria N°5, como el Hospital Santa Rosa como base.¹⁸

En el departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa entre el 2000 al 2015 se notificaron 19 muertes maternas. La principal causa básica de muerte en el Hospital Santa Rosa, entre los años 2000 y 2015 fueron los trastornos hipertensivos del embarazo (Pre eclampsia y Eclampsia) con 38.1% del total de las muertes, seguido de la Atonía uterina con 23.8%, Endometritis puerperal con 14.3% entre las primeras causas.¹⁹

Encontrándose en los 10 últimos años 185 casos de Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta en nuestro hospital como se ha mencionado en la literatura esta patología tiene una alta morbimortalidad materno perinatal que dependerá del grado, la prontitud de la sospecha diagnóstica y oportuno manejo por ello es de suma importancia conocer las patologías maternas asociadas en nuestra población usuaria de nuestros servicios, así mismo no se cuenta con estudios del tema en nuestra institución.

^{18,19}

De esta manera disminuir los problemas de complicaciones materno-fetales presentados en esta patología, estableciendo prácticas de prevención en los establecimientos de Salud en todo nivel de atención. El interés del presente estudio observacional, retrospectivo, analítico tipo caso control es identificar en nuestra realidad la relevancia de este problema sobre la salud materno perinatal, describiendo las características sociodemográficas de la población

en estudio, patologías maternas asociadas ampliando así el conocimiento de casos relacionados a esta patología y dando la pauta para formular planes y programas estratégicos de prevención y tratamiento, evitando el incremento de la morbi-mortalidad materno fetal.

1.4 Delimitación del problema (Línea de investigación)

Se basará en las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud 2015 – 2021. Que está dentro del problema sanitario de salud materna, perinatal y neonatal. Donde se identificaran las patologías maternas asociadas del Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta por ser una de las causas más frecuente de hemorragia de segunda mitad del embarazo asociado a muerte materno perinatal.

La presente tesis tiene como línea de investigación el estudio de las Patologías Maternas asociadas al Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta en las gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Santa Rosa Pueblo Libre, Lima - Perú durante el periodo Enero 2008- Julio 2018

1.5 Objetivos de la investigación

Objetivo general

- Determinar las patologías maternas asociadas al Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo Enero 2008- Julio 2018.

Objetivos específicos

- Estimar la prevalencia de Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en las gestantes.
- Identificar las características maternas en la población de las gestantes estudiada
- Identificar las principales patologías maternas asociadas al Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en gestantes.

1.6 Viabilidad

Se cuenta con la autorización de la Institución Hospital Santa Rosa Pueblo libre Lima – Perú donde se realizará el estudio y verificará las condiciones del estudio en cuanto a su viabilidad, así como de los recursos humanos y económicos para desarrollarla. Se accederá al archivo de historias clínicas del Hospital a través de la base de datos de la unidad de estadística.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Antecedentes nacionales

- Torres Ríos Elizabeth en su tesis sobre Factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital A. Loayza el periodo de Enero del 2003 a Diciembre del 2003 se analizaron un total de 3407 nacimientos, ocurriendo 51 Desprendimientos Prematuros de Placenta, obteniéndose una incidencia de 1.49%. La muestra estuvo comprendida por 51 casos y el grupo control comprendió a 102 parturientas. También se encontró la existencia de una tendencia significativa que a mayor edad materna, mayor incidencia de DPP al comparar los riesgos relativos de los distintos grupos etareos ($p=0.001$). Habiendo una mayor diferencia a partir de los 35 años (25.49% vs 11.76%). Asimismo se obtuvo un mayor predominio de DPP de estado civil conviviente vs las casadas (66.67% vs 11.76%)($p =0.001$). En cuanto al grado de instrucción la mayor parte de la población tanto de los casos como de los controles cursó el nivel secundario, no existiendo diferencia significativa. Se observó que las pacientes que tienen DPP, tienen mayor riesgo de desencadenar nuevamente un DPP que aquellas pacientes del grupo control (29.41% vs 4.9%). Una falta de CPN y un control pre natal inadecuado se relacionó un mayor riesgo de presentar un DPP, a diferencia de aquellas que tuvieron un Control Prenatal adecuado (66.66% vs 33.34%). se muestra que aquellas pacientes que padecen Anemia tienen mayor riesgo a desarrollar un DPP en comparación con aquellas que no cursan con Anemia (80.39% vs 19.61%). Aquellas pacientes que sufrieron un traumatismo abdominal tenían más riesgo de presentar Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta cuales representan el 11.76%. Se encontró una significativa la asociación de Hipertensión Inducida por la Gestación a Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta (66.67% VS 25.49%).¹⁰
- Celeonio Salvador, M. Y. y Hinojosa Obando, M. C. en su tesis sobre Factores asociados y complicaciones materno perinatales del Desprendimiento Prematuro de placenta busco determinar los principales factores complicaciones en el Instituto Materno Perinatal de Lima - Perú entre Enero - Diciembre del 2003. Desrollamndose un estudio observacional de tipo casos controles donde comparo 110 gestantes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta con 110 pacientes

quienes no lo presentaron. Donde se observó que la tasa de Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta fue de 0.6 por 100. Entre los factores de riesgo evaluados se encontraron el diagnóstico de Hipertensión ($p < 0,0001$) durante la gestación actual se asociaron significativamente con DPP. La rotura prematura de membranas, preeclampsia / eclampsia ($p = 0.004$) parto pretermino ($p = 0.006$) fueron las interurrencias asociadas a desprendimiento prematuro de placenta.¹⁵

- Pacora Percy en su estudio busca Determinar la prevalencia y factores de riesgo del Desprendimiento Prematuro de placenta. Por lo que realizó un estudio retrospectivo de todos los casos de Desprendimiento Prematuro de placenta que ocurrieron en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, en Lima. durante 19 años, en dos periodos: 1) del 1 de enero 1980 al 31 de diciembre 1989; 2) del primero de enero de 1991 al 31 de diciembre 1999, se realizó un análisis retrospectivo de la información perinatal de todos los casos de DPP registrados en el Sistema Informático Perinatal (SIP) del hospital. Se observó que el Desprendimiento Prematuro de placenta ocurrió en 0,4% de los embarazos (464/107854). Los factores de riesgo asociados al DPP fueron: genéticos y/o hereditarios (mala historia reproductiva: muerte fetal previa 28% (129/464), parto pretermino previo 9% (26/284); multiparidad 74% (296/462), muerte fetal previa .9% (26/284); ausencia de control prenatal 71% (329/464). grado de educación bajo 11% (19/ 180); edad mayor de 30 años 27% (122/459) preeclampsia-eclampsia 25% (116/46), anemia 26% (46/180). Rotura prematura de membranas 4% (5/ 119). No se encontró asociación con embarazo gemelar, sexo fetal varón. Tabaquismo, ni empleo de drogas ilícitas. Se concluyó que Desprendimiento Prematuro de placenta es la manifestación de una enfermedad vascular severa cuyo origen es multifactorial y ocurrió en 0, 4% de los embarazos en mujeres de Lima.¹⁶
- Acho-Mego, S; Salvador-Pichilingue, J. y Col en su estudio busca determinar la frecuencia de hemorragias de la segunda mitad del embarazo de la gestación. Es un estudio descriptivo, desarrollado 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. Donde se obtuvieron los siguientes resultados; Las 161 historias clínicas analizadas representaron 1,68% de las

atenciones obstétricas en el hospital. La edad de las gestantes con hemorragia de la segunda mitad del embarazo varió entre los 14 y 43 años, con una mediana de 28 años; 62,7% (n=101) presentó desprendimiento prematuro de placenta, 34,8% (n=56) placenta previa y 2,5% (n= 4) rotura uterina; 7,5% (n=12) tenía un control prenatal adecuado, igual o mayor de 6 controles, y 92,6% (n=149) menos de 5 controles; de los 101 casos de Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta 88.1% (n=88) presentaron edades menores a 35 años solo un 11.9% (n=12) eran gestantes igual o mayores de 35 años. ²⁰

- Dioses-Guerrero, E., Oña-Gil, J. y Col en su estudio titulado Factores asociados a hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un Hospital del Norte del Perú; busca identificar los factores y las complicaciones asociadas a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana. Siendo un estudio de casos y controles retrospectivo. La población estuvo comprendida por las pacientes gestantes cuyo parto fue atendido en dicho nosocomio en el periodo 2011-2012. 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%. 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. ²¹
- Agapito Simon, M. R. En su tesis busco identificar los Factores asociados al Desprendimiento Prematuro de Placenta en gestantes atendidas en el Hospital Regional De Ica en el 2016. Para lo cual desarrollo un estudio analítico, retrospectivo y transversal. Mediante la revisión de historias clínicas en Ica. Para el análisis se empleará SPSS 23.0 aplicando chi-cuadrado ($p < 0.05$) y odds ratio. Donde se observó entre los factores de riesgo que se encuentran asociados al DPP, está la edad mayor de 35 años, el bajo nivel educativo, el trabajo de campo o en el hogar, provenir de zona rural, el mal control prenatal, entre las patologías obstétricas: la ruptura prematura de membrana, haber tenido algún traumatismo en el embarazo, y que terminarían en cesárea y óbito fetal. ²²

Antecedentes internacionales

- Cerón Suchini, Luisa M. en su estudio sobre “Desprendimiento Prematuro de Placenta consecuencias materno perinatales” en el departamento de Ginecología-Obstetricia del Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa - Guatemala, durante el periodo comprendido de enero 2010 a diciembre del 2012, en el cual se incluyeron a todas las pacientes con diagnóstico confirmado de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta. La información se obtuvo mediante una fuente indirecta, analizando los expedientes clínicos de las pacientes. Donde se buscó determinar la morbilidad y mortalidad materna perinatal asociada al desprendimiento prematuro de placenta normo inserta. Se encontró en el 3.44% presentando una patología asociada, siendo la hipertensión inducida al embarazo, eclampsia, 3 pacientes (5.17%) con traumatismo. La edad más frecuente se encuentra entre 16-25 años (51.72%) con un promedio de edad de 20.5 años, siendo el valor máximo 47 años y el valor mínimo de 12 años. La paridad es del 39.65% correspondiendo a primigestas y 22.43% tercigesta. La patología materna asociadas al embarazo el 3.44% presentaban hipertensión inducida al embarazo, eclampsia. En el control prenatal de las pacientes el 55.17% si obtuvieron el mismo, encontrándose 26 pacientes que no llevaron.⁹
- Aguilar Daniel, Meléndez Víctor, Flores Lisa y col. En su estudio sobre Placenta Previa y Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta, Hospital Escuela, Bloque Materno Infantil de Honduras. Donde busca establecer la prevalencia de placenta previa y desprendimiento prematuro de placental. Por ser la hemorragia del tercer trimestre del embarazo y el posparto unas de las principales causas de mortalidad materna, generalmente ocurren en el último trimestre. Para lo cual realizó un estudio descriptivo transversal. El universo fue de 3.128 mujeres atendidas en el Hospital Escuela, Bloque Materno Infantil en el período del 22 de septiembre al 2 de diciembre de 2008. El número de embarazadas diagnosticadas con placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normo inserta fue 11. Para la recolección de datos se aplicó un instrumento que contiene variables cuantitativas (edad gestacional y materna, paridad, cesáreas previas, peso del recién nacido, APGAR) y cualitativas (antecedentes gineco-obstétricos, variantes de placenta previa, datos del parto, datos del recién nacido y complicaciones materno-neonatales). Resultando que la

prevalencia de placenta previa (0.31%) encontrada en el estudio, fue mayor en relación a los casos de desprendimiento prematuro de la placenta (0.03%); Los factores de riesgo presentes fueron la multiparidad y las cicatrices uterinas. Los factores de riesgo asociados a estas patologías fueron la multiparidad y cicatrices uterinas (cesáreas previas).²³

- Velasquez Dicado, M. J. en su tesis sobre Incidencia de Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo inserta en el Hospital Gineco- obstetrico Enrique C Sotomayor en el periodo de enero 2014 – diciembre 2014 se observó los siguientes resultados con respecto al grupo de edad se encontró que las pacientes entre 21 y 30 años son las que con mayor frecuencia presentaron Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo inserta con 148 pacientes en un 45.50% en segundo lugar las pacientes 31 a 40 años con 31.60 % (105). En tercer lugar estas las pacientes de 14 a 20 años con 21% (70), cuarto lugar las pacientes de 41 a 45 años con 2,5%(9) La edad mínima encontrada fue 14 años y máxima 45 años. El 17% (57) de las pacientes fueron primigestas, 45% (148) múltipara y 38% (127) fueron gran múltipara se pudo observar que la incidencia mayor es de la múltipara con Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo inserta. Con respecto a los grados de desprendimiento placentario se observó que el 3,61%(12) presentaron desprendimiento grado 0, 74,6% (248) grado I , 21% (70) Grado II, 0,60% (2)Grado III. ¹¹
- Elizalde-Valdés, V.M, Calderón-Maldonado A.E, García-Rillo, A. y Díaz-Flores, M en su estudio busca describir los resultados neonatales y las complicaciones maternas en pacientes que presentaron abrupcio placentae en el HGO del IMIEM. Por lo cual realizó un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo. En donde se encontró como edad promedio del grupo de estudio estuvo entre 21 y 35 años (61.6%), el 20.9% fueron mujeres mayores de 35 años, el 17.4% menores de 20 años, el 33.7% eran primigestas y el 66.3% multigestas Entre los principales factores de riesgo el 34.6% presentó cuadros hipertensivos del embarazo, seguido por la rotura prematura de membranas con un 22.1%. La tasa de mortalidad perinatal fue del 10.5%, de esta el 8.1% fueron muertes fetales. Se reportaron 2 muertes maternas cuya causa directa de la muerte no fue el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta sino complicaciones debidas a preeclampsia-eclampsia. El abrupcio placentae es una catástrofe obstétrica que conlleva un alto riesgo materno-fetal, el diagnóstico y la interrupción

oportuna del embarazo disminuyen de forma importante la morbilidad perinatal.⁸

- Chang G en su estudio sobre “Un contraste internacional de las tasas de desprendimiento placentario” del 2015 donde se buscó determinar que el desprendimiento prematuro de placenta está implicado en alta tasas proporcionalmente de morbilidad y mortalidad perinatal. Las variaciones geográficas y temporales pueden proporcionar ideas sobre factores susceptibles de desprendimiento. Se evaluaron las frecuencias de desprendimiento por edad materna, año de parto y cohorte de nacimiento materno durante tres décadas en 7 países. Se utilizó un instrumento válido por expertos donde se aplicaron pruebas estadísticas, encontrando: Las mujeres que dieron a luz en los Estados Unidos (n = 863.879, 1979-10), Canadá (4 provincias, n = 5.407.463, 1982-11), Suecia (n = 3.266.742; 1978-10), Dinamarca (n = 1.773.895), Noruega (n = 1.780.271, 1978- 09), Finlandia (n = 1.411.867; 1987-10) y España (n = 6.151.508; 1999-12). El diagnóstico de desprendimiento se basó en la codificación de ICD. Las tasas se modelaron utilizando la regresión de Poisson en el marco de un análisis de cohortes de edad-período, y modelos de varios niveles para examinar la contribución del tabaquismo en cuatro países. Por lo que el autor concluyó que hay un fuerte efecto de la edad materna sobre el desprendimiento; mientras que la tasa de desaceleración se ha estabilizado desde el 2000 en los EE.UU, y los otros países también muestran tasas decrecientes; especialmente el tabaquismo, pueden ayudar a reducir las tasas de deserción.²⁵
- Katrini Guidolini M. Marvila Garcia, E. Theodoro dos Santos Neto, E. Granado Nogueira da Gama, S. en su estudio sobre Edad materna avanzada y su asociación con placenta previa y desprendimiento de la placenta: un metanálisis. Tuvo como objetivo investigar la existencia y la magnitud de la asociación entre la edad materna avanzada y la aparición de placenta previa y desprendimiento de la placenta entre mujeres nulíparas y multíparas, mediante una revisión sistemática y un metanálisis. Se realizaron búsquedas en los artículos publicados entre el 1º de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2015, en cualquier idioma, en las siguientes bases de datos: PubMed, Scopus, Web of Science y LILACS. Las mujeres se agruparon en dos categorías de edad: hasta 34 años y 35 años o más. La Escala Newcastle-Ottawa se utilizó para evaluar la calidad metodológica de

los estudios. Se realizó un metanálisis para los resultados de Placenta Previa y Desprendimiento Prematuro, utilizando un modelo de metaregresión para encontrar posibles covariables asociadas con la heterogeneidad entre los estudios y la prueba de Egger para evaluar el sesgo de publicación. El protocolo de esta revisión sistemática se registró en el Sistema PROSPERO (CRD42016045594). Veintitrés estudios cumplieron los criterios y se incluyeron en el metanálisis. Para ambos resultados, una edad más avanzada aumentó la magnitud de la fuerza de asociación, y PP (OR = 3,16, IC95%: 2,79-3,57) se asoció más fuertemente con AMA que DP (OR = 1,44, IC95%: 1,35-1,54). Cuando se estratificó por paridad, no hubo diferencia entre las mujeres nulíparas y las múltiparas consideradas mayores para los resultados de Placenta Previa y Desprendimiento Prematuro. Esta revisión proporcionó pruebas de muy baja calidad para ambos resultados, ya que abarca estudios observacionales con alta heterogeneidad estadística, diversidad de poblaciones, ausencia de control de los factores de confusión en varios casos y sesgo de publicación. Sin embargo, los intervalos de confianza fueron pequeños y existe un gradiente de dosis-respuesta, así como una gran magnitud de efecto para Placenta previa. ²⁶

- Adón L; Suero A; Aragonéz Y; Guerrero O; Mejía V. en su estudio sobre “Factores de Riesgo y características Clínicas Asociados al desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta del 2010” busco identificar los factores de riesgo y características clínicas asociadas al desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, el estudio de tipo cualitativo descriptivo de corte transversal y retrospectivo, se analizaron 52 pacientes que presentaron Desprendimiento Prematuro de Placenta. Entre los resultados tenemos que los factores de riesgo encontrados fueron: la multiparidad con un 57.7%, seguido de la Pre eclampsia con un 44.2%, la edad mayor de 36 años con un 13 %, en cuanto a los hábitos tóxicos no mostraron ser factores determinantes. Se llegó a concluir que las múltiparas tiene una incidencia muy marcada al resto de los factores seguida de la preeclampsia. ²⁷

2.2 Bases teóricas

El desprendimiento prematuro de placenta normoinsera se conceptualiza como la separación parcial o completa de una placenta normalmente adherida antes del parto o después de la semana 22 del embarazo.^{1,8}

También definida como la separación de la placenta de su sitio de implantación antes del parto se ha llamado desprendimiento prematuro de placenta y, en Gran Bretaña, hemorragia accidental. Proviene del término del latín abruptio placentae que significa “desgarro de la placenta a pedazos”, y denota un accidente repentino, una característica clínica de la mayor parte de los casos de esta complicación. El término más largo separación prematura de la placenta normoinserta es más descriptivo. Distingue entre la placenta que se separa de manera prematura pero está implantada a una distancia que rebasa el orificio cervicouterino interno y la que está implantada sobre dicho orificio (es decir, placenta previa).^{1,8}

En general, la hemorragia propia del desprendimiento prematuro de placenta se filtra entre las membranas y el útero, y luego escapa por el cuello uterino y causa hemorragia externa. Con menor frecuencia, la sangre no sale al exterior, sino que queda retenida entre la placenta desprendida y el útero, lo que da pie a hemorragia oculta. El desprendimiento prematuro de placenta puede ser total o parcial. La hemorragia oculta conlleva mucho más peligro para la madre y el feto. Esto no sólo se debe a la posibilidad de coagulopatía de consumo, sino también a que no se aprecia con facilidad la magnitud de la hemorragia y el diagnóstico casi siempre se retrasa (Chang et al., 2001).^{2,9}

El estado de gravedad del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta dependerá del tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas y la atención. Si se retrasa, aumenta probabilidad de separación extensa que cause la muerte del feto. La frecuencia con la cual se diagnostica desprendimiento prematuro de placenta varía debido a criterios diferentes, pero la frecuencia informada de desprendimiento prematuro de placenta promedia casi uno en 200 partos. En la base de datos (de 15 millones de partos) del National Center for Health Statistics, Salihu et al. (2005) informaron una incidencia en partos de un solo feto de uno en 160. Con base en los datos de las actas de nacimiento de Estados Unidos de 2003, la incidencia de desprendimiento prematuro de placenta fue de uno en 190 partos (Martin et al., 2005). En el Parkland Hospital desde 1988 hasta 2006, la incidencia de desprendimiento prematuro de placenta en más de 280 000 partos ha sido de casi uno en 290.¹

La frecuencia es alrededor de 1 en 100 a 200 partos. Se ha encontrado una tasa de recurrencia de 10% después de un episodio y 25% después de dos episodios. (Nivel de Evidencia 11-2) ⁷ Ocurre en el 0.5-2% de todos los nacimientos, y de estos, el 50% de los casos se acompaña de embarazos con síndrome hipertensivo, puede causar morbilidad grave, como coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal, transfusiones masivas e histerectomía. Por lo regular todas las complicaciones maternas graves del Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo inserta son consecuencia de la hipovolemia, y de la enfermedad de base asociada. La tasa de mortalidad materna es aproximadamente del 1%. ¹ La mayoría de las pérdidas fetales se deben a la muerte intrauterina antes del ingreso, mientras que las muertes neonatales están principalmente relacionadas con la prematuridad. La tasa de mortalidad perinatal ocurre en un 20-35%. ⁸

Causas - factores asociados. No se conoce la causa primordial del Desprendimiento prematuro de placenta, pero en esta patología encontraremos factores asociados y precipitantes del desprendimiento prematuro de placenta. Entre los factores asociados tendremos: el antecedente de Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo inserta en embarazo previo, hipertensión inducida por el embarazo e hipertensión crónica, antecedente de natimuecos, edad mayor de 45 años, gran multiparidad, sobre distensión uterina, malformaciones uterinas, alcoholismo y tabaquismo, consumo de cocaína, poco peso materno ganado durante el embarazo (menor a 0,15 kg/semana). Entre los factores precipitantes tenemos: Traumatismos, disminución brusca del volumen uterino (ej. Rotura de membranas asociado a polihidramnios, entre otros). ^{1, 14, 15, 22,24}

Edad, paridad, factores hereditarios. La incidencia de desprendimiento prematuro de placenta aumenta con la edad materna. En el estudio First- and Second-Trimester Evaluation of Risk (FASTER), las mujeres mayores de 40 años tuvieron una probabilidad 2.3 veces más alta de presentar desprendimiento prematuro, comparadas con las de 35 años de edad o menos (Cleary-Goldman et al., 2005). ^{14, 16}

Enfermedad hipertensiva del embarazo o trastorno hipertensivo de embarazo. Es el padecimiento relacionado más a frecuente con el

desprendimiento prematuro de placenta que según la literatura revisada comprendería a la hipertensión (hipertensión gestacional, preeclampsia, hipertensión crónica, o una combinación de éstas). En el informe del Parkland Hospital de 408 mujeres con desprendimiento prematuro de placenta y pérdida fetal, quedó de manifiesto la hipertensión en alrededor de la mitad de las mujeres una vez que el compartimiento intravascular disminuido se reabasteció de manera adecuada (Pritchard et al., 1991). La mitad de estas mujeres tenía hipertensión crónica. Visto de otra manera, Sibai et al. (1998) publicaron en la Maternal-Fetal Medicine Units Network que 1.5% de las embarazadas con hipertensión crónica sufría desprendimiento prematuro de placenta. Ananth et al. (2007) notificaron un aumento de 2.4 veces en la incidencia de desprendimiento con hipertensión crónica, y esta cifra aumentaba aún más si se superponían preeclampsia. Zetterstrom et al. (2005) publicaron una incidencia dos veces mayor de desprendimiento prematuro de placenta en las mujeres con hipertensión crónica, comparadas con las mujeres normotensas (una incidencia de 1.1 frente a 0.5%).^{14, 28}

También en la literatura investigada se comprobó que la enfermedad hipertensiva del embarazo se vincula con una incidencia de 2.5-17%, siendo la causa probable una lesión isquémica a nivel de la decidua basal.⁹

Rotura prematura de membranas: se ha observado en distintos estudios el incremento la incidencia de desprendimiento prematuro de placenta cuando las membranas se rompen antes del término. Major et al. (1995) informaron que 5% de 756 mujeres con rotura de membranas entre las 20 y las 36 semanas tuvo desprendimiento placentario. Kramer et al. (1997) observaron una incidencia de 3.1% en todas las pacientes cuando las membranas estuvieron rotas durante más de 24 h.^{14,28}

En su estudio de meta-análisis de 54 estudios Ananth y Col (1996) hallaron un riesgo tres veces mayor de Desprendimiento Prematuro De Placenta normo inserta en caso de Rotura Prematura De Las Membranas. Que se debería a la descompresión intrauterina producida por la rotura artificial de las membranas, puede causar desprendimiento placentario por reducción brusca de la superficie de inserción de la placenta.¹⁰

Gestación múltiple: hay informes donde la descompresión súbita del útero como ocurren en el parto del primer gemelo por disminución de la presión hidrostática capaz de producir un desprendimiento placentario. ²⁹

Desprendimiento traumático. Algunos traumatismos externos, casi siempre ocasionados por accidentes de tránsito o violencia física, producen desprendimiento prematuro de placenta. En estudios anteriores del Parkland Hospital, sólo alrededor del 2% de los desprendimientos prematuros de placenta causantes de muerte fetal se debió a traumatismo. Sin embargo, a medida que la incidencia de desprendimiento placentario ha disminuido con los años, la frecuencia relativa de los desprendimientos traumáticos ha aumentado. Kettel et al. (1988) y Stafford et al. (1988) señalaron de manera correcta que el desprendimiento puede producirse con un traumatismo relativamente menor. ^{6,}
28

Los traumas externos es otra de las causas más frecuentes constituyendo el 1 y el 5% de los motivos, siendo la lesión directa las caídas fuertes y los accidentes de tránsito. ⁵

Según Guerrero Becerril L.E. y col.. en su estudio sobre trauma abdominal cerrado durante la gestación reporta que la principal causa de muerte en la mujer menor de 35 años de edad es el traumatismo, y a su vez, es la principal causa no obstétrica de muerte. De 6-7% de los embarazos se complican por traumas, esta cifra está subestimada por lesiones no reportadas que son resultado de violencia en el hogar. En el trauma abdominal contuso durante el embarazo los principales mecanismos de lesión son: accidente automovilístico, 60%; caídas, 10%; peatonas golpeadas por vehículos automotor 5%, y 11% víctimas de ataque contuso por un agresor. La incidencia de pérdida fetal por trauma contuso es alta, la presentación de rotura uterina conlleva a pérdida fetal en el mayor de los casos, y es una lesión grave que pone en peligro la vida de la madre. ⁵

Desprendimiento prematuro de placenta recurrente o antecedentes de Desprendimiento prematuro de placenta Normo inserta

Según la literatura revisada aquella mujer que sufrió desprendimiento placentario, sobre todo si éste ocasionó muerte fetal, tiene una alta tasa de recurrencia. Pritchard et al. (1970) identificaron en su estudio una tasa de

recurrencia de 12% en embarazos posteriores. Tikkanen et al. (2006) examinaron este tema de otra forma y observaron que de 114 mujeres con partos previos en los que experimentaron desprendimiento prematuro de placenta, 9% había tenido un desprendimiento previo. Furuhashi et al. (2002) analizaron los resultados de embarazos ulteriores en 27 mujeres con un antecedente de desprendimiento placentario.^{14,15, 22, ,21,30}

Anemia materna: La anemia durante el embarazo ha sido asociada con mortalidad materna, parto pretérmino, desprendimiento prematuro de placenta y muerte fetal. Asimismo Duthie y colaboradores en un estudio con 96 mujeres en el segundo trimestre del embarazo con valores de hemoglobina < 8,0 g/dl e igual número de controles comparadas en edad y paridad con mujeres sin anemia, observaron que 6 (6,3%) mujeres anémicas experimentaron desprendimiento prematuro de placenta, mientras que ninguna lo hizo en el grupo control, lo que sugiere una asociación entre anemia materna por deficiencia de hierro y desprendimiento prematuro de placenta.¹⁵ La anemia materna por deficiencia de hierro en el embarazo temprano se ha relacionado directamente con la vascularización placentaria.^{31,32} habiéndose documentado la angiogénesis placentaria persistente en pacientes, pudiendo ocurrir secundariamente a hipoxemia pre-placentaria.^{31,32}

Fisiopatología:

En un inicio es una hemorragia en la decidua basal; en muchos casos la fuente del sangrado es un pequeño vaso arterial que se rompe debido a una alteración patológica, pero en otros casos, la hemorragia se inicia a partir de un vaso feto-placentario. El resultado es que la decidua se diseca progresivamente por el hematoma formado, quedando una fina capa de esta en contacto con la cara materna de la placenta y el resto permanece unida al miometrio. Un aspecto muy interesante es la alta tasa de sufrimiento fetal, aun a pesar de pequeños desprendimientos. La lesión de los vasos placentarios y deciduales pueden poner en marcha la síntesis de sustancias que aumentan la dinámica uterina, en especial las prostaglandinas, lo que condicionaría un incremento de la contractibilidad uterina con el aumento del número, intensidad y duración de las contracciones uterinas, así como del tono uterino, que cuando

sobrepasa los 15 mmHg provoca disminución del intercambio gaseoso y consecuentemente sufrimiento fetal. ^{14,30}

Existen varios mecanismos fisiopatológicos, uno de los más importantes sería la rotura por lesión (isquemia) de los vasos sanguíneos de la decidua basal, produciéndose extravasación sanguínea y formación del hematoma, que producirá mayor separación de la masa placentaria y aumentará los desgarros vasculares, llevándolo a extravasación sanguínea. ^{8,14,30}

Otro mecanismo podría ser la elevación brusca de la presión venosa de los vasos uterinos, transmitida al espacio intervelloso, produciendo congestión del lecho venoso, rotura vascular, hemorragia y finalmente separación placentaria. ^{14,15}

La anatomía patológica cursa con la presencia de un coágulo retroplacentario, que es el hallazgo principal; este coágulo está adherido firmemente junto con zonas de infartos hemorrágicos agudos en los cotiledones de alrededor. A nivel microscópico se observan hematomas en el área decidual con zonas de necrosis focal junto con infartos hemorrágicos. Ocasionalmente existen zonas de arteriolitis degenerativa e infartos organizados con presencia de restos de fibrina en los espacios intervellosos. La alteración más frecuente es la presencia de trombosis de las pequeñas en las venas retroplacentarias. La infiltración hemorrágica hacia el miometrio que puede incluir el peritoneo se denomina útero de Couvelaire. ^{2, 25, 29, 33}

En el 65% de las ocasiones se puede apreciar pérdida hemática por genitales. Además se destaca la presencia de vellosidades edematosas con roturas vasculares, en la decidua se observan zonas de necrosis y fenómenos trombóticos secundarios a lesiones degenerativas de la íntima de las arterias. ^{25, 29}

Cuadro clínico

La tríada clínica fundamental es el dolor abdominal, la hemorragia genital y la hipertoniá uterina. En el cuadro clásico, propio de la segunda mitad del embarazo, el motivo de consulta es el dolor abdominal, de comienzo brusco, intenso, que se generaliza a medida que aumenta la dinámica uterina y se expande el hematoma retroplacentario. ^{1, 3, 15}

Existe sangrado genital en 78% de los casos, con dolor uterino, hipertoni a y polisistolia en 20%, hemorragia oculta con hematoma retroplacentario. La Coagulación Intravascular Diseminada es una complicación grave, pero infrecuente. Hay compromiso hemodinámico, con sufrimiento y muerte fetal.^{1,14} Existe compromiso del estado general, palidez y taquicardia, pero las cifras de presión pueden aparentar normalidad si existe enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo. El diagnóstico por lo regular es urgente y está fundamentado en el aspecto clínico.^{6, 7,14, 17, 29, 34}

Exámenes de laboratorio

Con respecto a los hallazgos de laboratorio, se puede encontrar: hematocrito normal o disminuido, alteración en plaquetas, protrombina, tiempo de trombotoplastina parcial y fibrinógeno; la elevación de  mero D tiene una especificidad del 93% y un valor predictivo del 91%. la cual se ha usado como marcador temprano, y hemoclasificaci n.^{25,34}

Ultrasonografía

Los recientes avances en las imágenes ecográficas y en su interpretación han mejorado esta proporción, de modo que más del 50% de las pacientes con abruptio confirmado mostrarán alguna evidencia ecográfica de sangrado. Sin embargo, incluso el abruptio placentario completo puede pasar desapercibido en una exploración ecográfica durante la fase aguda. La ecografía puede identificar tres localizaciones predominantes en el abruptio, que son: subcorial (entre la placenta y las membranas), retroplacentaria (entre la placenta y el miometrio) y preplacentaria (entre la placenta y el liquido amniótico).^{2,14, 25, 34, 29}

La localización y extensión del abruptio identificado en la ecografía tienen una importancia clínica decisiva. Los hematomas retroplacentarios conllevan un peor pronóstico para la supervivencia fetal que las hemorragias subcoriales. El tamaño de la hemorragia también predice la supervivencia fetal, los grandes hematomas retroplacentarios (mayor de 60ml) se asocian con una mortalidad fetal del 50% o superior, mientras que hemorragias subcoriales similares tienen una mortalidad del 10%.^{2,14, 25, 34, 29}

El problema diagnóstico se presenta cuando se observa en los casos de instalación insidiosa, en los cuales la paciente puede referir dolor abdominal leve, contracciones uterinas que nos hagan pensar en el inicio de trabajo de

parto o en una amenaza de parto pretérmino (cuando los síntomas aparecen antes de las 37 semanas).^{14, 25, 34}

Clasificación clínica del DPPNI^{34,35}

Como se ha explicado anteriormente, los síntomas pueden presentarse con muy diversos grados de intensidad, y de la combinación de ellos. Que dependerá de la extensión del despegamiento, la cuantía de la hemorragia, la participación miometrial. Dada esta gran variabilidad sintomática, diversos autores han propuesto diversas clasificaciones de la enfermedad. A continuación se describe la Clasificación clínica de PAGE:³⁵

Grado 0- Formas asintomáticas

Un pequeño desprendimiento oculto puede ser asintomático y sólo reconocido como un hallazgo incidental en una ecografía o bien a posteriori, cuando al revisar la placenta después del alumbramiento se encuentra en su cara materna un coágulo organizado. Quizá hubo algunos síntomas durante el embarazo (hipertensión, ligero aumento de tono uterino), que no hicieron sospechar de DPP.³⁵

Grado 1- Formas leves (48% de todos los casos)

Esta clasificación comprende a los casos en los que la hemorragia es leve y no hay afectación del estado general materno. El dolor es poco intenso, localizado y se acompaña de un útero ligeramente hipertónico. Inicialmente, no habrá sufrimiento fetal y no asociará coagulopatía.³⁵

Grado 2- Formas moderadas (27% de todos los casos)

Conforman este grupo los casos en que sin presentarse un cuadro de gravedad extrema, hay evidente compromiso del estado general materno con cambios ortostáticos de presión arterial y la frecuencia cardíaca que acaba manifestándose como una hemorragia moderada, dolor muy intenso y un útero moderadamente hipertónico. Hay evidente sufrimiento fetal. Suele cursar con una hipofibrinogenemia (es decir, 50-250 mg / dL).³⁵

Grado 3- Formas graves (24% de todos los casos)

Serían las formas clínicas más severas de la apoplejía uteroplacentaria, del llamado síndrome de Couvelaire. Se caracteriza por su aparición explosiva y la presencia de síntomas floridos: dolor, útero hipertónico muy doloroso, hemorragia y shock materno. Cursa con una Hipofibrinogenemia (es decir,

<150 mg / dL). Es en estas formas cuando más frecuentemente aparecen las complicaciones como son la coagulopatía y la muerte fetal. ³⁵

Clasificación de Sher: ¹¹

- **Grado I:** Hemorragia escasa o ausente. Coagulo menor de 150 ml. ¹¹
- **Grado II:** Metrorragia anteparto, signos clásicos de DPPNI, intensidad hemodinámica materna, feto con alteraciones en la FC, coagulo de 150 a 500 ml. ¹¹
- **Grado III:** características clínicas del grado III pero con muerte fetal confirmada, CID, IRA. Coagulo mayor de 500 ml. ¹¹

Complicaciones maternas: ^{2, 11, 10,14}

El shock hipovolémico generalmente lo vemos en los casos de sangrado oculto con compromiso fetal. La CID es poco frecuente, pero casi siempre asociada a los casos severos con muerte fetal. Otras complicaciones son la insuficiencia renal aguda, metrorragia posparto, útero de Couvelaire, síndrome de Sheehan. ^{2, 11, 10,14}

Manejo clínico ^{1,7, 25, 29, 35}

El manejo dependerá del compromiso fetal (feto vivo o muerto), edad gestacional y del grado de compromiso hemodinámico materno: ^{1,7, 25, 29, 35}

- a) Cuando el feto está vivo y tenemos la alta sospecha de que se trata de un DPP (generalmente hay sufrimiento fetal), el término de la gestación por la vía más rápida posible será la medida más adecuada, para los casos de gestaciones a término. ^{1,7, 25, 29, 35}
- b) En casos de gestaciones pretermino, en las cuales se tenga la sospecha de un DPP, pero no esté comprometida la salud fetal, ni el estado hemodinámico materno (como casos de amenaza de parto pretermino con sangrado transvaginal escaso) se podría tener una conducta expectante, con estricto monitoreo de las funciones vitales de la madre y monitoreo electrónico fetal y, ante alteraciones de las mismas, la conducta más adecuada sería una cesárea de emergencia, independientemente de la edad gestacional. ^{1,7, 25, 29, 35}
- c) En los casos más severos, con feto muerto, generalmente el desprendimiento es superior al 50%; la asociación de CID es 30%. En estos casos, el manejo comprenderá: ^{1,7, 25, 29, 35}

- Parto vaginal a la brevedad, de ser posible; en caso contrario, se procede a realizar cesárea.
- Estabilización hemodinámica, para lo cual usamos cristaloides y coloides y, de ser necesaria, la transfusión de hemoderivados.

Debemos tener en cuenta que una vez que se produjo la expulsión del feto y la placenta, el útero debe contraerse para calmar el sangrado. Pero, en los casos más severos de DPP, generalmente con sangrado oculto, nos podemos encontrar con el miometrio totalmente infiltrado por sangre (útero de Couvelaire), lo cual dificulta su capacidad contráctil, además de presentarse en estos casos trastornos de coagulación que pueden agravar la hemorragia posparto; por lo que son necesarios el masaje uterino intenso, el uso de uterotónicos, ligadura de arteria hipogástricas e incluso histerectomía de emergencia. 1,7, 25, 29, 35

2.3 Definiciones de conceptos operacionales

Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta: «abruptio placentae» se define como la separación parcial o completa de una placenta normalmente adherida antes del parto o después de la semana 22 del embarazo.

Edad materna: Tiempo de vida de la gestante en años desde el nacimiento hasta la actualidad.

Nivel de instrucción: Es el grado de educación de la gestante recibido por parte de un centro educativo del estado o particular.

Estado civil: Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Número de controles prenatales: Un número total de controles prenatales que tiene registrado la gestante en el historia perinatal antes de parto.

Paridad: Número de partos que tiene la gestante como antecedente.

Tiempo intergenesico: Tiempo transcurrido desde el último parto hasta el parto actual

Embarazo múltiple: Gestación con 2 o más productos.

Trastornos hipertensivos del embarazo: Gestante que presenta hipertensión arterial durante la gestación actual, asociado o no con proteinuria y/o edema patológico.

Rotura prematura de membranas: Es la rotura de membranas amnióticas que se da lugar antes de que empiece el trabajo de parto de manera espontánea.

Anemia materna : Es la alteración en los niveles de Hb y/o Hto en la gestante o en número total de eritrocitos. Es el valor de Hb inferior a 11g/dl o Hto menor del 33% en las gestantes.

El trauma externo abdominal: Es la acción violenta de agentes que producen lesiones de diferente magnitud y gravedad, en los elementos que constituyen la cavidad abdominal, sean éstos de pared (continente) o de contenido (vísceras) o de ambos a la vez.

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

Hipótesis general

- Existen patologías maternas asociadas al Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo Enero del 2008 a Julio del 2018

Hipótesis específicas

- Existe alta prevalencia de Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo Enero del 2008 a Julio del 2018
- Existen características maternas asociadas al Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en las gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo Enero del 2008 a Julio del 2018
- Existen patologías maternas asociadas al Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo Enero del 2008 a Julio del 2018

3.2 Variables principales de investigación

Variable dependiente:

- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta

Variables independientes:

Características maternas:

- Edad materna
- Estado civil
- Nivel de instrucción
- Número de controles prenatales
- Paridad
- Antecedente de desprendimiento prematuro de placenta en gestaciones anteriores

Patología materna:

- Embarazo múltiple
- Trastornos hipertensivos del embarazo
- Rotura prematura de membranas
- Anemia materna
- El trauma externo abdominal

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño de investigación

El presente trabajo de investigación se ha desarrollado en el contexto de IV CURSO – TALLER DE TITULACIÓN POR TESIS según enfoque y metodología publicada.³⁶

El estudio es de tipo observacional, retrospectivo, analítico tipo caso control. Se dice que es:

OBSERVACIONAL: Porque el investigador no interviene, limitándose a medir solo las variables necesarias para el estudio.

RETROSPECTIVO: es cuando la variable dependiente (desprendimiento prematuro de placenta normo inserta) se tomara en cuenta después de haberse presentado en las gestantes y porque todos los datos se recogerán de la base de datos de la historia clínica perinatal. Es decir este estudio se realizara basándose en observaciones clínicas, en donde revisaremos situaciones de exposición a factores de riesgo (patologías maternas), comparando grupos de individuos enfermos (casos), con grupos de individuos sanos (controles). A partir de la frecuencia observada en cada uno de los grupos expuestos al factor (patología materna) en estudio se realiza un análisis estadístico. Por lo que se busca las causas a partir de un efecto que ya se presentó. Los estudios retrospectivos parten de un efecto (desprendimiento prematuro de placenta normo inserta) y regresan a buscar las posibles causas (patología maternas).

ANALITICO-CORRELACIONAL: Debido a que se estudiara y analizara la relación entre la variable dependiente (desprendimiento prematuro de placenta normo inserta) y las variables independientes como características maternas (edad materna, estado civil, Nivel de instrucción, número de controles prenatales, paridad, antecedente de desprendimiento prematuro de placenta en gestaciones anteriores) y patología materna (embarazo múltiple, trastornos hipertensivos del embarazo, ruptura prematura de membranas, anemia materna, el trauma externo)

CASO-CONTROL: Porque la población del estudio se dividirá en dos grupos para poder compararlas. Un grupo de gestantes con desprendimiento prematuro de placenta normo inserta que es la variable dependiente y otro de

gestantes sin la patología descrita; y así se evaluara la influencia de las variables independientes sobre la variable dependiente

4.2 Población y muestra

Población de estudio

La población que se estudiara está formada por todas las gestantes que se atendieron en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa del distrito de Pueblo Libre en Lima-Perú durante el periodo Enero del 2008 a Julio del 2018

Casos: Gestante atendidas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa del distrito de Pueblo Libre en Lima-Perú durante Enero del 2008 a Julio del 2018 con diagnóstico desprendimiento prematuro de placenta normo inserta

Criterio de inclusión para los casos:

Gestantes con edad gestacional $>$ o igual a 22 semanas atendidas con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Santa Rosa durante el periodo Enero del 2008 a Julio del 2018

Criterios de Exclusión para los Casos:

Gestantes con edad gestacional $>$ o igual a 22 semanas atendidas con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Santa Rosa durante el periodo Enero del 2008 a Julio del 2018 con historia clínica incompleta o sin diagnóstico preciso.

Controles: Gestantes sin la patología descrita (DPPNI) atendidas en el Hospital Santa Rosa del distrito de Pueblo Libre en Lima-Perú durante Enero del 2008 a Julio del 2018

Criterio inclusión de los controles: Gestantes con edad gestacional $> =$ a 37 semanas y $<$ de 42 semanas atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Santa Rosa durante el periodo Enero del 2008 a Julio del 2018

Criterios de Exclusión para los Controles: Gestantes en las cuales hubiese antecedente de episodio de sangrado sin diagnóstico definitivo o con historia clínica incompleta o sin diagnóstico preciso asimismo que no

cuenten con historias clínicas completas atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Santa Rosa durante el periodo Enero del 2008 a Julio del 2018

Muestra

Tamaño de la muestra (Fórmula)

Para la elección del tamaño de la muestra se realizó a través del cálculo para casos controles de relación "1:2 respectivamente con un nivel de significancia del 95%, potencia mínima del 80%, relación de controles: casos de 2:1, con una frecuencia de exposición esperada de gestantes con desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, expuestas al factor hipertensión inducida por el embarazo, del 25% con un OR esperado de 1.9. Donde se establece número de casos en la muestra de 136 y número de controles en la muestra de 272.

En este tipo de diseño para el cálculo del tamaño de muestras no apareadas se necesita estimar:

La magnitud de la diferencia a detectar (de interés clínicamente relevante):

Valor aproximado del odds ratio que se desea estimar (w): se decidió un odds mínimo de 1.9

La frecuencia de la exposición entre los casos (p1): 66%

La frecuencia de la exposición entre los controles (p2): 25%

La seguridad con la que se desea trabajar (α), (riesgo de cometer un error de tipo I): seguridad del 95% ($\alpha = 0,05$).

Poder estadístico ($1-\beta$) que se quiere para el estudio (riesgo de cometer un error de tipo II): $\beta = 0,84$, es decir, un poder del 80%.

Con estos datos, y para un planteamiento bilateral, para el cálculo del tamaño muestra se utilizó la siguiente expresión:

$$n = \left(\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}}{p_1 - p_2} \right)^2$$

Dónde:

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2};$$

Este procedimiento arrojó como número de muestra para el grupo casos: 136, para el grupo control 272, haciendo un total de 408. Para este estudio la relación caso:control es de 1:2

NÚMERO DE CASOS Y CONTROLES DIFERENTES	
FRECUENCIA DE EXPOSICIÓN ENTRE LOS CONTROLES	0.25
ODSS RATIO PREVISTO	1.9
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
PODER ESTADÍSTICO	0.8
FRECUENCIA DE EXPOSICIÓN ESTIMADA ENTRE LOS CASOS	0.39
NÚMERO DE CONTROLES POR CASO	2
VALLOR Z PARA ALFA	1.96
VALOR Z PARA BETA	0.84
VALOR P	0.32
NÚMERO DE CASOS EN LA MUESTRA	136
NÚMERO DE CONTROLES EN LA MUESTRA	272

Para el presente estudio se decidió utilizar a todos los casos con diagnóstico de Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta entre Enero del 2008 hasta Julio 2018 de estantes atendido en Hospital Santa Rosa que fueron un total de 185 casos, de los cuales solo se consideró en el estudio 149 porque al momento de recolectar los datos 36 historias no contaron con adecuado llenado de la Historia Clínica Perinatal no cumpliendo así con el criterio de inclusión para este estudio. Para los controles utilizamos un total de 368 gestantes que no tenían el diagnóstico Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta que fueron atendido en el mismo periodo de estudio.

4.3 Operacionalización de variables

Ver anexo N° 2

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para el presente estudio se recolectara la información de los registros médico: historia clínica materno perinatales, utilizaremos una ficha de recolección de la **información (ver anexo 1)**.

La ficha de recolección de datos consta de datos generales como numero de ficha, fecha y hora del llenado, numero de historia clínica y responsable del llenado. Evaluaremos las características maternas como edad, estado civil, nivel de instrucción, número de controles prenatales, paridad. También de

estudiará patologías maternas como diagnóstico de Embarazo múltiple durante la gestación actual, antecedente de desprendimiento prematuro de placenta en gestaciones anteriores, trastornos hipertensivos durante el embarazo en la gestación actual, rotura prematura de membranas, diagnóstico de anemia materna, presencia de trauma externo abdominal, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta en la gestación actual.

El instrumento de recolección de los datos para este estudio es de propia autoría y que al ser una ficha de recolección no es necesaria la validación de dicho instrumento.

4.5 Recolección de datos

La recolección de datos se realizó mediante la revisión detallada de historias clínicas. Primero, se seleccionó el número de historias clínicas registradas en el Sistema de información perinatal SIP2000 V2.0 (comprado con el libro de partos del área de centro obstétrico). Posteriormente se buscó en archivos de las historias clínicas del Hospital Santa Rosa y se obtuvieron los datos necesarios para el estudio.

4.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos

Para el análisis de datos se diseñará una base de datos utilizando el software estadístico SPSS V25. Se calcularán estadísticos descriptivos como medias y desviaciones para variables cuantitativas. Las variables cualitativas se presentarán en tablas de frecuencia y se calcularán porcentajes. Para el análisis bivariado se elaborarán tablas de contingencia calculando porcentajes, además se calcularán OR crudos con su respectivo intervalo de confianza. Se utilizará la regresión logística multivariada para identificar las patologías asociadas a DPP, se calculará OR ajustados. Todas las pruebas de hipótesis se contrastarán utilizando un nivel de significancia de 0.05.

4.7 Procesamiento para garantizar aspectos éticos en la investigación con serie de humanos

- Para la realización del presente trabajo se solicitará los permisos al Comité de ética e Investigación del Hospital Santa Rosa. Dado que se trata de un estudio retrospectivo la revisión de Historias clínicas, no será necesario el consentimiento informado.
- La confidencialidad de los datos será asegurada por el uso de códigos de las fichas de recolección de datos.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSION

5.1 Resultados

En el presente estudio se observó un total de 185 casos confirmados con Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta desde el Enero 2008 hasta Julio del 2018. Ver tabla 1

Tabla 1. Distribución de casos con diagnóstico confirmado de Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta en la población de estudio en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de Enero 2008- Julio 2018

	Frecuencia	Porcentaje %
2008	26	14.1
2009	25	13.5
2010	35	18.9
2011	25	13.5
2012	12	6.6
2013	9	4.8
2014	11	5.9
2015	12	6.4
2016	3	1.6
2017	14	7.6
2018	13	7.1
Total	185	100

Fuente: Elaboración propia

Se estudiaron en el presente estudio un total de 517 gestantes de las cuales 149 tienen diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta y 368 gestantes sin el diagnóstico desprendimiento prematuro de placenta normo inserta atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de Enero 2008- Julio 2018. Ver **Tabla 2**

Tabla 2. Proporción de gestantes con o sin Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta en la población de estudio en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de Enero 2008- Julio 2018

Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta	Frecuencia	Porcentaje %
Si	149	28,8
No	368	71,2
Total	517	100

Fuente: Elaboración propia

Se evaluaron un total de 517 gestantes cuya edad promedio fue de $27,6 \pm 6,7$ años; las gestantes con desprendimiento prematuro de placenta normo inserta tuvieron una edad promedio de $28,3 \pm 7,0$ años, mientras que en el grupo de gestantes sin desprendimiento prematuro de placenta la edad promedio fue de

27,3 ± 6,5 años; no observándose una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p = 104$) . Ver tabla 3

Tabla 3. Comparación de la edad materna según gestantes con o sin Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo inserta atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de Enero 2008- Julio 2018.

DPP	N	Media	DE	Rangos promedio	U de Mann Whitney	p Valor
Si	149	28,3	7,0	275,77	24917,5	0,104
No	368	27,3	6,5	252,21		

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla 4** en observa un predominio del grupo etario en las pacientes menores de 35 años de edad con un 84,1% (n= 435) de la muestra de estudio. Asimismo se observa en los casos una frecuencia de en menores de 35 años de 120 (81.5%) en los controles 315 (85.6%).

Se evidencia que para el estado civil la unión establecida (o convivencia) tiene un predominio de 42,4% (n= 219) seguida con un 40% (n=207) por el estado civil de soltera y el estado civil de casada comprende sólo un 16,8%(n=87%). Dentro de las gestantes que padecen Desprendimiento Prematuro De Placenta Normo inserta se encuentran solteras en un 43% (n=64) un 38.3% (n=57) son convivientes (unión establecida) frente a los que no padecen de Desprendimiento Prematuro De Placenta Normo inserta donde predomino la categoría de conviviente con un 44% (n=162) seguida de la condición de soltera 38.9% (n=143).

Al valorar el nivel de instrucción en toda la muestra se observa el predominio de educación secundaria con un 69,4% (n=359).sobre el nivel de instrucción superior (técnico /universitario) que representa un 25,5% (n=132) seguido de nivel de instrucción primario/sin nivel con un 5% (n=26). Si comparamos ambos grupos es decir los casos y los controles se observa que el nivel secundario en los casos es 61.1% (n=91) en comparación de los controles que es 72.8% (n=268).

Además se puede observar que las gestantes nulíparas fueron las que predominaron con un 51,6% (n=267) de toda la muestra seguido las gestantes primíparas con un 28,6% (n=148). Si lo comparamos los casos con los

controles se puede observar que la nuliparidad en los casos es el 47.7% (n=71) en los controles es 53.3% (n= 196).

Al evaluar el control prenatal en la población de estudio se observó que un control prenatal no adecuado predominó con un 55,1% (n=285) frente a un control prenatal adecuado que reportó un 44,9% (232). Se evidencia en los resultados que en el grupo de casos predomina el no adecuado control prenatal de 63.1% (n=94) y también en el grupo control con 51.9% (n=191). Ver tabla 4

Tabla N°4. Análisis univariado de las características maternas en las gestantes con o sin Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo inserta atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de Enero 2008- Julio 2018

Características maternas	Desprendimiento prematuro de placenta Normo inserta			
	Si (Casos)		No (Controles)	
	N	%	n	%
Edad Materna				
≥ 35 años	29	19.5	53	14.4
< 35 años	120	81.5	315	85.6
Estado civil				
Soltera	64	43	143	38.9
Casada	25	16.8	62	16.8
Unión establecida	57	38.3	162	44
Otro	3	2	1	0.3
Nivel de instrucción				
Sin nivel/primaria	9	6	17	4.6
Secundaria	91	61.1	268	72.8
Superior	49	32.9	83	22.6
Paridad				
Nulípara	71	47.7	196	53.3
Primípara	48	32.2	100	27.2
Múltipara / gran múltipara	30	20.1	72	19.6
Control prenatal				
Adecuado	55	36.9	177	48.1
No adecuado	94	63.1	191	51.9

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla 5** se observa que en la población en estudio solo el 0.6% (n=3) presento el Antecedente de Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta en la gestación anterior. Se evidencio solo 2 (1.3%) gestantes con este antecedente dentro del grupo de casos y dentro del grupo control, solo 1 (0.3%) gestante tenía ese antecedente.

Al valorar el análisis descriptivo sobre las patologías maternas asociadas al Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en gestantes atendidas, se observó que la Anemia Materna se presentó en el 20% (n=105) de la población estudiada. Dentro de las gestantes con diagnóstico de DPPNI sólo un 24% (n=37) presento Anemia en cambio en las gestantes sin DPPNI se encontró un 18.5% (n=68),

Con respecto al Trastorno Hipertensivo durante el embarazo en la muestra estudiada se evidencio que 16.6% (n=86) presento esta patología. Dentro de las gestantes con diagnóstico de DPPNI sólo un 34.9% (n=52) presento Trastorno hipertensivo del embarazo en cambio en las gestantes sin DPPNI se encontró un 9.2 % (n=34),

La ruptura prematura de membranas se presentó solo en el 10,3% (n=53) en toda la muestra estudiada. Se observó que en las gestantes con diagnóstico de DPPNI un 16.8% (n=25) presento Ruptura prematura de membranas en cambio en las gestantes sin DPPNI se encontró un 7.9% (n=28),

Además se puede observar que la Gestación múltiple no fue frecuente en la muestra estudiada pues solo se presentó un 2,5% (n=13) de las gestantes. Se evidencio que en las gestantes con diagnóstico de DPPNI un 4% (n=6) presento Embarazo múltiple en cambio en las gestantes sin DPPNI se encontró un 1.9% (n=7),

Otras variables que es poco frecuente en la muestra en estudiada es el Trauma abdominal en la gestación actual con un 1% (n=5) de la muestra donde se observó que en las gestantes con diagnóstico de DPPNI un 2% (n=3) presento trauma abdominal en comparación en las gestantes sin DPPNI se encontró un 0.5% (n=2),

Tabla 5. Análisis univariado de las patologías maternas asociadas al Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de Enero 2008- Julio 2018

Variable - Patologías Maternas	Desprendimiento prematuro de placenta Normo inserta			
	Si (Casos)		No (Controles)	
	n	%	n	%
Antecedente de Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta				
Si	2	1.3	1	0.3
No	147	98.7	367	99.7
Gestación Múltiple				
Si	6	4	7	1.9
No	143	96	361	98.1
Trastorno Hipertensivo durante el embarazo				
Si	52	34.9	34	9.2
No	97	65.1	334	90.8
Ruptura prematura de membranas				
Si	25	16.8	28	7.6
No	124	83.2	340	92.4
Anemia materna				
Si	37	24.8	68	18.5
No	112	75.2	300	81.5
Trauma abdominal en la gestación actual				
Si	3	2	2	0.5
No	146	98	366	99.5

Fuente: Elaboración propia

Análisis bivariado de los las patologías maternas asociadas Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de Enero 2008- Julio 2018

Tabla 6. Asociación entre Trastornos Hipertensivos del Embarazo y diagnóstico Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de Enero 2008- Julio 2018

Trastorno Hipertensivo del Embarazo en la gestación actual	Desprendimiento prematuro de placenta Normo inserta				Chi cuadrado	p valor	OR	IC 95%
	Si		No					
	n	%	n	%				
Si	52	34,9	34	9,2	50,358	0,000	5,266	3,233-8,577
No	97	65,1	334	90,8				

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla 6** se observa que al realizar el análisis bivariado de las patologías maternas estudiadas se obtuvo que en las pacientes con Trastorno Hipertensivo del Embarazo fue más frecuente el diagnóstico de Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta que en los pacientes que no presentaron Trastornos Hipertensivos del Embarazo. Al momento de hacer la verificación de la asociación entre casos y controles con el Trastorno Hipertensivo del Embarazo del paciente, se obtuvo una asociación estadísticamente significativa ($p=0.000$). Por lo tanto el Trastorno Hipertensivo del Embarazo tiene un riesgo de 5,2 veces mayor de desarrollar Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta durante la gestación con respecto a los pacientes que no presentaron Trastorno Hipertensivo del Embarazo.

Tabla 7. Asociación entre Ruptura Prematura de Membranas y diagnóstico Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de Enero 2008- Julio 2018

Ruptura Prematura de Membranas	Desprendimiento prematuro de placenta Normo inserta				Chi cuadrado	p valor	OR	IC 95%
	Si		No					
	n	%	N	%				
Si	25	16,8	28	7,6	9,693	0,002	2,448	1,375-4,360
No	124	83,2	349	92,4				

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla 7** se encontró que 25 (16.8%) de los casos presentaron Ruptura prematura de membranas, mientras que se halló 28 (7,6%) de los controles presento Ruptura prematura de membranas. El OR hallado es de 2,448 es decir, que si la gestante presenta Ruptura prematura de membranas tiene 2,5 veces más riesgo de padecer de Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta que aquella gestante que no presentó Ruptura prematura de membranas. Se obtuvo una asociación estadísticamente significativa ($p=0.002$).

Tabla 8. Asociación entre Anemia Materna y diagnostico Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de Enero 2008- Julio 2018

Anemia materna	Desprendimiento prematuro de placenta Normo inserta				Chi cuadrado	p valor	OR	IC 95%
	Si		No					
	n	%	n	%				
Si	37	24,8	68	18,5	2,646	0,104	1,457	0,924-2,298
No	112	75,2	300	81,5				

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla 8** se puede observar que al realizar el análisis bivariado la condición de Anemia materna se encontró en un 24,8% ($n=37$) de los casos y 18,5% ($n=68$) de los controles, así mismos obtuvo un OR de 1.457, pero que al realizar la prueba de Chi cuadrado resulto con un p en 0,104 es decir mayor de 0.05 por lo cual la relación de asociación es estadísticamente no significativa por consiguiente se aceptaría la hipótesis nula es decir no existiría asociación entre Anemia Materna y diagnostico Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en gestantes atendidas.

Tabla 9. Asociación entre Antecedente de Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta y diagnostico Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de Enero 2008- Julio 2018

Antecedente de Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta	Desprendimiento prematuro de placenta Normo inserta				Chi cuadrado	p valor	OR	IC 95%
	Si		No					
	n	%	n	%				
Si	2	1,3	1	0,3	2,107	0,147	4,993	0,449-55,487
No	147	98,7	367	99,7				

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla 9** se puede observar que al realizar el análisis bivariado sobre antecedente de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta se encontró en un 1,3% ($n=2$) de los casos y 0,3% ($n=1$) de los controles, así

mismos obtuvo un OR de 4,993; pero que al realizar la prueba de Chi cuadrado resulto con un p en 0,147 es decir mayor de 0.05 por lo cual la relación de asociación es estadísticamente no significativa por lo que se aceptaría la hipótesis nula es decir no existiría asociación entre antecedente de Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta y diagnostico Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en gestantes atendidas

Tabla 10. Asociación entre Embarazo múltiple y diagnostico Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de Enero 2008- Julio 2018

Embarazo múltiple en la gestación actual	Desprendimiento prematuro de placenta Normo inserta				Chi cuadrado	p valor	OR	IC 95%
	Si		No					
	N	%	n	%				
Si	6	4.02	7	1,9	1,953	0,162	2,164	0,715-6,549
No	143	95.98	361	98,1				

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla 10** se encontró que 6 (4,02%) de los casos presentaron Embarazo múltiple en la gestación actual, mientras que se halló 7 (1,9%) de los controles presentaron Embarazo múltiple en la gestación actual. El OR hallado es de 2,164 es decir, que si la gestante presenta Embarazo múltiple en la gestación actual tiene 2,5 veces más riesgo de padecer de Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta. Pero que al realizar la prueba de Chi cuadrado resulto con un p en 0,162 es decir mayor de 0.05 por lo cual la relación de asociación es estadísticamente no significativa por lo que se aceptaría la hipótesis nula es decir no existiría asociación entre Embarazo múltiple en la gestación actual y diagnostico Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en gestantes atendidas

Tabla 11. Asociación entre traumatismo abdominal y diagnostico Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de Enero 2008- Julio 2018

Traumatismo abdominal	Desprendimiento prematuro de placenta Normo inserta				Chi cuadrado	p valor	OR	IC 95%
	Si		No					
	N	%	N	%				
Si	3	2	2	0,5	2,393	0,122	3,760	0,622-22,736
No	146	98	366	99,5				

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla 11** se encontró que 3 (2%) de los casos presentaron Traumatismo abdominal en la gestación actual, mientras que se halló 2 (0,5%) de los

controles presentaron Traumatismo abdominal en la gestación actual. El OR hallado es de 3,760 es decir, que si la gestante presenta Traumatismo abdominal en la gestación actual tiene 3.8 veces más riesgo de padecer de Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta. Pero que al realizar la prueba de Chi cuadrado resulto con un p en 0,122 es decir mayor de 0.05 por lo cual la relación de asociación es estadísticamente no significativa por lo que se aceptaría la hipótesis nula es decir no existiría asociación entre Traumatismo abdominal en la gestación actual y diagnostico Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en gestantes atendidas.

Tabla 12. Cuadro resumen de análisis bivariado de las patologías maternas asociadas al diagnóstico Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo inserta en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de Enero 2008- Julio 2018

Patologías maternas	Enfermedad				Chi cuadrado	p valor	OR	IC 95%
	Si		No					
	n	%	n	%				
Antecedente de Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta								
Si	2	1,3	1	0,3	2,107	0,147	4,993	0,449-55,487
No	147	98,7	367	99,7				
Embarazo múltiple en la gestación actual								
Si	6	4,02	7	1,9	1,953	0,162	2,164	0,715-6,549
No	143	95,98	361	98,1				
Trastorno Hipertensivo del Embarazo en la gestación actual								
Si	52	34,9	34	9,2	50,358	0,000	5,266	3,233-8,577
No	97	65,1	334	90,8				
Ruptura Prematura de Membranas								
Si	25	16,8	28	7,6	9,693	0,002	2,448	1,375-4,360
No	124	83,2	349	92,4				
Anemia Materna								
Si	37	24,8	68	18,5	2,646	0,104	1,457	0,924-2,298
No	112	75,2	300	81,5				
Trauma Abdominal en la gestación actual								
Si	3	2	2	0,5	2,393	0,122	3,760	0,622-22,736
No	146	98	366	99,5				

Fuente: Elaboración propia

La **tabla 12** se observa el resumen del análisis bivariado de las patologías maternas asociadas al diagnóstico Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo inserta en gestantes atendidas.

Tabla N 13: Análisis Multivariado de las Patologías maternos asociados diagnostico Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de Enero 2008- Julio 2018

VARIABLES - PATOLOGIAS MATERNAS	OR	P	IC 95%
Ruptura prematuras de Membranas	3.237	0.000	1.775 - 5.904
Trastorno Hipertensivo durante el embarazo	5.956	0.000	3.617 - 9.806

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla 13** Se observar que al realizar el análisis multivariado se obtiene que las variables Trastorno Hipertensivo durante el embarazo y Ruptura prematuras de Membranas fueron estadísticamente significativos. Por lo que se puede decir que esas dos patologías maternas servirían de predictor para desarrollar Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en gestantes. Según el modelo de regresión logística Binaria.

5.2 Discusión de resultados

El Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera es la separación parcial o completa de una placenta normalmente inserta antes del parto o después de la semana 22 del embarazo. ¹ Ocurre en el 0.5-2% de todos los nacimientos, y de estos, el 50% de los casos se asocia a embarazos con Síndrome hipertensivo. La tasa de mortalidad materna es aproximadamente del 1%. ¹ En el presente estudio se observó un total de 185 casos confirmados con Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta desde el Enero 2008 hasta Julio del 2018 de los cuales se consideró solo para el análisis de esta investigación un total de 517 gestantes de las cuales 149 tienen diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta que cumplían con el criterio de inclusión de tener historia clínicas completas y 368 gestantes sin el diagnóstico desprendimiento prematuro de placenta normo inserta atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de Enero 2008- Julio 2018.

De la población de gestantes estudiadas se observó que en las gestantes con Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta tuvieron una edad promedio de 28,3±7,0 años, mientras que en el grupo de gestantes sin desprendimiento prematuro de placenta la edad promedio fue de 27,3±6,5 años; no observándose una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (p=104). Observándose un predominio del grupo etario en las

pacientes menores de 35 años de edad con un 84,1% (n= 435) de la muestra de estudio. Asimismo en nuestro estudio se observa en los casos una frecuencia de en menores de 35 años de 120 (81.5%) en los controles 315 (85.6%). Que coincide con el grupo etario evaluado en el estudio de Acho-Mego, S; Salvador-Pichilingue, J. y Col sobre Frecuencia de hemorragias de la segunda mitad del embarazo de la gestación en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (2009) donde se observó 101 casos de Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta de los cuales 88.1% (n=88) presentaron edades menores a 35 años y solo un 11.9% (n=12) eran gestantes igual o mayores de 35 años.²⁰ Mientras Torres Ríos Elizabeth en su tesis sobre Factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital A. Loayza (2003) que si existe una tendencia significativa que a mayor edad materna, mayor incidencia de DPP y a una mayor diferencia a partir de los 35 años (25.49%).¹⁰ Así mismo Agapito Simon, M. R. En su tesis busco identificar los Factores asociados al Desprendimiento Prematuro de Placenta en gestantes atendidas en el Hospital Regional De Ica en el 2016 donde se mostró predominio de casos con edad materna mayor de 35 años,²² así mismo Dioses-Guerrero, E., Oña-Gil, J. y Col en su estudio titulado Factores asociados a hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un Hospital del Norte del Perú al evaluar se observó que la edad materna de los casos era más frecuente en > 35 años (n=31; 44,93%).²⁰ Cerón Suchini, Luisa M. en su estudio sobre “Desprendimiento Prematuro de Placenta consecuencias materno perinatales” en el departamento de Ginecología-Obstetricia del Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa – Guatemala (2010), La edad más frecuente se encuentra entre 16-25 años (51.72%).⁹ En el estudio de Elizalde-Valdés, V.M, Calderón-Maldonado A.E, García-Rillo, A. y Díaz-Flores sobre «Abruptio placentae»: morbimortalidad y resultados perinatales (2015) se encontró edad media de 25.9 años; el grupo de edad más afectado fue el de 20-35 con un 61.6%.⁸

Se observó en este estudio que para el estado civil la unión establecida (o convivencia) tiene un predominio de 42,4% (n= 219) seguida con un 40% (n=207) por el estado civil de soltera y el estado civil de casada comprende sólo un 16,8%(n=87%). Dentro de las gestantes que padecen

Desprendimiento Prematuro De Placenta Normo inserta se encuentran solteras en un 43% (n=64) un 38.3% (n=57) son convivientes (unión establecida) frente a los que no padecen de Desprendimiento Prematuro De Placenta Normo inserta donde predomino la categoría de conviviente con un 44% (n=162) seguida de la condición de soltera 38.9% (n=143). Según Torres Ríos Elizabeth en su tesis sobre Factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital A. Loayza (Lima) del 2003, se obtuvo que existe un mayor predominio de Desprendimiento Prematuro de placenta normo inserta en aquellas gestantes con estado civil conviviente vs las casadas (66.67% vs 11.76%)(p =0.001).¹⁰ Celeonio Salvador, M. Y. y Hinojosa Obando, M. C. en su tesis sobre Factores asociados y complicaciones materno perinatales del Desprendimiento Prematuro de placenta busco determinar los principales factores complicaciones en el instituto materno perinatal de Lima - Perú 2003, donde se estudiaron 101 gestantes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta se reportó entre los casos predominio de estado civil de conviviente con un 58,6% seguido de la condición de soltera 24%.¹⁵

Al valorar el nivel de instrucción se observa el predominio de educación secundaria con un 69,4% (n=359).sobre el nivel de instrucción superior (técnico /universitario) que representa un 25,5% (n=132) seguido de nivel de instrucción primario/sin nivel con un 5% (n=26). Si comparamos ambos grupos es decir los casos y los controles se observa que el nivel secundario en los casos es 61.1% (n=91) en comparación de los controles que es 72.8% (n=268). Según Celeonio Salvador, M. Y. y Hinojosa Obando, M. C. en su tesis concuerda con el predominio de nivel de instrucción secundaria entres su población de estudio que corresponde a un 71,8% (n=158) seguida de instrucción superior (técnica-universitaria) con un 17,7% (n=39).¹⁵

Además en nuestro estudio se puede observar que las gestantes nulíparas fueron las que predominaron con un 51,6% (n=267) de los casos seguido las gestantes primíparas con un 28,6% (n=148). Si lo comparamos los casos con los controles se puede observar que la nuliparidad en los casos es el 47.7% (n=71) en los controles es 53.3% (n= 196). Coincide con los hallazgos encontrados por Celeonio Salvador, M. Y. y Hinojosa Obando, M. C. en su

tesis sobre Factores asociados y complicaciones materno perinatales del Desprendimiento Prematuro de placenta en Lima - Perú 2003 donde se encontró predominio de nulíparas en la población de estudio de un 44% seguidos de la características de multiparidad con un 37% y se reportó sólo un 26% de nulípara en la población de estudio.¹⁵ Velasquez Dicado, M. J. en su tesis sobre Incidencia de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera en el Hospital Gineco- obstetrico 2014 (Guayaquil-Ecuador) se observó que con respecto a los antecedentes Gineco- obstétricos. El 17% (57) de las pacientes fueron Nuliparas, 45% (148) múltipara y 38% (127) fueron gran múltipara se pudo observar que la incidencia mayor es de la múltipara con DPPNI.¹¹ Así mismo con concuerda con el estudio de Torres Ríos Elizabeth en su tesis sobre Factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital A. Loayza donde se observar un predominio de multiparidad en las pacientes con DPP (62.75%) (Chi cuadrado $p < 0.01$).¹⁰ Elizalde-Valdés, V.M, Calderón-Maldonado A.E, García-Rillo, A. y Díaz-Flores, M en su estudio reporta que al respecto a los antecedentes ginecoobstétricos, el 33.7% fueron primigestas y el 66.3% multigestas, por lo tanto, la probabilidad de ocurrencia del DPPNI de una paciente primigesta es de 0.34 (34%) y de una multigesta es de 0.66 (66%).⁸

Al evaluar el control prenatal en la población de estudio se observó que un control prenatal no adecuado predomino con un 55,1% (n=285) frente a un control prenatal adecuado que reporto un 44,9% (232). Se evidencia en los resultados que en el grupo de casos predomina el no adecuado control prenatal de 63.1% (n=94) y también en el grupo control con 51.9% (n=191). Coincide con los estudios de Torres Ríos Elizabeth en su tesis sobre Factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital A. Loayza donde se observa una falta de CPN o un control pre natal inadecuado se relacionó un mayor riesgo de presentar un DPP, a diferencia de aquellas que tuvieron un CPN adecuado (66.66% vs 33.34%).¹⁰ Y en su tesis sobre Factores asociados y complicaciones materno perinatales del Desprendimiento Prematuro de placenta (2003). Celeonio Salvador, M. Y. y Hinojosa Obando, M. C. se reportó que en la población de estudio 91,8% (n=202) contaba con control prenatal mientras que un 8,2% (n=18) no.¹⁵

Al valorar el análisis descriptivo sobre las patologías maternas asociadas al Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en gestantes atendidas, se observó que la Anemia Materna se presentó en el 20% (n=105) de la población estudiada. Dentro de las gestantes con diagnóstico de DPPNI sólo un 24% (n=37) presentó Anemia en cambio en las gestantes sin DPPNI se encontró un 18.5% (n=68), Con respecto al Trastorno Hipertensivo durante el embarazo en la población estudiada se evidenció que 16.6% (n=86) presentó esta patología. Dentro de las gestantes con diagnóstico de DPPNI sólo un 34.9% (n=52) presentó Trastorno hipertensivo del embarazo en cambio en las gestantes sin DPPNI se encontró un 9.2 % (n=34), La ruptura prematura de membranas se presentó solo en el 10,3% (n=53) donde se observó que en las gestantes con diagnóstico de DPPNI un 16.8% (n=25) presentó Ruptura prematura de membranas en cambio en las gestantes sin DPPNI se encontró un 7.9% (n=28), Además se puede observar que la Gestación múltiple no fue frecuente en la población estudiada pues solo se presentó un 2,5% (n=13) de las gestantes. Otras variables que tampoco es frecuente en la población en estudiada son el Trauma abdominal en la gestación actual con un 1% (n=5) de los casos. Según Adón L; Suero A; Aragonez Y; Guerrero O; Mejía V. en su estudio donde se analizaron 52 pacientes que presentaron Desprendimiento Prematuro de Placenta donde se obtuvo que los factores de riesgo encontrados fueron: la multiparidad con un 57.7%, seguido de la Pre eclampsia con un 44.2%, la edad mayor de 36 años con un 13 %, en cuanto a los hábitos tóxicos no mostraron ser factores determinantes. Se llegó a concluir que las multíparas tiene una incidencia muy marcada al resto de los factores seguida de la preeclampsia.²² Así mismo Elizalde-Valdés, V.M, Calderón-Maldonado A.E, García-Rillo, A. y Díaz-Flores, encontraron que entre los principales factores de riesgo se encontró que el 32.6% se asociaba a cuadros hipertensivos, el 24.3% a la rotura prematura de membranas, el 11.6% con trabajo de parto prolongado y el resto con otras alteraciones concurrentes entre las que se encuentran formas clínicas de sobredistensión uterina como embarazo gemelar o polihidramnios.⁸

Al realizar Análisis bivariado de los las patologías maternas asociadas Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en gestantes atendidas

en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de Enero 2008- Julio 2018, se observa que al realizar el análisis bivariado de las patologías maternas estudiadas se obtuvo que en las pacientes con Trastorno Hipertensivo del Embarazo fue más frecuente el diagnóstico de Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta que en los pacientes que no presentaron Trastornos Hipertensivos del Embarazo, se obtuvo una asociación estadísticamente significativa ($p=0.000$). Por lo que el Trastorno Hipertensivo del Embarazo tiene un riesgo de 5,2 veces mayor de desarrollar Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta durante la gestación con respecto a los pacientes que no presentaron Trastorno Hipertensivo del Embarazo. Según Torres Ríos Elizabeth en su tesis sobre Factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital A. Loayza (2003) se encontró Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, la que mayor sustento tiene en la revisión bibliográfica, en este estudio también resulta ser la más frecuente; presente en el 66.67% de los casos, hallazgo que resulta ser estadísticamente significativo. Siendo aproximadamente el 50% de los casos de DPP lo suficientemente severos como para causar muerte al feto están asociados con Hipertensión.¹⁰ Así mismo el estudio de Pacora Percy sobre prevalencia y factores de riesgo del desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, en Lima durante 19 años se verifica la asociación entre Preeclampsia severa con valor $p>0,001$, OR de 6,92 IC4,66-10,28 y Preclampsia-eclampsia $p<0,001$; OR: 3.27 IC 95% 2,40-4,47. Así mismo Celeonio Salvador, M. Y. y Hinojosa Obando, M. C. en su tesis obtuvo que preeclampsia /eclampsia ($p=0.004$) fue una de las interurrencias asociadas a desprendimiento prematuro de placenta,¹⁶

En presente estudio se encontró que predominio de 25 (16.8%) de los casos presentaron Ruptura prematura de membranas. Asimismo se demostró que si la gestante presenta Ruptura prematura de membranas tiene 2,5 veces más riesgo de padecer de Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta que aquella gestante que no presentó Ruptura prematura de membranas. Se obtuvo una asociación estadísticamente significativa ($p=0.002$). Este hallazgo también se refleja en el estudio realizado por Pacora Percy en su estudio sobre prevalencia y factores de riesgo del desprendimiento prematuro de

placenta en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, en Lima durante 19 años se verifica la asociación entre Ruptura prematura de membranas con valor $p > 0,05$, donde resultado no significativa (OR 0,44 ,IC95% 0,21-0,90, $p < 0,05$),¹⁶ En cambio Celeonio Salvador, M. Y. y Hinojosa Obando, M. C. en su tesis demostró Las pacientes con rotura prematura de membranas tendrían mayor riesgo de Desprendimiento prematuro de placenta debido a que la disminución del volumen intrauterino con retracción del miometrio resultaría en una separación rápida de la placenta ($p < 0,003$).¹⁵ Agapito Simon, M. R. En su tesis sobre Desprendimiento Prematuro de Placenta en gestantes atendidas en el Hospital Regional De Ica en el 2016. Donde se analizó chi-cuadrado ($p < 0.05$) y odds ratio. Donde se observó que el ruptura prematura de membranas se encuentra asociada al DPP. 22 Elizalde-Valdés, V.M, Calderón-Maldonado A.E, García-Rillo, A. y Díaz-Flores, M en su estudio retrospectivo, transversal y descriptivo Encontró entre los principales factores de riesgo el 34.6% presentó cuadros hipertensivos del embarazo, seguido por la rotura prematura de membranas con un 22,1%.⁸ Al realizar el análisis bivariado la condición de Anemia materna se encontró en un 24,8% ($n=37$) de los casos y 18,5% ($n=68$) de los controles, así mismos obtuvo un OR de 1.457, pero que al realizar la prueba de Chi cuadrado resulto con un p en 0,104 es decir mayor de 0.05 por lo cual la relación de asociación es estadísticamente no significativa por consiguiente se aceptaría que no existiría asociación entre Anemia Materna y diagnostico Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en gestantes atendidas. Estos hallazgos concuerdan con Torres Ríos Elizabeth en su tesis sobre Factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital A. Loayza observo una tendencia de riesgo entre aquellas pacientes que cursan con Anemia durante el embarazo actual a desarrollar DPP en comparación con las que no cursan con Anemia, pero ello no resulta ser estadísticamente significativo comparado con el grupo control, y de acuerdo a los estudios realizados la mayor parte de la población gestante desarrolla Anemia en su embarazo, siendo ella un factor de riesgo para diversas patologías.¹⁰ Mientras en su estudio la Dr. Pacora Percy en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, en Lima durante 19 años encontró que la condición de anemia

en la madre se asociaría a Desprendimiento prematuro de placenta (OR: 1,46; IC95%: 1,04-2,05 y $p < 0,05$).¹⁶

Al analizar la asociación entre Antecedente de Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta y diagnóstico Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta en gestantes atendidas se obtuvo un OR de 4,993; pero que al realizar la prueba de Chi cuadrado resultó con un p en 0,147 es decir mayor de 0.05 por lo cual la relación de asociación es estadísticamente no significativa, lo mismo se encontró al evaluar la asociación entre Embarazo múltiple y diagnóstico Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta; que al realizar la prueba de Chi cuadrado resultó con un p en 0,162 es decir mayor de 0.05 por lo cual la relación de asociación es estadísticamente no significativa. Al estudiar la asociación de Traumatismo abdominal en la gestación actual con Desprendimiento prematuro de placenta. El OR hallado es de 3,760 es decir pero se encontró p en 0,122 es decir mayor de 0.05 por lo cual la relación de asociación es estadísticamente no significativa. En su estudio: Torres Ríos Elizabeth halló que existe un riesgo estadísticamente significativo a desarrollar un DPP, en aquellas pacientes que son expuestas a un traumatismo abdominal. El DPP puede presentarse con traumas relativamente leves que inclusive no causen ninguna otra lesión en la madre sin embargo otros autores han encontrado una baja asociación de DPP a traumatismos,¹⁰ Torres Ríos Elizabeth encontró una incidencia alta con traumatismo abdominal 11,8% ($n=7$) en las gestantes con DPP; no pudiendo establecer una relación estadística, debido a que en el grupo control no tuvo ningún caso de Traumatismo.¹⁰ Así mismo Agapito Simon, M. R. En su tesis sobre Factores asociados al Desprendimiento Prematuro de Placenta en gestantes atendidas en el Hospital Regional De Ica en el 2016. Que aplicando chi-cuadrado ($p < 0.05$) y odds ratio. Donde se observó entre los factores de riesgo que se encuentran asociados al DPP, está la edad mayor de 35 años, el bajo nivel educativo, el trabajo de campo o en el hogar, provenir de zona rural, el mal control prenatal, entre las patologías obstétricas: la ruptura prematura de membrana, haber tenido algún traumatismo en el embarazo, y que terminarían en cesárea y óbito fetal.²²

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

- En cuanto a la frecuencia de presentación: el Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta en los últimos 5 años se encontró una reducción de aparición en comparación de los últimos 10 años.
- Las características maternas de mayor frecuencia en la población de estudio son edad materna menor de 35 años, el estado civil unión establecida conviviente, un predominio de población nulípara y un control prenatal no adecuado.
- En relación a las patologías maternos estudiados, la patología materna más importante de todos fue la presencia de Trastorno hipertensivo del embarazo seguida de la Ruptura Prematura de membranas.
- No se halló asociación estadísticamente significativa en el análisis para antecedente de Desprendimiento de placenta normo inserta, gestación múltiple, anemia materna traumatismo abdominal.

6.2 Recomendaciones

- Se recomienda realizar estos mismos estudios en otros establecimientos de salud que tenga poblaciones con diferentes características a la de nuestro hospital de estudio.
- Realizar capacitaciones a los trabajadores de salud de los primeros niveles para que pueden ubicar rápidamente a la población de riesgo y poder iniciar el tratamiento oportuno. Actuar oportunamente sobre los que sean modificables. Así mismo es impórtate incentivar el llenado óptimo del historia clínica del carnet perinatal.
- Realizar charlas de promoción y educación de las gestantes para que puedan tener un adecuado y oportuno control prenatal, para una mejor identificación de la población vulnerable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez-Aliaga, C. Hemorragias en la Segunda Mitad del Embarazo. Rev Per Ginecol Obstet. 2010;56:1 18-22. ISSN: 2304-5124.
2. Berek, Jonathans, MD, MMSc. Ginecología de Novak. Trad. F García Roig. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 13 ed. México. 2005. p.571-599.
3. Gutiérrez Ramos M. , Velásquez Pancca , E. Morbimortalidad materna. Publicaciones presentadas en la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia en los 70 años de vida institucional de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Rev Peru Ginecol Obst. 2017;63(3):413-427
4. Lambrou, Nicolás, Abraham Morse. "Johns Hopkins. Ginecología y Obstetricia", Editorial: Marbán, Edición original. Madrid.España, 2001. Pág: 102 – 104.
5. Guerrero Becerril L. E. , Zárate Guzmán J. A. , Gutiérrez Chávez A. C. y Montero Méndez R. Traumatismo abdominal cerrado durante el embarazo. Reporte de un caso. TRAUMA 2009; 12(2): 61-67. http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=64408&id_seccion=3552&id_ejemplar=6468&id_revista=213.
6. Lezama Zavaleta, F. Óbito fetal por desprendimiento prematuro de Placenta en gestante primigesta nivel III1. Lima 2017. Trabajo Académico -Segunda Especialidad en Obstetricia: para optar el Título de Segunda Especialidad en Obstetricia con mención en emergencias obstétricas, Alto riesgo y cuidados críticos maternos. Universidad José Carlos Mariátegui.
7. Instituto nacional materno perinatal. Guías de práctica clínica de procedimiento en obstetricia y perinatología. 2014 MINSAs- Perú.
8. .Elizalde-Valdés, V.M, Calderón-Maldonado A.E, García-Rillo, A. y Díaz-Flores, M. «Abruptio placentae»: morbimortalidad y resultados perinatales. Medicina e Investigación 2015;3(2):109-115.
9. Cerón Suchini, Luisa M. Desprendimiento Prematuro de Placenta consecuencias materno perinatales. [Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta]. Para obtener el grado de Maestra en Ciencias en Ginecología y Obstetricia. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Estudios de postgrado. Marzo 2014.44p.
10. Torres Ríos, E. Factores de riesgos asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo de enero del 2003 a diciembre del 2003. [desprendimiento prematuro de placenta]. Tesis de pregrado, para optar el grado de Lic. en obstetricia. UNMSM.

2007. 54 p.

11. Velasquez Dicado, M. J. Incidencia de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera en el Hospital Gineco- obstetrico Enrique C Sotomayor en el periodo de enero 2014 – diciembre 2014.[Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta]. Tesis para optar el título de Médico General. Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas. 2014. 63p.
12. Sotomayor, E. Estudio prospectivo y Retrospectivo en el hospital Gineco-Obstétrico de Guayaquil. Desprendimiento prematuro de placenta Normoinsera. 2001- 2002.
13. Adriana Martínez, C. Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada. Artículo académico. Rev int salud materno fetal – yo obstetra. 2016: 1 (6)
14. F. Gary Cunningham.Williams. Obstetricia 24^o Edicion 2015 Editorial: Mc Graw Hill. SBN: 978-607-15-1277-2
15. Celeonio Salvador, M. Y. y Hinojosa Obando, M. C. Factores asociados y complicaciones materno perinatales del Desprendimiento Prematuro de placenta. [Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta]. Tesis para optar el Titulo de especialista en Gineco-obstetricia. UNMSM Unidad de postgrado. 2004.42p.
16. Pacora, Percy. El desprendimiento prematuro de placenta es una manifestación de enfermedad vascular severa en el Embarazo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2005, vol. 51, núm. 1, enero-marzo, 2005, pp. 39-48
17. Lambrou,Nicolás, Abraham Morse.“Johns Hopkins. Ginecología y Obstetricia”, Editorial: Marbán, Edición original. Madrid.España, 2001. Pág: 102 – 104.
18. Oficina de Epidemiologia salud ambiental. Análisis situacional del hospital Santa Rosa. Ministerio de salud. Noviembre 2017.
19. Delgado Escalante Ruth Raquel. Características epidemiológicas y obstétricas de las muertes maternas en el hospital Santa Rosa, 2000 – 2015. Tesis para optar por el título profesional de Licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos – Lima Perú. 2016.
20. Acho-Mego, S; Salvador-Pichilingue, J. y Col. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo, en un hospital nacional de Lima. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Rev Per Ginecol Obstet. 2011; 57: 243-247
21. Dioses-Guerrero, E., Oña-Gil, J. y Col. Factores asociados a hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un Hospital del Norte del Perú. Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Rev. Cuerpo méd. HNAAA 7(4) 2014.

22. Agapito Simon, M. R. Factores de riesgo asociados al Desprendimiento Prematuro de placenta en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, durante el periodo enero - diciembre del 2016. [Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta]. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Universidad privada San Juan Bautista. 2017. 45p
23. Aguilar Daniel, Meléndez Víctor, Flores Lisa y col. Placenta Previa y Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo inserta, Hospital Escuela, Bloque Materno Infantil. Rev. Fac. Méd. Enero-Junio 2010. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. Volumen No.7, Año 7, No. 2 Enero-Junio de 2010.
24. Chang G, . Un contraste internacional de las tasas de desprendimiento placentario . Universidad Central del Sur, China. 2014
25. González-Merlo J, Gonzalez Bosquet E, Puerto Navarro B. Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta (abruptio placentae). En González Merlo. Obstetricia. 6ªEd. Elsevier 2013. 413-416.
26. Katrini Guidolini M. Marvila Garcia, E. Theodoro dos Santos Neto, E. Granado Nogueira da Gama, S. Edad materna avanzada y su asociación con placenta previa y desprendimiento de la placenta: un metanálisis. Cad. Saúde Pública vol.34 no.2 Rio de Janeiro 2018 Epub Feb 19, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00206116>. On-line version ISSN 1678-4464
27. Adón L; Suero A; Aragonéz Y; Guerrero O; Mejía V. (2010). Factores de Riesgo y características Clínicas Asociados al desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta .Revista medica Dominicana 2010. Set-Dic; 71(3)
28. E. Albert Reece, John C. Hobbins ,. stetricia clinica / Clinical Obstetrics. Ed. Médica Panamericana, capitulo 59: Hemorragia durante el tercer trimestre . 2010. pag 1847-1864.
https://books.google.com.pe/books?id=RSI1QMxGgA8C&pg=PA1055&lpg=PA1055&dq=Edad+materna+avanzada+y+su+asociaci%C3%B3n+con+placenta+previa+y+desprendimiento+de+la+placenta:+un+metan%C3%A1lisis&source=bl&ots=UVtQ_Eei5T&sig=-MswT54BtBaDftVV8xNe4pY_pX0&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjAz6yAmpvcAhXRmVkkHThZBXkQ6AEITAE#v=onepage&q=Edad%20materna%20avanzada%20y%20su%20asociaci%C3%B3n%20con%20placenta%20previa%20y%20desprendimiento%20de%20la%20placenta%3A%20un%20metan%C3%A1lisis&f=false
29. Viruega Cuaresma, D. ABRUPTIO PLACENTAE: UNA GRAVE PATOLOGÍA

OBSTÉTRICA. Trabajo para optar el grado FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA. Santander. Junio 2016.

30. Tikkanen M. Placental Abruption studies on incidence, risk factors and potential predictive biomarkers. : soc. Gyneco investing., 2010
31. Reshetnikova O, Burton G, Teleshova O. Placental histomorphometry and morphometric diffusing capacity of the villous membrane in pregnancies complicated by maternal iron-deficiency anemia. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173: 724 – 7.
32. Kadyrov M, Kosanke G, Kingdom J, Kaufmann P. Increased fetoplacental angiogenesis during first trimester in anaemic women. *Lancet* 1998; 352: 1747 – 9.
33. Calvo C, Rafael. “Frecuencia de desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada asociado a preeclampsia”. *Rev. Méd. Dom* 2006. Vol.68 No.2
34. Hossain N, Khan N, Sultana S, et al. Abruptio placentae and adverse pregnancy outcome. *J Pak Med Assoc.* 2010;60:443---6.
35. Page EW, King EB, Merrill JA. Abruptio Placentae: Dangers of delay in delivery. *Ovstet Gynecol* 1954; 3:385-393.
36. De la Cruz Vargas Ja, Correa Lopez LE, Alatriza Gutierrez de Bambarem M del S, Sanchez Carlessi HH, Luna Muñoz C, Loo Valverde, et al. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades: experiencia del Curso Taller de Titulación por Tesis. *Educ Médica* [Internet] 2 de agosto de 2018 [citado 16 de enero de 2019]. Disponible en <http://www.Sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318302122>

ANEXOS

Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS TIPO DISEÑO	POBLACION	MUESTRA	ANALISIS ESTADISTICO
¿Cuáles son las patologías maternas asociadas al Desprendimiento Prematuro de Placenta en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de Enero 2008-Julio 2018 ?	<p>Determinar las Patologías Maternas asociadas al Desprendimiento Prematuro de Placenta en gestantes atendidas.</p> <p>Identificar las características maternas de las gestantes que presentaron Desprendimiento Prematuro de Placenta en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de Enero 2008-Julio 2018 ?</p>	<p>Existen patologías maternas asociadas al Desprendimiento Prematuro de Placenta en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de Enero 2008-Julio 2018</p> <p>Existen características maternas asociadas al Desprendimiento Prematuro de Placenta en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de Enero del 2008 a Julio del 2018.</p>	El estudio es de tipo observacional, retrospectivo, analítico tipo caso-control.	<p>La población que se estudiara está formada por todas las gestantes que se atendieron en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa del distrito de Pueblo Libre en Lima-Perú durante el periodo Enero del 2008 a Julio del 2018.</p> <p>Numero Casos corresponde a 149 gestante atendidas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa del distrito de Pueblo Libre en Lima-Perú durante Enero del 2008 a Julio del 2018. con diagnostico desprendimiento prematuro de placenta en gestantes con características maternas asociadas al Desprendimiento Prematuro de Placenta en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de Enero del 2008 a Julio del 2018.</p> <p>Los Controles corresponde a 88 gestantes sin la patología descrita (DPPNI) atendidas en el Hospital Santa Rosa del distrito de Pueblo Libre en Lima-Perú durante Enero del 2008 a Julio del 2018.</p>	El análisis inferencial que se usó para determinar el grado de asociación fue Odds Ratio con un intervalo de confianza del 95%. El método usado en el análisis de datos es el chi cuadrado

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	CATEGORIA O UNIDAD
Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta	El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) o «abruptio placentae» se define como la separación parcial o completa de una placenta normalmente adherida antes del parto o después de la semana 22 del embarazo	Partos con diagnóstico de dppni descrito en la historia clínica del hospital santa rosa durante el periodo de estudio	Nominal Dicotomica	Dependiente Cualitativa	0) Si 1) No
CARACTERÍSTICAS MATERNAS					
Edad materna	Tempo de vida de la gestante desde el nacimiento	Tiempo de vida expresado en años	De razón Politomica	Independiente Cualitativa	0) ≥ 35 años 1) < 35 años
Nivel de instrucción	Nivel de educación de la gestante recibido por parte de un centro educativo del estado o particular	Nivel de estudios cursados	Ordinal Politomica	Independiente Cualitativa	0) Sin nivel/primaria 1) Educación secundaria 2) Educación superior (técnico o universitario)
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Estado conyugal referido	Nominal Politomica	Independiente Cualitativa	0) Soltera 1) Casada 2) Unión establecida (conviviente) 3) Otros
Número de controles prenatales	Un número total de controles prenatales que tiene registrado la gestante en el historia perinatal antes de parto	Número de controles prenatales de la gestante que está registrada en la historia clínica perinatal	Nominal Dicotómica	independiente Cualitativa	0) No adecuado: menor de 6 controles prenatales 1) Adecuado: control prenatal $> o = a 6$
Paridad	Número de partos que tiene la gestante como antecedente.	Se definirá por lo observado en la historia clínica perinatal.	Nominal Politomica	independiente Cualitativa	0) Nulípara: no tuvo ningún parto 1) Primípara: solo tuvo un parto 2) Multípara: mujer que atenido 2 o más partos o

					Gran multipara: mujer con 5 partos o más.
Antecedente de desprendimiento prematuro de placenta	Gestante con antecedente de DPPNI	Se definirá por el diagnóstico descrito en antecedentes patológicos en la historia clínica de la gestante en estudio	Nominal dicotómica	Independiente Cualitativa	0) Si 1) No
PATOLOGIAS MATERNA					
Embarazo múltiple	Gestación con 2 o más productos.	Se definirá por la presencia de mas de un feto en el vientre materno durante el periodo de estudio	Nominal dicotómica	Independiente Cualitativa	0) Si 1) No
Trastornos hipertensivos del embarazo	Gestante que presenta hipertensión arterial durante la gestación actual, asociado o no con proteinuria y edema patológico	Se definirá por el diagnóstico descrito en la historia clínica de la gestante en estudio	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0) Si 1) No
Rotura prematura de membranas	Es la rotura de membranas amnióticas que se da lugar antes de que empiece el trabajo de parto de manera espontanea	Se definirá como la salida de líquido amniótico por canal vaginal o acumulación de líquido amniótico en el fondo de saco de vaginal	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0) Si 1) No
Anemia materna	Es la alteración en los niveles de Hb y/o Hto en la gestante o en número total de eritrocitos.	Se definirá como el valor de Hb inferior a 11g/dl o Hto menor del 33% en las gestantes del hospital santa rosa durante el periodo de estudio.	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0) Si 1) No
El trauma externo abdominal	Es la acción violenta de agentes que producen lesiones de diferente magnitud y gravedad, en los elementos que constituyen la cavidad abdominal, sean éstos de pared (continente) o de contenido (visceras) o de ambos a la vez.	Revisión de antecedentes en la historia clínica donde se evidencia trauma externo abdominal durante la estación actual	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0) Si 1) No

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS



Universidad Ricardo Palma
Formamos seres humanos para una cultura de paz

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

PATOLOGIAS MATERNAS ASOCIADO AL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMO INSERTA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DURANTE EL PERIODO ENERO DEL 2008 – JULIO DEL 2018

SEDE: HOSPITAL SANTA ROSA

INSTRUCCIONES: El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en el carnet perinatal e historia clínica de cada paciente; el llenado debe ser correctamente tal como se encuentra en ella, ni se permite borrar, tampoco cambiar o modificar datos. Cada ficha de recolección de datos tiene un número y un espacio para las observaciones que deberán ser llenados con claridad. Si ocurriera los siguientes casos: falta un dato (s) en el Carnet perinatal e historia clínica será considerado como mal llenado.

DATOS GENERALES

FICHA: _____ **FECHA** **Y** **HORA** **DEL**
LLENADO: _____
HISTORIA **CLINICA:** _____ **RESPONSABLE** **DEL**
LLENADO _____

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS:

1.- Edad: _____

2.- Estado civil: 0) Soltera 1) Casada 2) Unión establecida
(conviviente) 3) Otros

3.- Nivel de instrucción

- 0) Ninguno 1) Educación primaria 2) Educación secundaria
3) Educación superior (técnico o universitario)

4.- Número de controles prenatales

- 0) No adecuado: control prenatal < 6 CPN
1) Adecuado: control prenatal > o = a 6
2) No control prenatal

5.- Paridad G ___ P ___ _ _ _

- 0) Nulípara 1) Primípara 2) Multípara 3) Gran multípara

Tiempo intergenesico: fecha de último parto: _____

PATOLOGIAS MATERNA

6.- Diagnóstico de Embarazo múltiple durante la gestación actual:

- 0) Si 1) No

7.- Antecedente de desprendimiento prematuro de placenta en gestaciones anteriores:

- 0) Si 1) No

8.- Diagnóstico de Trastornos hipertensivos durante el embarazo actual:

- 0) Si 1) No

9.- Diagnóstico de Rotura prematura de membranas en la gestación actual:

- 0) Si 1) No

10.- Diagnostico de Anemia durante la gestación actual:

Valor de Hb: _____

- 0) Si 1) No

11.- Diagnóstico de El trauma externo abdominal durante la gestación actual:

- 0) Si 1) No

12.- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta en la gestación actual:

- 0) Si 1) No