

UNIVERSIDAD NACIONAL

“SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**FACTORES RELACIONADOS AL DESPRENDIMIENTO
PREMATURO DE PLACENTA, HOSPITAL VICTOR RAMOS
GUARDIA, HUARAZ, 2019.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Bach. LÁZARO CUENTAS, Yamil Angélica

ASESORA:

ROJAS TELLO, Gilma Aly

HUARAZ – PERÚ

2023



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Los miembros del jurado que suscriben, se reunieron en acto público para calificar la Tesis Titulada:


“Factores de riesgo relacionados al desprendimiento prematuro de placenta, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019”.


Presentada por la Bachiller en Obstetricia:

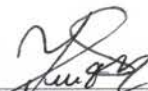
Yamil Angélica LÁZARO CUENTAS

Después de haber escuchado la sustentación y las respuestas a las preguntas formuladas, lo declaran aprobada con el calificativo de: *D.I.C.C.I.D.C.H.D.....* (18) en consecuencia, la sustentante queda en condición de recibir el Título Profesional de **LICENCIADA EN OBSTETRICIA**; otorgado por el Consejo Universitario de la UNASAM en conformidad a las normas Estatutarias y la Ley Universitaria.

Huaraz, 09 de mayo del 2023.


Dr. Rafael Marcos NORABUENA PENADILLO
PRESIDENTE


Dra. Maximiliana QUISPE GÓMEZ
SECRETARIA


Dra. Yuliana Mercedes DE LA CRUZ RAMÍREZ
VOCAL

Anexo de la R.C.U N° 126 -2022 -UNASAM
ANEXO 1
INFORME DE SIMILITUD.

El que suscribe (asesor) del trabajo de investigación titulado:

Presentado por: _____

con DNI N°: _____

para optar el Título Profesional de: _____

Informo que el documento del trabajo anteriormente indicado ha sido sometido a revisión, mediante la plataforma de evaluación de similitud, conforme al Artículo 11 ° del presente reglamento y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de : de similitud.

Evaluación y acciones del reporte de similitud de los trabajos de los estudiantes/ tesis de pre grado (Art. 11, inc. 1).

Porcentaje		Evaluación y acciones	Seleccione donde corresponda <input checked="" type="radio"/>
Trabajos de estudiantes	Tesis de pregrado		
Del 1 al 30%	Del 1 al 25%	Esta dentro del rango aceptable de similitud y podrá pasar al siguiente paso según sea el caso.	
Del 31 al 50%	Del 26 al 50%	Se debe devolver al estudiante o egresado para las correcciones con las sugerencias que amerita y que se presente nuevamente el trabajo.	
Mayores a 51%	Mayores a 51%	El docente o asesor que es el responsable de la revisión del documento emite un informe y el autor recibe una observación en un primer momento y si persistiese el trabajo es invalidado.	

Por tanto, en mi condición de Asesor/ Jefe de Grados y Títulos de la EPG UNASAM/ Director o Editor responsable, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto la primera hoja del reporte del software anti-plagio.

Huaraz,



FIRMA

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: _____

Se adjunta:

1. Reporte completo Generado por la plataforma de evaluación de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

**TESIS YAMIL A. LÁZARO CUENTAS Ipdf.
pdf**

RECUENTO DE PALABRAS

14876 Words

RECUENTO DE PÁGINAS

77 Pages

FECHA DE ENTREGA

Aug 9, 2023 12:46 PM GMT-5

RECUENTO DE CARACTERES

76840 Characters

TAMAÑO DEL ARCHIVO

561.7KB

FECHA DEL INFORME

Aug 9, 2023 12:47 PM GMT-5**● 25% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 24% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 21% Base de datos de trabajos entregados
- 8% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FIRMA DE LOS MIEMBROS DEL JURADO



DR. RAFAEL MARCOS NORABUENA PENADILLO
PRESIDENTE



DRA. MAXIMILIANA QUISPE GOMEZ
SECRETARIA



DRA. YULIANA MERCEDES DE LA CRUZ RAMÍREZ
VOCAL

FIRMA DE LA ASESORA

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gilma Aly Rojas Tello', is written over a horizontal dashed line.

**Mag. GILMA ALY ROJAS TELLO
ASESORA**

DEDICATORIA

A Dios por colmarme de bendiciones y permitir que culmine mi carrera profesional con éxito, a mi familia por apoyarme en todo momento y ayudarme a cumplir mis objetivos como persona y profesional.



AGRADECIMIENTO

A mi plana docente por sus conocimientos impartidos que me permiten desarrollarme de manera competitiva en el mundo laboral.



INDICE

RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. HIPÓTESIS.....	16
3. BASES TEÓRICAS.....	20
4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	46
5. RESULTADOS.....	51
6. DISCUSIÓN.....	63
7. CONCLUSIONES.....	66
8. RECOMENDACIONES.....	67
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

ANEXOS

RESUMEN

El problema de la investigación fue: ¿Cuáles son los factores relacionados al desprendimiento prematuro de placenta, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019? Cuyo objetivo general fue establecer los factores relacionados al desprendimiento prematuro de placenta. La hipótesis fue: Los factores sociodemográficos, biológicos y obstétricos están relacionados significativamente con el desprendimiento prematuro de placenta. Estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, correlacional, transversal, no experimental. Se utilizó la ficha de recolección de datos, haciendo uso del programa estadístico SPSS v26.00. Se desarrollo un contraste de hipótesis a través de la prueba Chi Cuadrado. Resultados: La muestra fue 92 casos con diagnóstico de DPP. Factores sociodemográficos: El 32,6% ($p=0,029$) del total presentó un rango de edades entre 20 – 24 años, el 54,3% ($p=0,001$) son de procedencia rural y el 63% ($p=0,00$) tienen el grado de instrucción secundaria. Factores biológicos: El 67,4% ($p=0,002$) tienen hábitos nocivos, el 51,1% ($p=0,034$) tienen bajo peso, el 52,2% ($p=0,003$) presentan antecedente de hipertensión arterial y el 60,9% ($p=0,028$) presentaron estrés. Factores obstétricos: El 72,8% ($p=0,027$) de las gestantes son multíparas; el 66,3% ($p=0,003$) tuvieron antecedente de DPP, el 63% ($p=0,00$) de las gestantes no tuvieron miomas, el 51,1% ($p=0,032$) no padeció traumatismo, el 75% ($p=0,18$) padeció hipertensión arterial durante el embarazo. Concluyendo finalmente que los factores sociodemográficos, biológicos y obstétricos tienen relación estadística significativa con el DPP, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019.

Palabras claves: Factor, sociodemográfico, biológico, obstétrico y desprendimiento prematuro de placenta.



ABSTRACT

The research problem was: What are the factors related to placental abruption, Víctor Ramos Guardia Hospital, Huaraz, 2019? Whose general objective was to establish the factors related to premature placental abruption. The hypothesis was: Sociodemographic, biological and obstetric factors are significantly related to placental abruption. Study with a quantitative, descriptive, correlational, cross-sectional, non-experimental approach. The data collection form was used, making use of the statistical program SPSS v26.00. A hypothesis contrast was developed through the Chi Square test. Results: The sample was 92 cases diagnosed with DPP. Sociodemographic factors: 32.6% ($p=0.029$) of the total presented an age range between 20 - 24 years, 54.3% ($p=0.001$) are of rural origin and 63% ($p=0.00$) have a secondary education degree. Biological factors: 67.4% ($p=0.002$) have harmful habits, 51.1% ($p=0.034$) are underweight, 52.2% ($p=0.003$) have a history of arterial hypertension, and 60.9% ($p=0.028$) have stress. Obstetric factors: 72.8% ($p=0.027$) of the pregnant women are multiparous; 66.3% ($p=0.003$) had a history of DPP, 63% ($p=0.00$) of the pregnant women did not have fibroids, 51.1% ($p=0.032$) did not suffer from trauma, 75% ($p=0.18$) suffered from hypertension during pregnancy. Finally concluding that the sociodemographic, biological and obstetric factors have a significant statistical relationship with the DPP, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019.

Keywords: Factor, sociodemographic, biological, obstetric and placental abruption.

1. INTRODUCCIÓN

El desprendimiento de placenta prematura (DPP) se interpreta como la desunión anticipada de la placenta del útero. Las principales formas de acontecimiento del desprendimiento de placenta son hemorragia, contracciones uterinas y sufrimiento fetal.⁽¹⁾

Tiene como concepto la desunión anormal de la placenta del útero, posteriormente a las 20 semanas de gestación o de manera anticipada al parto. El desprendimiento de placenta prematuro generalmente presenta un trío clínico: sangrado vaginal, contracciones uterinas y dolor.

Es conocido al desprendimiento de placenta como una de las causales más comunes de hemorragias durante el embarazo. Se sabe que múltiples factores están asociados con la mayor frecuencia del desprendimiento de placenta, algunas son el alcoholismo, la ingesta drogas y el tabaquismo.⁽²⁾

A nivel mundial esta patología es en consideración una de las más alarmantes causales de complicaciones materna, fetal y neonatal; es un suceso que reincide en 0.5-2% de todos los nacidos, el 50% de la totalidad de embarazos evidencia cuadros hipertensivos, de esta manera causando daños graves, afecciones renales, pérdidas sanguíneas masivas y hasta en algunos casos la histerectomía. El Organismo Mundial de la Salud menciona ser de suma importancia identificar anticipadamente y en el momento preciso las complicaciones que afectan parturientas o púerperas realizando una intervención adecuada y rápida, así aludir complicaciones y el fallecimiento de la madre. La implementación del accionar adecuado, basadas en la evidencia, realizando manuales de abordaje y puestas en práctica por el personal a cargo del

caso, haciendo posible la disminución de incidencia de muertes maternas generada por las complicaciones hemorrágicas en el tiempo de gravidez (DPP).⁽³⁾

En Taiwán en el año 2019 se encontró existentes algunos factores que mantienen relación con el desprendimiento de placenta prematuro incluyen principalmente preeclampsia (39%) y ruptura precoz de membranas (10%). El dolor abdominal (68%) y el sangrado (35%) comprenden los síntomas clásicos del desprendimiento de placenta, pero el cuadro clínico varía desde asintomático, en el que el juicio médico se realiza luego de la inspección de la placenta en el momento del parto, hasta desprendimiento masivo que conduce al fallecimiento del feto y enfermedad de la madre.⁽⁴⁾

Por otro lado, en México año 2017 se estudió que el índice de desprendimiento prematuro de placenta alcanzó el 20% observándose mayor aumento en la predisposición en aquellas que tenían más de tres embarazos; 80% de ellas no cuentan con ningún grado de escolaridad, tampoco existió una relación directa entre el desprendimiento con las infecciones.⁽⁵⁾

En Ecuador el año 2019 se hizo un análisis de variantes sociodemográficas, precedentes, variantes relacionados y agravamientos como resultado se encontró que las madres entre 33 a 40 años (43%), la multiparidad (50%), siendo las más destacadas causales de desprendimiento prematuro.⁽⁶⁾

Tratando de Guatemala en el año 2014 se halló a algunos factores que establecen una relación con el DPP entre ellos la edad entre 16-25 años (51.72%), el tiempo de gestación entre las 28 y 40 semanas, es decir el tercer trimestre con una frecuencia de 96.5%. En cuanto a la paridad, las primigestas son el 39.65% y 22.43% mujeres en

su tercera gestación. El 55.17% de pacientes si se realizó el control prenatal y la patología materna asociada fue la hipertensión con un 3,44%.⁽⁷⁾

Aquellas pacientes embarazadas adictas a los cigarrillos suelen presentar placentas con aumento de dimensiones a diferencia de las no fumadoras. La ausencia o poca cantidad de oxígeno transportado al feto causado por el consumo de tabaco descontrolado intenta ser compensada aumentando el tamaño de la placenta. Los problemas placentarios que se presentan principalmente son el DPP y placenta previa.⁽⁸⁾

A nivel nacional la morbimortalidad perinatal relacionada al desprendimiento muestra índices alarmantes en 20% a 40%, siendo de este porcentaje el 15% del total de fallecimientos perinatales. En la capital Lima, en nuestro país en el 2019, el Hospital Daniel Alcides Carrión, dio como respuesta a un estudio edades promedio de 20 y 35 años (53.08%), quienes evidenciaron DPP en un promedio de féminas mayores a 35 años (228.40%), el 18.52% jóvenes menos de 20 años; tuvieron su primer parto el 12.35%, las multíparas 80.25% y gran multíparas el 7.4%. Las causantes de riesgo fueron los episodios de hipertensión gestacional 39.51%, continuado por la ruptura precoz de membranas 22.22%.⁽⁹⁾

Mientras tanto el Hospital Santa Rosa el 2019 determinó que las embarazadas con desprendimiento precoz de placenta sin problema de inserción acontecieron como factores de riesgo a las solteras (43%) y convivientes (38,3%). El grado de instrucción secundario en los casos es del 61,1% en comparación de los controles que es 72,8%. Se comprobó conexión estadísticamente significativa entre Cuadros Hipertensivos del Embarazo y DPPNI.⁽¹⁰⁾

En el año 2019 dentro del Hospital Víctor Ramos Guardia acontecieron 92 casos de desunión de placenta prematura, el 80% del total mostró un promedio de entre 18 – 30 años, el 90% del total no culminó la secundaria y el 60% eran primíparas, además durante el internado pude observar que se presentaron muchos casos de DPP, siendo en muchos casos prevenibles, si se realizara una atención adecuada enfocada en la parte preventiva promocional, identificando las causas de peligro y guiando a la madre adecuadamente respondiendo todas sus inquietudes del embarazo, basado en lo mencionado se originó la razón de realizar el presente estudio. ⁽¹¹⁾

Debido a todo esto, inició el planteamiento de la problemática de investigación: ¿Cuáles son los factores relacionados al desprendimiento prematuro de placenta, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019? El objetivo general fue determinar los factores relacionados al desprendimiento prematuro de placenta, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019. Dentro de los objetivos específicos se planteó identificar los factores sociodemográficos, analizar factores biológicos e identificar factores obstétricos relacionados al DPP.

El desprendimiento de placenta prematura no abordado oportunamente conlleva al peligro del dúo madre e hijo. La investigación tiene como meta reconocer los causales de riesgo que establezcan relación con el problema mencionado para elaborar planes de ejecución conjunto a todo el personal multidisciplinario y se pueda diagnosticar, brindar un tratamiento oportuno a las usuarias. La relevancia social del estudio se basa en la mayor frecuencia de casos y complicaciones del DPP no abordados oportunamente. El especialista en obstetricia es aquel que debe encargarse de ofrecer una atención integral a las gestantes durante el control prenatal

para evitar agravamientos como el DPP. La utilidad metodológica será en base al tipo, diseño e instrumento de estudio facilitando el desarrollo de futuras investigaciones. Los datos obtenidos serán dispuestos al directorio del hospital siendo de conocimiento y conjuntamente los profesionales de salud establezcan intervenciones mejoradas, siendo la beneficiaria la gestante que acude para su atención.

2. HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo: (Hi)

Los factores sociodemográficos, biológicos y obstétricos están relacionados significativamente con el desprendimiento prematuro de placenta, Hospital Víctor Ramos Guardia, 2019.

Hipótesis nula: (Ho)

Los factores sociodemográficos, biológicos y obstétricos no están relacionados significativamente con el desprendimiento prematuro de placenta, Hospital Víctor Ramos Guardia, 2019.

2.1. Variables

Variable independiente

- Factores relacionados.

Variable dependiente

- Desprendimiento prematuro de placenta.

2.2. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable independiente: Factores relacionados	Definida como una manifestación o cualidad de un sujeto que conlleva al aumento de su posibilidad de padecer una enfermedad o daño.	Son aquellos factores sociodemográficos, biológicos y obstétricos de la madre involucrados en la etiología del desprendimiento prematuro de placenta.	Factores sociodemográficos	Edad	15 – 19 años 20 – 24 años 25 - 29 años 30 – 34 años ≥ 35 años	Razón
				Procedencia	Urbana Rural	Nominal
				Grado de instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Nominal
			Factores biológicos	Hábitos nocivos	Sí No	Nominal
				Índice de masa corporal	Normal Bajo peso Sobrepeso	Ordinal
				Antecedente de hipertensión arterial en el embarazo	Sí No	Nominal

				Estrés	Sí No	Nominal
			Factores obstétricos	Paridad	Nulípara Multípara	Ordinal
				Antecedente de DPP	Sí No	Nominal
				Miomas uterinos	Sí No	Nominal
				Traumatismos	Sí No	Nominal
				Hipertensión arterial durante el embarazo	Sí No	Nominal

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable dependiente: Desprendimiento prematuro de placenta	Se refiere al desprendimiento de placenta parcial o completa antes del nacimiento del feto.	Se expresará en grados I, II, III y IV, de acuerdo a los indicadores de la OMS. Para su medición se utilizará la ficha de recolección de datos.	Clasificación del desprendimiento prematuro de placenta	Grado I Grado II Grado III Grado IV	Sí No	Nominal

3. BASES TEÓRICAS

3.1. Antecedentes de la investigación

ANDERSON, Emma (2020) **Causales de peligro cambiantes para el DPP: un estudio cruzado de casos que utiliza datos recopilados de forma rutinaria en Finlandia, Malta y Aberdeen.** Finlandia. Este artículo se enfocó específicamente en valorar la consecuencia de modificaciones en causales de peligro entre los dos primeros embarazos sobre la repetición de DPP en la misma mujer. Elaborado en determinado tiempo de casos y controles, el proceso estadístico fue regresión logística condicional. La muestra consta de 2.991 mujeres. Empleando la ficha de recojo de datos, resultó: el 1.506 (50,4%) tuvo en su primer embarazo desprendimiento de placenta y en un embarazo segundo 1.485 (49,6%). Embarazos con complicación debido a preeclampsia {194 (6,5%) vs 115 (3,8%) ORa 1,69; (IC 95%: 1,23-2,33)}, sangrado previo al parto sin origen conocido {556 (18,6%) versus 69 (2,3%) ORa 27.05 – IC.95% 16.61-44.03} e inserción baja {80(2.7%) versus 21(0.7%) (ajuste 3.05 – IC.95% 1.74-5.36)} se vincularon con el desprendimiento de placenta. Una comparativa de 20 - 25 años, las mujeres de 35 - 39 años {365(12.2%) versus 323(10.8%) (ORa 1.32 – IC.95% 1.01-1.73) y estado civil soltero (ORa 1.36 - IC.95% 1.04-1.76) han establecido asociación con la AP. Conclusión: La edad materna avanzada, los embarazos complicados con sangrado inexplicable en la gravidez, la placenta previa y la preeclampsia establecen un vínculo independiente al desprendimiento de placenta. ⁽¹²⁾

EUBANKS Allison (2019) **Causales de peligro maternos en el desprendimiento de placenta entre pacientes con igual acceso a la atención médica.** Estados Unidos de América. Publicación de investigación. Examinar los causales de riesgo y sucesos en embarazos complicados por desprendimiento. Casos y controles en determinado tiempo pasado. La población se integró de 52 pacientes. Se hizo uso del fichero de colección de datos. Fue necesario el uso de la estadística inferencial. Resultados: El 1,2% del total abordado que acontecieron desprendimiento prematuro de placenta consumían tabaco. Hubo una asociación con el tabaquismo ($p < .05$; OR 4.25) y la raza afroamericana ($p = .005$). Conclusiones: Los resultados demuestran una asociación entre el tabaquismo y la raza afroamericana con desprendimiento de placenta. ⁽¹³⁾

KAWANISHI, Yasuyuki (2019) **La relación entre el estrés psicológico prenatal y el desprendimiento de placenta.** Japón. Artículo de Investigación. aclarar los efectos de la angustia psicológica durante el embarazo y la exhibición a episodios estresantes cotidianos en el año anterior o durante el embarazo sobre la aparición de DPP en mujeres japonesas. Investigación cuantitativa, prospectivo. el grupo de evaluación fue de 80.799 féminas. Se usó el fichero de recojo de datos, utilizando la regresión logística. Resultados: se dio como diagnóstico DPP a 335 (0,4%) mujeres. No se evidenció grandes diferencias en la puntuación de Kessler 6 mientras duró el proceso de gestación de mujeres con DPP y sin DPP. La exposición a la muerte de un niño en el año anterior o en el proceso de embarazo mantuvo asociación significativa con DPP en mujeres con varios hijos ([ORa] 3,57; [IC] del 95%: 1,50-8,34). La pérdida de empleo de un cónyuge se vinculó significativamente con el AP en las mujeres con hijos (ORa

3,25; IC del 95%: 1,40-7,56). Conclusiones: Este estudio identificó los posibles efectos de la exposición a la muerte de un niño sobre la ocurrencia de AP en presencia de confusiones. ⁽¹⁴⁾

GUO, GL (2018) Cualidades poblacionales médicas y causales de riesgo vinculados con la desunión precoz de placenta en la provincia de Hebei. China. Artículo de investigación. Evaluar los causales de riesgo y las cualidades epidemiológicas del AP. Estudio cuantitativo, transversal. El grupo de evaluación estuvo compuesta por 218 880 mujeres grávidas que fueron hospitalizadas en 22 hospitales que estaban bajo un programa de monitoreo. Se usó la ficha para recolectar datos, contando con la regresión lineal. Resultados: las siguientes causales estaban independientemente en riesgo de desprendimiento de placenta: gravidez con hipertensión adicional (ORa = 1,65 – IC.95% 1,09-2,50), preeclampsia inicial (ORa = 3.65 – IC.95% 2.40-5.56) preeclampsia agravada (ORa = 4.72 – IC.95% 3.86-5.76) y anémicas (ORa = 2.41 – IC.95% 2.05-2.83) con un aumento en las féminas grávidas con AP a comparativa con las gestantes sin AP. Se concluye entonces que el desprendimiento de placenta parecía tener vínculo con un aumento moderado del riesgo de edad, y se observó más alto en la población que sobrepasa los 35 años o no llega a 20 años. ⁽¹⁵⁾

SHOBEIRI Fatemeh (2017). La asociación entre el tabaquismo materno y el desprendimiento de placenta: un metaanálisis. Tabloide de investigación. Estados Unidos de América. Establecer relación entre el tabaquismo y el desprendimiento de placenta. Estudio retrospectivo, descriptivo. Se revisaron.

1167 publicaciones. El análisis se basó en la OR teniendo en consideración del IC en 95% a través de modelos de respuestas aleatorias. La resultante es que hubo un vínculo significativo entre el tabaquismo y el desprendimiento de placenta (ORa: 1,80; IC 95%: 1,75 - 1,85). Según los datos obtenidos al finalizar, el tabaquismo y el desprendimiento de placenta tuvieron una asociación significativa (ORa 1,65; IC 95%: 1,51 - 1,80). Conclusiones: Con base en informes de estudios epidemiológicos, demostramos que la dependencia al tabaco es una causante de riesgo para el AP. ⁽¹⁶⁾

MACHEKU, Godwin. (2015). **Incidencia, causales de peligro y consecuencias feto-maternos del desprendimiento de placenta en el norte de Tanzania: un estudio de cohorte pasado en base a un listado.** Tanzania. Tabloide de investigación. Objetivo: determinar la constancia, los causantes de riesgo que producen DPP y las secuelas posteriores feto-maternos en féminas con AP. Evaluación en pasado de casos y controles. El grupo se integró de 112 mujeres. Se empleó el fichero de recolección de datos. Se emplearon diversas variedades logísticas para cuantificar el OR y los IC. Resultados: Aquellos causantes de riesgo de desprendimiento de placenta fueron Tensión arterial elevada crónica (ORa 4.1 – IC.95% 1.3-12.8), preeclampsia / eclampsia (ORa 2.1 – IC.95% 1.1-4.1), episodio de cesárea anterior (ORa 1.3 – IC.95% 1.2-4.2), historia de DPP anterior (ORa 2.3 – IC.95% 1.8-3.4), reducción de prestaciones prenatales (ORa 1.3 – IC.95% 1.1-2.4) y excesiva paridad (ORa 1.4 – IC.95% 1.2-8.6). Conclusión: Cuadro crónico de hipertensión, la preeclampsia, cesárea anterior, disminución de prestaciones prenatales, DPP anterior y el aumento de partos se

vincularon de forma independiente con el DPP. Dicha complicación puede presentar múltiples daños maternos y fetales. ⁽¹⁷⁾

MONCADA, Willy (2020) **Disyunción precoz de placenta en féminas con cesárea en un Nosocomio Estatal del Callao**. Lima. Trabajo de pregrado. El objetivo era establecer las cualidades de la desunión precoz de placenta en pacientes cesareadas. Estudio descriptivo, observativo, y corte transversal con manejo de 80 HC de grávidas cesareadas con veredicto médico de DPP. Los datos se coleccionaron mediante la ficha y se analizó bajo la estadística descriptiva y para cuantificar la proporción de expansión de variables y evidenciar la posibilidad de suscitarse lo antes mencionado, se hizo un aproximado del porcentaje de desviación estándar. Resultados: Edades promedio recurrentes fueron 52.5% de 20 a 35 años, 28.75% las que sobrepasaron los 35 años, menores de 20 años 18.75%; pacientes primíparas un 12.5%, multíparas 80% y gran multíparas el 7.5%. Ocurrieron cuadros de hipertensión en el embarazo en un 40% siendo el mayor factor de riesgo y rotura precoz de membranas 22.5%. Conclusiones: La incidencia de DPP en mujeres con cesárea es de 1.19%, presencia de episodios hipertensivos a causa de preeclampsia, siendo en la investigación como el factor de riesgo más frecuente ⁽¹⁸⁾

CHAHAL, Harpreet (2019) **Relación de arrebatos de ira y riesgo agudo de desprendimiento de placenta: mediante casos cruzados**. Lima. Publicación de investigación. Como objetivo tuvo examinar el porcentaje de desprendimiento dentro de dos horas automáticamente seguidas a los descontrolados de enojo. Estudio múltiples fines cruzados, se entrevistó 663 féminas con diagnóstico de

DPP. Se uso la encuesta como instrumento, se necesitó el análisis estadístico multivariado. Resultados: El índice de desprendimiento indicó 2,83 veces ([IC]95%: 1,85; 4,33) mayor alza dentro de 2 horas siguientes a cualquier arrebato de enojo a diferencia de otras ocasiones. La razón de tasas (RR) de menor concurrencia en mujeres finalizado la universidad o centro técnico (RR 1.8; IC 95%: 0.52; 3.69) a comparativa con mujeres con estudios secundarios o menor (RR 3.73; IC 95%: 2.32; 5.99; P- igualdad = 0,07). No se halló evidencia de una relación entre los acontecimientos de enojo y DPP con mención a los acontecimientos hipertensivos en gravidez o los síntomas de enfermedades depresivas antes del parto. Conclusión: Hubo un aumento en el índice de DPP en las consiguientes 2 horas a los descontroles de ira en diferenciación a otras ocasiones, de este modo se brinda indicios considerables a razón de los procesos que buscan el origen del DPP de aparición aguda. ⁽¹⁹⁾

PUMA, Mischell (2019) **Causales de riesgo vinculados a la Desunión Precoz de Placenta en Grávidas del Hospital Manuel Núñez Butrón**. Puno. Trabajo de pregrado. Se tiene de objetivo detallar los causantes de riesgo vinculados al DPP. La investigación describe en determinado lapso del tiempo pasado. Se hizo empleo del fichero documental, se representó la muestra por aquellas gestantes que incurrieron en DPP. Resultados: De la totalidad del grupo evaluado confirmado se determinó que a los casos de DPPNI grado II corresponden 76%, al grado I un 19.7% y al grado III un 4.2%. Causales biológicas: 4.2% la herencia, rango de 25 a 35 años el 36.6% y 40.8% sobrepeso, todos estos tienen relación con los grados de DPP. Entre causales obstétricos: 46.5% Hipertensión en gestación, 73,2% historia de desprendimiento anterior, 50.7% multiparidad,

73,2 cesareada anterior y el 9.8% ruptura prematura de placenta tienen relación con los diferentes grados de DPP. Los factores sociales: el 76,4% lesiones externas como caídas y 1.4% consumo de coca durante todo el día. Para concluir se determinó presencia de diversos causales de riesgo: edad, paridad y cuadros de tensión arterial alta en el embarazo vinculados al DPP. ⁽²⁰⁾

ROBLES, Jaime (2018) Anemia e Tensión arterial elevada como causales de peligro para la desunión precoz de placenta en el Hospital Belén. Trujillo. Trabajo de pregrado. El objetivo es probar a la anemia y la tensión arterial elevada como causales de peligro que desarrollan desunión precoz de placenta. Estudio de observación en tiempo pasado, de caso y control. El equipo de investigación fue compuesto de 156 grávidas del hospital Belén en Trujillo-Perú; por ende, se optó por reorganizarlas en bandos: con DPP (X=52) o sin DPP (X=104); se estimó el OR y la prueba chi cuadrado, adicional a ello se usó evaluación logística con variaciones. Resultados: La concurrencia de anemia fue de 34 % en el grupo de pacientes con desprendimiento, a diferencia del 14 % en pacientes sin desprendimiento fue ($p=0.04$). Adicional a ello, se percató que el 21% del grupo de grávidas con desprendimiento concurren en episodios hipertensivos mientras que en el grupo contrario sin desprendimiento la frecuencia de tensión arterial elevada fue de 6% ($p=0.02$). En la evaluación multivariada considerando a la anemia (W de 5.3) ORa 2.6 (IC 95 % [1,5; 3,1]), hipertensión arterial (W de 5.9) ORa 3.2 (IC 95% [1,9-4,7]) siendo tomados en consideración como causales de riesgo para DPP, caso contrario la multiparidad no es tomada en cuenta como tal por (W de 3.4) ORa 1.84 (IC 95 % [0.86 –

3.24]). Se concluye, los causales de riesgo asociados al DPP son anemia e hipertensión arterial. ⁽²¹⁾

INFANTE, Astrid. (2017) **El corto tiempo intergenésico como causal de peligro asociado a la desunión precoz de placenta.** Trujillo. Tesis de pregrado. El objetivo fue: Demostrar que es causal de peligro para DPP el período intergenésico corto. Se desarrollo un trabajo observativo de caso y control en tiempo pasado. El grupo poblacional estuvo compuesto de 120 embarazadas con periodo de gestación pasado las 20 semanas organizadas en dos categorías: con y sin DPP. Resultados: En otros grupos de estudio niega evidencia de diferencias significativas con respecto al tiempo gestacional, edad materna, y procedencia. En constancia del 30% presentaba DPP sumado al periodo intergenésico corto y de manera inversa suscitado en quienes no presentaban DPP con 14% proporciona un Odds ratio de 2.7. Concluyendo así que el periodo intergenésico corto causal de peligro vinculado al DPP. ⁽²²⁾

3.2. Marco teórico

A. FACTORES RELACIONADOS

Es definida como una manifestación o cualidad de un sujeto que conlleva al aumento de su posibilidad de padecer una enfermedad o daño. Entre los más primordiales para poder adquirir una enfermedad tenemos: los estilos de vida, la higiene, los antecedentes patológicos tanto personales como familiares ⁽²³⁾

a. Factores Sociodemográficos.

Los factores sociodemográficos hacen mención a las cualidades propias de la persona o comunidad que se van a relacionar directamente al bienestar de la persona. ⁽²⁴⁾

a.1. Edad

Definida como el transcurso de tiempo que se suscita desde el nacimiento hasta el momento de referencia. ⁽²⁵⁾

En un estudio realizado por Anderson en Finlandia en el año 2020 indico que tener la edad entre 35 y 39 años revela una causal de peligro para el desarrollo de DPP. ⁽¹²⁾

El paso de los años tiene un efecto en el resultado, ya que la magnitud de la asociación con el DPP tiene aumento en cuanto se da aumento al rango de edad. Con más probabilidad se asume que esto se deba a la disminución del flujo sanguíneo uterino, la hipoperfusión uteroplacentaria y los infartos placentarios importantes, que provocan trastornos hemorrágicos en mujeres mayores. ⁽²⁶⁾

a.2. Procedencia

Es el origen o principio de donde nace o se origina algo. ⁽²⁷⁾

Urbana: Conjunto poblacional que sobrepasan 1.500 habitantes, se ofrecen mejoras en los servicios con ciertas características urbanísticas como servicio de luz, agua, desagüe, colegios, entre otras.

Rural: Aquella población perteneciente a localidades o áreas que no gozan de beneficios urbanos. ⁽²⁸⁾

En una investigación desarrollada por Infante en la ciudad de Trujillo el año 2017 pudo hallar que dentro de los más resaltantes causales de peligro para el desarrollo del DPP era la procedencia. ⁽²¹⁾ El distanciamiento social debido a la procedencia impediría a las gestantes mujeres presentarse al control prenatal oportunamente y tener un positivo cuidado prenatal. ⁽²⁹⁾

a.3. Grado de instrucción

Es el más alto nivel de estudios alcanzados, son considerados también si se encuentran en provisional, incompletos o fueron concluidos en su totalidad.

Analfabeta: Personas que poseen conocimientos de escritura ni lectura.

Primaria: Es la educación elemental, dado que es la primera y consta de seis años establecidos y estructurados.

Secundaria: Es la segunda parte de la educación básica, es gratuitas y obligatoria en entidades estatales. ⁽³⁰⁾

Superior: Estudios realizados en universidades de grado, licenciatura, técnico superior y similares, así como postgrados, máster, doctorado y especialización.

El grado de instrucción está relacionado con las complicaciones maternas, debido a que la falta de educación, la madre no comprenderá adecuadamente las sesiones impartidas en los controles prenatales, por tanto, este será un importante riesgo para el desarrollo de inconvenientes posteriores como el desprendimiento precoz de placenta, placenta previa, preeclampsia entre otros. ⁽²⁹⁾

Por lo acontecido Llerena en el año 2017 en Lima encontró que haber cursado estudios hasta el nivel secundario constituía un causal de riesgo para que se suscite el DPP. ⁽⁵²⁾

b. Factores Biológicos

Existen muchos factores biológicos y la importancia de estos varía de acuerdo a los casos, en el caso de las gestantes por ejemplo existen varios factores que influyen como el índice de masa corporal y hábitos nocivos, lo que hacen estos es elevar las tasas de morbilidad materna y fetal. Generalmente el riesgo es un suceso cambiante, debido a que se puede exacerbar, dispersar o continuar sin alteraciones, a partir de aquí empieza la exigencia de evaluar continuamente a todas las gestantes. ⁽³¹⁾

b.1. Hábitos nocivos

Es todo aquel que representa un daño evidenciable ya sea a corto o largo plazo, o de alguna manera nos conlleva a una situación de riesgo para contraer alguna enfermedad grave. ⁽³²⁾

Varios estudios han demostrado que el peligro relativo de DPP asociado con el tabaquismo materno durante el embarazo varía de 1,5 a 2,5. La dependencia de la medida ha sido fuerte en la mayoría de los estudios, pero no en todos. También parece haber un efecto de umbral en aproximadamente 10 cigarrillos por día, después del cual el riesgo permanece relativamente constante. Entre las mujeres con desprendimiento previo, el riesgo de desprendimiento repetido aumenta independientemente de los hábitos de fumar. Negarse a fumar previo al

embarazo o cuando recién comienza parece reducir el peligro de desprendimiento al nivel de los no fumadores. ⁽³³⁾ Además Llerena en el año 2017 en Lima reporto que los hábitos dañinos constituían un causal de riesgo importante en el desarrollo del DPP. ⁽⁵²⁾

b.2. Índice de masa corporal

El porcentaje de composición corporal (IMC) es una cifra obtenida basada en el peso y la estatura del individuo. En utilidad mayoritaria de la población, el IMC es un indicador seguro de la contextura utilizado de alguna manera para organizar el peso y de acuerdo a lo obtenido asociarlo a la presencia de problemas de salud.

Normal: 18.5 – 24.9 Kg/m²

Bajo peso: < 18.5 Kg/m²

Sobrepeso: 25 – 29.9Kg/m²⁽³⁴⁾

Se ha determinado que si excedemos de peso en la gestación pasa a ser una causal de riesgo de desprendimiento de placenta. Sin embargo, la literatura sobre cómo la subida de peso en la gravidez afecta el DPP es mínima. Los pocos estudios que han examinado esta asociación han arrojado consistentemente resultados que indican que suma excesiva de peso durante la gravidez puede tener un efecto significativo sobre la incidencia de desprendimiento. ⁽³⁵⁾ Por otro lado Llerena en el año 2017 en Lima halló que el sobrepeso era un ligante de riesgo para que se produzca el DPP. ⁽⁵²⁾

b.3. Antecedente de hipertensión arterial en el embarazo

Se toma en cuenta como el alza de la presión arterial que suele producirse durante el embarazo. Tiene un inicio pasadas las 20 semanas de embarazo y no suele estar acompañada por alguna otra sintomatología. ⁽³⁶⁾

Aunque la preeclampsia grave es un causal de peligro importante de DPP, la hipertensión transitoria durante el embarazo y la preeclampsia leve también se han relacionado con el desprendimiento de placenta en algunos, pero no en todos los estudios. El riesgo de desprendimiento aumenta aún más entre las mujeres con trastorno hipertensivo que fuman. ⁽³³⁾ Según Guo en el año 2018 en China evidencio que presentar hipertensión condicionaba a presentar desprendimiento prematuro de placenta. ⁽¹⁵⁾

b.4. Estrés

Es la reacción normal del cuerpo a la presencia de una controversia o demanda. Si se presentan pequeños capítulos el estrés podría ser considerado fortuito, como cuando nos incentiva a evadir el peligro o cumplir responsabilidades con tiempo. Caso contrario si sucede que el estrés tiene una duración prolongada, causa daños en la salud. ⁽³⁷⁾

El estrés del trabajo doméstico constituiría un factor estresor severo al desprendimiento prematuro de placenta. El estrés prenatal actúa estimulando un alza de cantidad de la hormona corticotropina placentaria (CRH) y ésta tiene efecto dirigido a la glándula adrenal produciendo así excesivo cortisol en la madre. ⁽²⁹⁾ En un estudio

desarrollado en Japón por Kawanishi durante el año 2019 encontró que presentar estrés durante el embarazo implicaba desarrollar DPP. ⁽¹⁴⁾

c. Factores Obstétricos.

Las investigaciones de las pacientes gestantes de mayor riesgo obstétrico han sido la propuesta de diversos autores, donde ellos coinciden en una lista de condiciones conocidas y se encuentran asociadas a resultados perinatales desfavorables. Estos estudios se basan en los causales de peligro que conllevan situaciones de salud que indisponen a la madre, o algún precedente de un precedente obstétrico mal realizada. ⁽³⁸⁾

c.1. Paridad

Es el número obtenido de la suma de partos que ha tenido una mujer, después de las 20 semanas de gestación.

Nulípara: Fémica que nunca ha tenido parto.

Primípara: Fémica que ha tenido un solo parto.

Múltipara: Fémica que ha tenido más de 2 partos. ⁽³⁹⁾

La carga del desprendimiento de placenta es igual en nulíparas y múltiparas, pero los factores de riesgo varían sustancialmente. La disparidad social solo afecta la incidencia del DPP entre las mujeres múltiparas, lo que indica que los causales relacionados con la manera de vida y el comportamiento de salud tienen efectos diferentes en los grupos de paridad. ⁽⁴⁰⁾ Diversos estudios confirman que la paridad está relacionada con el desprendimiento de placenta es por ello Macheke en Tanzania el año 2015 observó que la alta paridad constituía un causal de peligro para el desarrollo del DPP. ⁽¹⁷⁾

c.2. Antecedente de desprendimiento prematuro de membranas

la disyunción precoz de la placenta acontece cuando se suscita la desunión placentaria de su punto de inserción en el útero, anticipado al parto. ⁽⁴¹⁾

Sucede solo si hay un antecedente de compromiso de las formaciones vasculares que sostienen la placenta. Se interrumpe la red vascular cuando sucede que las estructuras vasculares están comprometidas sobrellevadas por la hipertensión, por el uso de fármacos o alguna condición que causan el alargamiento del útero. El útero es una composición muscular lisa flexible, a diferencia de la placenta tiene menor elasticidad que el útero. Es por ello que, al producirse el estiramiento repentino del tejido uterino, la placenta no muestra cambio y la formación vascular que se encuentra conectada a la pared uterina junto a la placenta se descuartiza. ⁽⁴²⁾ Para Robles en Trujillo el año 2018 señala que el historial de DPP es una causal de peligro importante que posibilita el volver a desarrollar DPP. ⁽²⁰⁾

c.3. Miomas uterinos

Son amalgamas adicionales de musculatura lisa que se encuentran rodeando del útero y muy pocas ocasiones en el cuello uterino. ⁽⁴³⁾

Los fibromas submucosos, los fibromas retroplacentario y los volúmenes de fibromas de 200 cm 3 son causales de riesgo independientes de DPP. Un posible mecanismo de desprendimiento de placenta suele ser la baja en la llegada de flujo sanguíneo al fibroma y los tejidos vecinos, lo que da lugar a isquemia parcial y necrosis

decidual en los tejidos placentarios que recubren el leiomioma. ⁽⁴⁴⁾ En un estudio realizado por Poma el año 2018 en Huancavelica concluyo que la presencia de miomas uterinos constituye un factor importante en el desarrollo de DPP. ⁽⁵³⁾

c.4. Traumatismos

Los traumatismos son tomados en cuenta como la mayor razón de morbilidad y mortalidad no obstétricas durante el embarazo. Luego de producirse hechos traumáticos (con mayor énfasis a los que parecen insignificantes), basado solo en la gravedad de las lesiones producidas en las embarazadas resulta una manera inadecuada de anticipación a complicaciones como sufrimiento fetal y parto prematuro. La presencia de traumatismos en gestantes aumenta la incidencia de peligro que el parto aparezca antes de tiempo, acontezca el desprendimiento prematuro de placenta, haya descompensación feto-materna y sea imposible salvar el producto de la concepción. ⁽⁴⁵⁾

Una vez formado el hematoma retroplacentario se empieza a producir la separación de la placenta, deteriorando de esta manera la interacción feto-materno generando la pérdida de la vitalidad fetal o incluso la muerte en casos donde el desprendimiento es más de 50%. El daño de los vasos placentarios incentiva la concentración de sustancias vasoactivas (PG y endotelina) estas ayudan a disminuir la interacción gaseosa y con ayuda de la expansión uterina desencadenada por el hematoma, generando la hipertonía uterina típica del DPP. ⁽⁴⁶⁾ Para Torres durante el año 2019 evidencio que los accidentes de tránsito

producían DPP debido a la separación de la placenta lo que impedía la llegada de nutrientes al feto. ⁽⁵⁴⁾

c.5. Hipertensión arterial durante el embarazo

Los pacientes con hipertensión quintuplican el riesgo desprendimiento agravado en comparativa con los pacientes normotensos. Según Machekeu en Tanzania en el año 2015 menciona que el desarrollo de preeclampsia/ eclampsia genera mayor riesgo de DPP. ⁽¹⁷⁾

La fusión de tabaquismo e hipertensión produce como consecuencia el énfasis sobre el peligro. La terapia antihipertensiva en pacientes con dicho diagnóstico hace posible la reducción del potencial de desprendimiento, como posible resultante del actuar oportuno. ⁽⁵⁵⁾

B. DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

La disyunción precoz de placenta (DPP) hace referencia al desprendimiento de placenta de una parte o completa antes del parto del feto. El diagnóstico es exclusivo para embarazos llevados al sobrepaso del quinto mes de gestación. Los fundamentales indicios médicos son sangrados por la vagina y dolor en el abdomen, la mayoría de veces acompañados de taquisistolia uterina, dolor a la palpación uterina y una guía de frecuencia cardíaca fetal poco tranquilizador. El desprendimiento pasa a ser la razón con mayor apogeo de morbilidad materna como de morbimortalidad neonatal, en particular si este se produce antes de término.

Etiología

La etiología del sangrado en la decidua basal no es más que solo especulación en la mayor parte de los casos, pese a la extensa investigación clínica y epidemiológica. Casi todos los casos de desprendimiento parecen tener relación con un proceso de indisposición placentaria continua. Suceden de esta manera, las alteraciones en la formación prematura de las arterias espirales conllevan al necrosamiento de la decidua, inflamación de la placenta con mayor posibilidad de lesión y, en el peor de los casos, rotura vascular y hemorragia.

Una pequeña proporción de todos los desprendimientos está relacionada con eventos repentinos mecánicos (p. Ej., Traumatismo abdominal cerrado) o descompresión uterina rápida (p. Ej., Después del parto del primer gemelo). El movimiento repentino (estriación o contracción) de la pared uterina subyacente causada por estos eventos provoca el cizallamiento de la placenta inelástica. En los choques de fuerzas opuestas, un factor que se suma es el rápido aumento y disminución de fuerzas, que causa estiramiento solo en el útero y no en la placenta, lo que lleva a una separación entre la placenta y la pared uterina. El trauma materno severo se asocia con un aumento de seis veces en el desprendimiento, pero incluso un trauma menor puede resultar en desprendimiento.

Fisiopatología

La laceración de la red de circulación materna en la decidua basal son los causantes inmediatos de la desunión precoz de la placenta. En algunas ocasiones, el origen del sangrado es en los vasos feto-placentarios. El acumulo sanguíneo produce una división entre la decidua con su unión placentaria.

El vaso materno roto puede ser una arteria o una vena. Las separaciones placentarias completas o casi completas son causadas por hemorragia arterial, estas tienen mayor presión en la parte central de la placenta que diseca extensamente a través de la interfaz placentaria-decidual. Esto incentiva al desarrollo agilizado de presentaciones clínicas de desprendimiento potencialmente mortales (p. Ej., Hemorragia grave, CID, anomalías en la FCF). El sangrado de origen venoso tiene menor fuerza, generalmente en los alrededores de la placenta (desprendimiento marginal), suele ser de limitación propia y da como resultante un área pequeña de separación. Algunos indicios clínicos suceden posteriormente (p. Ej., Sangrado intermitente leve, oligohidramnios).

La trombina cumple un rol importante en las consecuencias clínicas del desprendimiento placentario del mismo modo que en su patogenia. Se forma únicamente de dos maneras: en la primera, el sangrado decidual conlleva a la expulsión de tromboplastina en la decidua y ésta generando trombina. En la segunda, el poco oxígeno en la decidua estimula la elaboración de factor de exacerbación endotelial vascular, inducen a la expresión aberrante del factor tisular tras la acción directa de las células endoteliales, generando posteriormente trombina. Es posible que la segregación de trombina de lugar a las siguientes consecuencias en la salud:

- La trombina al ser un agente uterotónico directo potente actúa produciendo hipertensión y contracciones uterinas.
- La conducción a necrosamiento tisular y degeneración de la matriz extracelular debido al aumento de metaloproteinasas del útero, regulación positiva de genes intervinientes en la destrucción celular y la inducción de

citocinas inflamatorias (predominantemente interleucina-8). El círculo vicioso que se produce, da como resultado una mayor alteración vascular y, a menudo, conduce al principio de labor de parto y a la laceración de membranas.

- En mujeres con diagnóstico de rotura precoz de membranas, aumenta la probabilidad de DPP mientras aumente el periodo latencia, la inflamación derivada por la rotura de membranas puede inducir a múltiples acontecimientos que conllevan a la división de la placenta.
- Activación de la coagulación. Al liberarse una gran cantidad de tromboplastina, se produce un porcentaje excesivo de trombina que ingresa a la circulación materna en un corto tiempo. Se alteran los mecanismos de control del factor de coagulación, y no dejan el tiempo necesario para la regeneración de los procesos compensadores. Como consecuencia clínica conocida tenemos la diátesis hemorrágica de sistema profundo, esto se debe al almacenamiento de fibrina dentro de los vasos generalizado, lesión del tejido isquémico y CID.
- Existe una reducción de receptores de progesterona en células deciduales, que iniciando o contribuyendo a la contractilidad uterina, esto debido a la abstinencia de progesterona funcional. ⁽³⁷⁾

Clasificación

a) Debido al sangrado:

El desprendimiento placentario tiene un principio hemorrágico en la decidua basal (sangrado de vasos maternos) que, estos son clasificados de acuerdo a su ubicación, dando así dos tipos de desprendimiento:

DPP con hemorragia oculta (20%): el daño causado por el desprendimiento solo es al centro placentario; el sangrado se almacena en medio del tejido uterino y la placenta, es así como se forma un hematoma retroplacentario (HRP) que diseca la decidua, actúa ejerciendo presión sobre la placenta provocando su infarto y necrosis.

DPP con hemorragia externa (80%): el comienzo del desprendimiento es en los bordes placentarios, o cuando el HRP logró disecar la decidua alcanzando bordear de la placenta.

b) Debido a la gravedad:

El grado de desprendimiento se encuentra en proporción directa al sangrado y con estas a los daños materno-fetales que provoca. En base a esto, podemos clasificar al DPP en cuatro grados:

Grado 1: no presenta indicios clínicos, generalmente el diagnóstico es luego de haberse producido el alumbramiento y el DPP está por debajo a 1/6.

Grado 2: se hace evidente un sangrado externo y una leve hipertensión. El daño en la superficie de la placenta tiene un rango de 1/3 y 1/6, en algunos casos se puede asociar a sufrimiento fetal agudo.

Grado 3: se percibe sangrado externo y/o interno. La superficie de la placenta desprendida es superior a 1/3 se acompaña de hipertensión severa y sufrimiento fetal agudo o muerte fetal.

Grado 4: existe separación total de la placenta que se acompaña de sangrado externo e interno, shock materno, muerte del feto y frecuente presencia de complicaciones en la coagulación.

Diagnóstico

- **Cuadro clínico:** Es en la gran mayoría de ocasiones que el DPP se evidencia a mediados del embarazo, no obstante, puede presentarse en el proceso de parto. Las manifestaciones que predominan son el sangrado por la vagina y el dolor, a este se suman la hipertensión uterina y alteración de las funciones vitales según la pérdida sanguínea.
- El **sangrado vaginal** se encuentra presente en la mayoría de situaciones, en un 80% de la totalidad. En la mayor parte es escaso, serohemático de color oscuro. Puede existir hemorragia oculta intrauterina, en estos casos no se evidencia sangrado externo, en frecuencia los casos que presentan este tipo de hemorragia la cantidad excede a la externa y al almacenarse provoca un agrandamiento en el tamaño del útero, produciéndose un cuadro de mayor gravedad. En algunos de los cuadros de mayor gravedad puede producirse una extravasación sanguínea que infiltra al miometrio, ésta provocando el cuadro de útero de couvelaire.
- El **dolor abdominal (65%)** es de inicio repentino y permanente, se presenta una respuesta en los músculos y aumento de la sensibilidad a la palpación del

útero. Dependiendo de la ubicación de la placenta el dolor se puede irradiar a la región dorso-lumbar. Si el dolor es demasiado fuerte puede deberse a consecuencia de la infiltración endometrial o de la presencia del aumento de la dinámica uterina.

- La **dinámica uterina** asciende a causa de la excesiva actividad de contracción: se produce un ascenso en la intensidad y frecuencia de estas y al elevarse el tono uterino se produce la hipertonía produciendo de esa manera que el útero no encuentre relajación, no deja de estar contraído y duro, aumenta su sensibilidad y es doloroso. La hipertonía uterina acompaña más del 50% de los casos.
- El **compromiso fetal** es continuamente variable, si es de mediana intensidad puede surgir complicaciones fetales agudas con descompensación y disminución de latidos, y en los casos más graves en que el desprendimiento fue mayor a la mitad es probable que los latidos cardiacos fetales no se encuentren (óbito fetal).
- Los **signos generales maternos** cambian basados en el grado del sangrado y las situaciones eventuales. Cuando es de mediana o mayor gravedad puede haber signos de shock, CID y preeclampsia. ⁽⁴⁸⁾
- Exámenes auxiliares
 1. Examen de sangre completo.
 2. Examen de orina completo.
 3. Perfil para sala de operaciones
 4. Pruebas serológicas RPR o VDRL.
 5. Prueba de Elisa VIH o prueba rápida.

6. Urea, creatinina.
7. Ecografía obstétrica. ⁽⁴⁹⁾

Diagnóstico diferencial

- Placenta previa.
- Rotura uterina
- Abdomen agudo.

Tratamiento

El tratamiento tiene como finalidad mejorar la condición materna que se encuentra en riesgo a causa del sangrado y las posibles complicaciones, prevenir el shock y diagnosticar y tratar oportunamente.

En las siguientes 6 horas se procurará finalizar con la gestación. La vía del parto se evalúa de acuerdo al daño materno, del feto y en caso existan enfermedades intercurrentes y posibles complicaciones.

- **Tratamiento conservador:** en casos de desprendimiento leve con feto antes de término, no haya daño en la madre y seguimiento fetal:
 1. Reposo absoluto.
 2. Control de signos vitales.
 3. Vía endovenosa de acceso.
 4. Dieta absoluta.
 5. Control de diuresis.
 6. Cardiotocograma continuo y si todo se encuentra bien proceder cada 8 – 12 horas.

7. Ecografía de control cada 12 – 24 horas.
 8. Madurar pulmones con corticoides.
- **Tratamiento activo:** es de primera elección llevar a su fin la gestación en caso éste sea a término, desprendimiento moderado o severo o si afecta al feto o la madre.
 1. Cesárea: es la opción frecuentemente usada, tomado en cuenta de manera independiente a la edad gestacional.
 2. Parto vaginal: es una opción cuando no hay afección de vida para la madre y el monitoreo cardiotocográfico tenga buen pronóstico. El trabajo de parto no se debe extenderse más de 5 horas, y se debe tener un control estricto del uso de oxitocina ya que aumenta la probabilidad del aumento en la intensidad y cantidad de contracciones uterinas. En el caso particular de muerte fetal la vía de parto es de carácter individual. En caso de compromiso uterino (útero de couvelaire): se debe proceder con la composición de fibrinógeno, laparotomía exploratoria y, dependiendo de lo encontrado, puntos de Lynch o retiro del útero. Finalizado el parto debe iniciar monitoreo puerperal estricto para evitar la mala contracción uterina. ⁽⁴⁸⁾

3.3. Definición de términos

- **Factores de riesgo**

Estos hacen mención a las características propias de la persona o comunidad que se van a relacionar con la posibilidad de incrementar el peligro en el estado de bienestar de la persona. ⁽²³⁾

- **Factores Sociodemográficos.**

Los factores sociodemográficos hacen mención al entorno social, la comunidad, el grupo familiar que se entrelazan de manera favorable o no en el ser humano y su formación. ⁽²⁴⁾

- **Factores Biológicos**

Los factores biológicos son diversos y varía su importancia de acuerdo a los factores que concurren en ella como por ejemplo el porcentaje de ganancia de masa y hábitos nocivos, que al presentarse elevan las tasas de morbimortalidad materna y fetal. ⁽³¹⁾

- **Factores Obstétricos.**

Cuando nos referimos a la mujer grávida con alto riesgo obstétrico derivamos en un grupo de sucesos, ya identificados y asociados con fines perinatales desfavorables. ⁽³⁸⁾

- **Desprendimiento prematuro de placenta**

El DPP hace mención al desprendimiento de placenta parcial o completa antes del parto del feto. Este diagnóstico es utilizado exclusivamente en embarazos que sobrepasan las 20 semanas de gestación. ⁽⁴⁰⁾

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Tipo de estudio

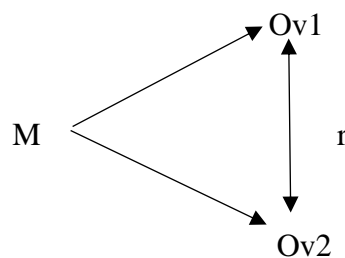
El estudio fue de enfoque cuantitativo, gracias al uso de herramientas de análisis numérico y estadístico a razón de describir de manera explícita en base a datos contables. Fue descriptiva; puesto que se analizó las características de las variables y población de estudio. También fue correlacional, ya que se buscó entablar la

relación de las variables; y retrospectiva, ya que la fuente de recopilación de datos fueron las historias clínicas del año 2019. ⁽⁵⁰⁾

4.2. Diseño de la investigación

El estudio fue no experimental, se evitó la trasgresión de las variables y población en investigación. La investigación fue de corte transversal, dado a que los datos se recopilaron en una única ocasión, esto implicó un solo corte del tiempo y correlacional estableciendo entablar una relación entre las variables trabajadas. ⁽⁵⁰⁾

El diseño utilizado fue el siguiente:



Dónde:

- M = muestra.
- Ov1 = observación de la variable 1: Factores de riesgo.
- Ov2 = observación de la variable 2: Desprendimiento prematuro de placenta.
- r = relación.

4.3. Población o universo

El estudio se realizó en el Hospital Víctor Ramos Guardia nivel II-2, ubicado en la Av. Mariscal Toribio Luzuriaga, N° 02001, Distrito de Huaraz, Provincia Huaraz, Departamento de Ancash. La población fue constituida por las 92 grávidas

atendidas con apreciación medica de DPP, durante el 2019, en consideración a los siguientes criterios:

a. Criterios de inclusión:

- Grávida con apreciación medica de DPP que registren todos sus datos en las HC.
- Grávida con apreciación medica de DPP con gestación única.
- Grávida cuya apreciación medica sea DPP sumado a precedentes de patologías (EHE).
- Grávida con apreciación medica de DPP con rango de edad de 15 – 40 años.
- Grávida con apreciación medica de DPP, sin complicaciones. (shock séptico, shock hipovolémico, preeclampsia, ITU).

b. Criterios de exclusión

- Grávida que no cumplió con los criterios de inclusión anteriormente descritos.

Unidad de análisis y muestra

4.3.1. Unidad de análisis

Compuesta por aquella paciente grávida con apreciación medica de desunión precoz de placenta que cumplieron con los criterios desarrollados con anterioridad.

4.3.2. Muestra

Se trabajó con toda la población, por tanto, fueron 92 gestantes con apreciación medica de desprendimiento prematuro de placenta.

4.4. Instrumento de recopilación de datos

Como técnica se empleó el análisis documental de la información y como instrumento se utilizó la ficha de recolección de datos (Anexo N.º 1):

I. PARTE: Factores de riesgo sociodemográficos, biológicos y obstétricos.

Factores Sociodemográficos. 03 ítems del 1 al 3 (edad, procedencia, grado de instrucción).

Factores Biológicos. 04 ítems del 4 al 7 (hábitos nocivos, porcentaje de composición corporal, antecedente de hipertensión arterial en el embarazo, estrés)

Factores Obstétricos. 05 ítems del 8 al 12 (paridad, antecedente de desprendimiento prematuro de membranas, miomas uterinos, traumatismos, hipertensión arterial).

II. PARTE: Desprendimiento prematuro de placenta: 1 ítem

Validación:

Fue necesario el criterio de expertos, quienes fueron integrados por 02 profesionales de Obstetricia y 02 médicos Gineco-obstetras; posterior a la obtención de información pasó a través del test de concordancia no paramétrica Tau – b de Kendall (Anexo N° 2)

4.5. Análisis estadístico e interpretación de la información

Posterior a la recopilación de la información se continuo con la elaboración de un soporte de datos utilizando, el software estadístico SPSS V. 26.00

a) Estadística descriptiva:

Los valores obtenidos de las variables fueron expresados en proporciones y porcentajes, en tablas de doble dimensión comparativas con dos entradas.

b) Estadística inferencial:

Se determinó la relación de las variables en base a la prueba estadística Chi cuadrado con un porcentaje de significancia de 5% ($p < 0.05$).

4.6. Ética de la investigación

En este trabajo se tuvo consideración a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM), ésta comprende los principios éticos de la investigación médica en nuestro medio, incluyendo el estudio del ser humano y sus datos encontrados.

Todo investigador debe tener como finalidad la promoción de la salud, bienestar y el respeto por los derechos del paciente, sumando a todos aquellos que forman parte de la investigación médica. Todo medico debe usar sus conocimientos y conciencia para cumplir lo encomendado. (Principio 4)

La ciencia médica está basada en las averiguaciones, pero es de última instancia la práctica en personas. (Principio 5)

Todo proceso de estudios médicos, debe contener los datos personales de uso privado y ser usados únicamente con alcances de investigación. (Principio 9)

No se aceptará como parte del estudio médico en humanos aquellas prácticas que no se encuentren aceptados con principios científicos. Toda investigación debe tener fuentes bibliográficas confiables. (Principio 21)

Durante la investigación médica se deberá mantener en resguardo la reserva y secreto de su información personal de esta manera minorizar las posibles consecuencias a nivel físico, mental y social. (Principio 24)

En toda investigación que contenga algún tipo de dato del paciente, como por ejemplo información de bancos biológicos o almacenes, el investigador tiene que solicitar un documento informado para la utilización de dichos datos. En caso de que no se pueda llenar un consentimiento informado se deberá someter a criterio de la junta en el organismo de ética. (Principio 32). ⁽⁵¹⁾

5. RESULTADOS

5.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS AL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA.

**Tabla 1. Edad relacionada al desprendimiento prematuro de placenta, Hospital
Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019**

EDAD	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA										
	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
15 – 19 años	17	18,5	10	10,9	2	2,2	0	0	29	31,5	
20 – 24 años	13	14,1	8	8,7	4	4,3	5	5,4	30	32,6	
25 – 29 años	6	6,5	9	9,8	2	2,2	5	5,4	22	23,9	
30 – 34 años	2	2,2	2	2,2	3	3,3	1	1,1	8	8,7	
≥ a 35 años	0	0	1	1,1	2	2,2	0	0	3	3,3	
TOTAL	38	41,3	30	32,6	13	14,1	11	12	92	100	
		$X^2 = 22,855$		g.l = 12		$p = 0,029$					

El 32,6% de las gestantes presentaron un promedio de 20 – 24 años, de las cuales el 14,1% padeció de DPP grado I; el 8,7% grado II; el 4,3% grado III y el 5,4% grado IV. Posterior a la prueba estadística chi cuadrado se observó que $p = 0,029$; de esta manera, existe relación entre la edad de 20-24 años y el desprendimiento prematuro de placenta.

**Tabla 2. Procedencia relacionada al desprendimiento prematuro de placenta,
Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019**

PROCEDENCIA	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA										
	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Urbana	27	29,3	8	8,7	4	4,3	3	3,3	42	45,7	
Rural	11	12	22	23,9	9	9,8	8	8,7	50	54,3	
TOTAL	38	41,3	30	32,6	13	14,1	11	12	92	100	
		$X^2 = 16,898$		g.l = 3		p = 0,001					

El 54,3% de las gestantes son de procedencia rural, de las cuales el 12% padeció de DPP grado I, el 23,9% grado II, el 9,8% grado III y el 8,7% grado IV. Con la prueba estadística chi cuadrado se demuestra que $p = 0,001$; dado a ello, existe relación entre la procedencia rural y el DPP.

Tabla 3. Grado de instrucción relacionada al desprendimiento prematuro de placenta, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019

GRADO DE INSTRUCCIÓN	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA										
	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Analfabeta	6	6,5	1	1,1	4	4,3	0	0	11	12	
Primaria	4	4,3	7	7,6	1	1,1	0	0	12	13	
Secundaria	26	28,3	20	21,7	5	5,4	7	7,6	58	63	
Superior	2	2,2	2	2,2	3	3,3	4	4,3	11	12	
TOTAL	38	41,3	30	32,6	13	14,1	11	12	92	100	
		$X^2 = 22,270$		g.l = 9		p = 0,00					

El 63% de las gestantes tienen el grado de instrucción secundaria, de las cuales el 28,3% padeció de DPP grado I, el 21,7% grado II, el 5,4% grado III y el 7,6% grado IV. Teniendo en cuenta la prueba estadística chi cuadrado mostró que $p = 0,00$; indicando que existe relación entre el grado de instrucción secundaria y el desprendimiento prematuro de placenta.

5.2. FACTORES BIOLÓGICOS RELACIONADOS AL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA.

Tabla 4. Hábitos nocivos relacionados al desprendimiento prematuro de placenta, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019

HÁBITOS NOCIVOS	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA									
	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	31	33,7	22	23,9	7	7,6	2	2,2	62	67,4
No	7	7,6	8	8,7	6	6,5	9	9,8	30	32,6
TOTAL	38	41,3	30	32,6	13	14,1	11	12	92	100
		$X^2 = 26,126$		g.l = 9		p = 0,002				

El 67,4% de las gestantes si tienen hábitos nocivos del total, el 33,7% presentó DPP grado I; el 23,9% el grado II; el 7,6% el grado III y el 2,2% el grado IV. El 32,6% no tuvo hábitos nocivos; y de estos el 41,3% padeció de DPP grado I, el 32,6% grado II, el 14,1% grado III y el 12% grado IV. Después de la prueba estadística chi cuadrado percibimos que $p = 0,002$; por ende, existe relación entre los hábitos nocivos y DPP.

Tabla 5. Índice de masa corporal relacionado al desprendimiento prematuro de placenta, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019

INDICE DE MASA CORPORAL	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA										
	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Bajo peso	26	28,3	9	9,6	5	5,4	7	7,6	47	51,1	
Normal	10	10,9	18	19,6	8	8,7	4	4,3	40	43,5	
Sobrepeso	2	2,2	3	3,3	0	0	0	0	5	5,4	
TOTAL	38	41,3	30	32,6	13	14,1	11	12	92	100	
		$X^2 = 13,609$		g.l = 6		p = 0,034					

El 51,1% de las gestantes tienen bajo peso, de las cuales el 28,3% padeció de DPP grado I, el 9,6% grado II, el 5,4% grado III y el 7,6% grado IV. Continuo a la prueba estadística chi cuadrado se revela que $p = 0,034$; es así que existe relación entre el índice de masa corporal de bajo peso y el DPP.

Tabla 6. Antecedente de hipertensión arterial relacionado al desprendimiento prematuro de placenta, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019

ANTECEDENTE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA									
	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	12	13	17	18,5	10	10,9	9	9,8	48	52,2
No	26	28,3	13	14,1	3	3,3	2	2,2	44	47,8
TOTAL	38	41,3	30	32,6	13	14,1	11	12	92	100
		$X^2 = 13.767$		g.l = 3		p = 0,003				

El 52,2% de los casos presentan antecedente de hipertensión arterial, de las cuales el 13% padeció de DPP grado I, el 18,5% grado II, el 10,9% grado III y el 9,8% grado IV. Del 47,8% de gestantes que no presentaron antecedentes de hipertensión arterial, el 28,3% DPP grado I, el 14,1% grado II, el 3,3% grado III y el 2,2% grado IV. De esta manera la prueba estadística chi cuadrado nos indica que $p = 0,003$; es por ello, si hay relación entre el precedente de hipertensión arterial y el DPP.

Tabla 7. Estrés relacionado al desprendimiento prematuro de placenta, Hospital**Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019**

ESTRES	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA										
	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Si	28	30,4	19	20,7	6	6,5	3	3,3	56	60,9	
No	10	10,9	11	12	7	7,6	8	8,7	36	39,1	
TOTAL	38	41,3	30	32,6	13	14,1	11	12	92	100	
		$X^2 = 9,091$		g.l = 3		$p = 0,028$					

El 60,9% de las gestantes presentaron estrés, de las cuales el 30,4% padeció de DPP grado I, el 20,7% grado II, el 6,5% grado III y el 3,3% grado IV. Acabada la prueba estadística chi cuadrado se percibe que $p = 0,028$; en este caso, existe relación entre el estrés y el DPP.

5.3. FACTORES OBSTÉTRICOS RELACIONADOS AL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA.

**Tabla 8. Paridad relacionada al desprendimiento prematuro de placenta, Hospital
Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019**

PARIDAD	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA										
	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Nulípara	7	7,6	7	7,6	4	4,3	7	7,6	25	27,2	
Múltipara	31	33,7	23	25	9	9,8	4	4,3	67	72,8	
TOTAL	38	41,3	30	32,6	13	14,1	11	12	92	100	
		$X^2 = 9,170$		g.l = 3		$p = 0,027$					

El 72,8% de las gestantes son múltiparas, de las cuales el 33,7% padeció de DPP grado I, el 25% grado II, el 9,8% grado III y el 4,3% grado IV. Al finalizar la prueba estadística chi cuadrado es notorio que $p = 0,027$; dado a esto, existe relación entre la paridad y el DPP.

Tabla 9. Antecedente de desprendimiento prematuro de placenta relacionada al desprendimiento prematuro de placenta, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019

ANTECEDENTE DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA										
	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Si	30	32,6	20	21,7	9	9,8	2	2,2	61	66,3	
No	8	8,7	10	10,9	4	4,3	9	9,8	31	33,7	
TOTAL	38	41,3	30	32,6	13	14,1	11	12	92	100	
		$X^2 = 14,172$		g.l = 3		p = 0,003					

El 66,3% de los casos acontecieron antecedente de DPP, de las cuales el 32,6% padeció DPP grado I, el 21,7% grado II, el 9,8% grado III y el 2,2% grado IV. Luego de la prueba estadística chi cuadrado se revela que $p = 0,003$; por lo cual existe relación entre el antecedente y el DPP.

Tabla 10. Miomas uterinos relacionado al desprendimiento prematuro de placenta, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019

MIOMAS UTERINOS	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA										
	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Si	21	22,8	8	8,7	1	1,1	4	4,3	34	37	
No	17	18,5	22	23,9	12	13	7	7,6	58	63	
TOTAL	38	41,3	30	32,6	13	14,1	11	12	92	100	
		$X^2 = 11,609$		g.l = 3		$p = 0,00$					

El 63% de las gestantes no tuvieron miomas uterinos, de las cuales el 18,5% padeció de DPP grado I, el 23,9% grado II, el 13% grado III y el 7,6% grado IV. Del 37% de gestantes que sí tuvieron miomas uterinos, el 22,8% padeció DPP grado I, el 8,7% grado II, el 1,1% grado III y el 4,3% grado IV. Al cabo de la prueba estadística chi cuadrado es notorio que $p = 0,00$; por lo cual, existe relación entre los miomas uterinos y el DPP.

Tabla 11. Traumatismos relacionada al desprendimiento prematuro de placenta, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019

TRAUMATISMOS	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA										
	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Si	23	25	16	17,4	2	2,2	4	4,3	45	48,9	
No	15	16,3	14	15,2	11	12	7	7,6	47	51,1	
TOTAL	38	41,3	30	32,6	13	14,1	11	12	92	100	
		$X^2 = 8,827$		g.l = 3		$p = 0,032$					

El 48,9% de gestantes si padeció de traumatismos, el 25% padeció de DPP grado I, el 17,4% grado II, el 2,2% grado III y el 4,3% grado IV. Del 51,1% de las gestantes que no padeció de traumatismo el 16,3% padeció de DPP grado I, el 15,2% grado II, el 12% grado III y el 7,6% grado IV. Posterior a la prueba estadística chi cuadrado se percibe que $p = 0,032$; por ello, existe relación entre los traumatismos y el desprendimiento prematuro de placenta.

Tabla 12. Hipertensión arterial relacionada al desprendimiento prematuro de placenta, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019

HIPERTENSIÓN ARTERIAL DURANTE EL EMBARAZO	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA									
	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	9	9,8	3	3,3	5	5,4	6	6,5	23	25
No	29	31,5	27	29,3	8	8,7	5	5,4	69	75
TOTAL	38	41,3	30	32,6	13	14,1	11	12	92	100
		$X^2 = 10,013$		g.l = 3		p = 0,018				

El 25% de las embarazadas si padecieron hipertensión arterial, de las cuales el más frecuente fue el grado I con 9,8%. El 75% de las gestantes no padecen de hipertensión arterial durante el embarazo de estas el 31,5% padeció de DPP grado I, el 29,3% grado II, el 8,7% grado III y el 5,4% grado IV. Posterior a realizar la prueba estadística chi cuadrado se observó que $p = 0,018$; dado a esto, existe relación entre la hipertensión arterial dentro de la gestación y el DPP.

6. DISCUSIÓN

Luego de la presentación respectiva de los resultados, a continuación, se desarrolla la discusión, en cuanto se trate del primer objetivo específico orientado reconocer causales de riesgo sociodemográfico relacionados al desprendimiento prematuro de placenta (DPP), las tablas 1, 2 y 3; señalan que el 32,6% del total presentaron edades de 20 – 24 años, el 54,3% son de procedencia rural y el 63% pertenecen al grado de instrucción secundaria. Además, continuo a la realización del análisis estadístico a través de chi cuadrado se observó que los factores sociodemográficos descritos anteriormente en porcentajes, mantienen relación significativa con el DPP ($p < 0,05$). Resultados opuestos a la investigación con porcentajes distintos encontró Anderson en Finlandia en el año 2020 donde la edad de 30 a 35 años (12,2%) tuvo mayor riesgo de presentar DPP.⁽¹²⁾ También Guo en China el año 2018 reporto resultados similares a nuestro estudio donde concluye que la separación placentaria mantiene asociación con un aumento moderado del riesgo de edad, más alto en la población mayor de 35 y menor de 20 años.⁽¹⁵⁾ En Lima – Perú el año 2020 Moncada reporto que las mujeres con mayor riesgo de presentar DPP tenían las edades de 20 – 35 años (52,5%), señala además que esto se debe a que las mujeres a esta edad no tienen un control adecuado durante el embarazo y además desconocen de los cuidados que deben tener durante el embarazo.⁽¹⁸⁾ Comparando también con Puma el año 2019 en Puno halló el rango entre 25 a 35 años como factor relacionado al DPP, siendo este resultado similar a lo encontrado en esta investigación.⁽²⁰⁾

En base al segundo objetivo específico enfocado a examinar los factores biológicos relacionados al desprendimiento de placenta prematuro, las tablas 4, 5, 6 y 7; indican que el 32,6% no tienen hábitos nocivos, el 67,4% de las gestantes si tienen hábitos

nocivos, el 51,1% tienen bajo peso, el 52,2% presentan antecedente de hipertensión arterial y el 60,9% presentaron estrés. Además, haciendo uso del análisis estadístico mediante la prueba chi cuadrado dio evidencia que los factores biológicos como el antecedente de hipertensión arterial, índice de masa corporal, hábitos nocivos y estrés tienen relación significativa con el DPP ($p < 0,05$). En Estados Unidos Eubanks en el año 2019 halló resultados concordantes con distinto porcentaje donde el 1,2% de las mujeres que tenían hábitos nocivos habían desarrollado DPP ($p \leq 0,05$).⁽¹³⁾ De manera concordante a la investigación halló Shobeiri en Estados Unidos el año 2017 donde el tabaquismo y el desprendimiento de placenta tuvieron una asociación significativa (OR: 1,65; IC del 95%: 1,51 – 1,80) con base en sus estudios epidemiológicos confirmaron al tabaquismo como causal de riesgo para dicha problemática.⁽¹⁶⁾ Hallazgo contradictorio encontró Puma el año 2019 en Puno quien indica que el sobrepeso 40.8% de casos están relacionados al DPP, debido a que una persona con sobrepeso libera radicales libres y estos activan mediadores inflamatorios que a nivel de la placenta van a generar su desprendimiento.⁽²⁰⁾

Mientras que, dentro del tercer objetivo específico se enfoca en conocer los factores obstétricos relacionados al DPP, las tablas 8, 9, 10, 11 y 12 señalan que el 72,8% de las gestantes son multíparas; el 66,3% fueron anteceditas por un episodio anterior, el 63% de las gestantes no tuvieron miomas, el 51,1% no padeció de traumatismo de las cuales, el 75% no padecen de hipertensión arterial durante el embarazo. Además, posterior al análisis estadístico mediante el uso de chi cuadrado confirmó que los factores obstétricos investigados como paridad, antecedente de DPP, miomas y los traumatismos presentan relación estadística significativa con el DPP ($p < 0,05$). Según Machekeu en Tanzania el año 2015 reportó resultados similares a nuestro estudio donde

indica que las mujeres multíparas (OR 1,4; IC 95% 1,2-8,6) tienen más alto porcentaje de desarrollar AP. ⁽¹⁷⁾ Resultados similares halló Moncada en el año 2020 en Callao, Lima, donde el 80% del total de casos son pacientes multíparas y el 7.5% gran multíparas. Sumado a esto en el 40% de los casos de DPP se produjeron cuadros hipertensivos, identificándolo, así como la mayor causal de riesgo. ⁽¹⁸⁾ Robles en el 2018 en Trujillo, Perú, con resultados similares el 21% de sus casos presentó episodios hipertensivos en la gestación, reconociéndolo como causal de riesgo para DPP. ⁽²¹⁾ Según Puma en Puno el año 2019 detectó a los traumatismos externos como caídas en un 76,4% generan el AP, resultado diferente a lo hallado en esta investigación ya que se observó que el porcentaje es inferior en pacientes que padecieron DPP. ⁽²⁰⁾

7. CONCLUSIONES

1. Los factores sociodemográficos como la edad, procedencia, grado de instrucción se encuentran relacionados significativamente al DPP.
2. Los factores biológicos como los hábitos nocivos, índice de masa corporal, antecedente de hipertensión arterial y estrés mantienen relación significativa con el DPP.
3. Los factores obstétricos entre ellos la paridad, el antecedente de desprendimiento prematuro de placenta, miomas uterinos, traumatismos e hipertensión arterial durante la gestación se relacionan de manera significativa al desprendimiento DPP.
4. Concluyendo finalmente que los factores sociodemográficos, biológicos y obstétricos se encuentran relacionados con el desprendimiento prematuro de placenta, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019.

8. RECOMENDACIONES

1. En los establecimientos de salud de deben realizar capacitaciones a todo el equipo multidisciplinario de salud sobre los causantes de peligro relacionados al DPP, desde su definición hasta su tratamiento y medidas preventivas oportunas.
2. Dentro de los alcances de la jefatura de GO se deben realizar campañas educativas sobre el desprendimiento precoz de placenta, para concientizar a nuestra población y plantear medidas preventivas.
3. La jefatura de gineco obstetricia sumado a su equipo multidisciplinario debe incorporar protocolos de atención de toda paciente gestante que acuda a los establecimientos de salud con la triada clínica de DPP. Se recomienda que implementen ecografías como medio de diagnóstico en caso de sospecha de dicha patología, muy aparte de los exámenes de laboratorio complementarios.
4. Las universidades formadoras de obstetras podrían complementar su formación con jornadas académicas para los estudiantes y egresados sobre el DPP.
5. Periódicamente es importante tomar esta problemática para futuras investigaciones, de esta manera podemos comparar su prevalencia, el impacto en la población y sus tasas de morbimortalidad.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Deering, S. Abruptio Placentae. Medscape. 2018; 25 (28): 10. [Fecha de acceso 20 de enero del 2020]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/252810-overview>
2. Ghaheh HS, Feizi A, Mousavi M, Sohrabi D, Mesghari L, Hosseini Z. Factores de riesgo de desprendimiento de placenta. J Res Med Sci . 2013; 18 (5): 422-426. [Fecha de acceso 20 de enero del 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3810579/>
3. Ministerio de Salud. Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. Nicaragua: UNESCO; 2018. [Fecha de acceso 20 de enero del 2020]. Disponible en: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/ni_6199.pdf
4. Li Y, Tian Y, Liu N, Chen Y, Wu F. Analysis of 62 placental abruption cases: Risk factors and clinical outcomes. Taiwan J Obstet Gynecol. 2019;58(2):223-226. [Fecha de acceso 20 de enero del 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30910143/>
5. Solís, T., Marroquin, H. y Montenegro, I. Factores de riesgo asociados a desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, en un hospital del sureste mexicano. Instituto Nacional de Salud de México. 2017; 5 (2): 58 – 61. [Fecha de acceso 20 de enero del 2020]. Disponible en: <http://revista.saludchiapas.gob.mx/api/v1/recursos/ejemplares/17>
6. Carpio, D. Prevalencia de desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en un Hospital de la ciudad de Guayaquil. [Tesis de pregrado]. Guayaquil:

- Universidad Católica Santiago de Guayaquil; 2019. [Fecha de acceso 20 de enero del 2020]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/12461>
7. Cerón, L. Desprendimiento prematuro de placenta consecuencias materno perinatales. [Tesis de pregrado]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2014. [Fecha de acceso 20 de enero del 2020]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9330.pdf
 8. Tabaquismo durante el embarazo. [Base de datos en línea]. España: Redacción médica; 2020. [fecha de acceso 20 de mayo del 2020]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/taquismo-durante-embarazo>
 9. Fernández, L. Factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en pacientes cesareadas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de enero del 2012 a diciembre del 2017. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019. [Fecha de acceso 20 de enero del 2020]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/7646>
 10. Torres, C. 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. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Ricardo Palma. [Fecha de acceso 20 de enero del 2020]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1884>
 11. Hospital Víctor Ramos Guardia. Reporte de casos de desprendimiento prematuro de placenta. Huaraz: Oficina de epidemiología; 2020.

12. Anderson E, Raja EA, Shetty A, et al. Changing risk factors for placental abruption: A case crossover study using routinely collected data from Finland, Malta and Aberdeen. PLoS One. 2020;15(6):e0233641. [Fecha de acceso 15 de enero del 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32525937/>
13. Eubanks AA, Walz S, Thiel LM. Maternal risk factors and neonatal outcomes in placental abruption among patients with equal access to health care. J Matern Fetal Neonatal Med. 2019;1-6. [Fecha de acceso 15 de enero del 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31416373/>
14. Kawanishi Y, Yoshioka E, Saijo Y, et al. The relationship between prenatal psychological stress and placental abruption in Japan, The Japan Environment and Children's Study (JECS). PLoS One. 2019;14(7):e0219379. [Fecha de acceso 15 de enero del 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31283785/>
15. Guo GL, Zhang YK, Li YL, et al. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. 2018;39(12):1621-1625. [Fecha de acceso 15 de enero del 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30572389/>
16. Shobeiri F, Masoumi SZ, Jenabi E. The association between maternal smoking and placenta abruption: a meta-analysis. J Matern Fetal Neonatal Med. 2017;30(16):1963-1967. [Fecha de acceso 15 de enero del 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27623712/>
17. Macheku, G. S., Philemon, R. N., Oneko, O., Mlay, P. S., Masenga, G., Obure, J., & Mahande, M. J. (2015). Frequency, risk factors and feto-maternal outcomes of abruptio placentae in Northern Tanzania: a registry-based retrospective cohort study. BMC

- pregnancy and childbirth, 15, 242. [Fecha de acceso 15 de enero del 2021]. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0678-x>
18. Moncada, W. Desprendimiento prematuro de placenta en pacientes cesareadas en un Hospital Público en el Callao. [Tesis de pregrado]. Trujillo: Universidad Científica del Sur; 2020. [Fecha de acceso 23 de febrero del 2020]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/USUR_29f655c49b5e6f7ab64e23de82782b0f
19. Chahal HS, Gelaye B, Mostofsky E, et al. Relación de arrebatos de ira y riesgo agudo de desprendimiento de placenta: un estudio de casos cruzados. Paediatr Perinat Epidemiol . 2019; 33 (6): 405-411. [Fecha de acceso 23 de febrero del 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6823109/>
20. Puma, M. Factores de riesgo asociados al desprendimiento Prematuro de Placenta en Gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón. [Tesis de pregrado]. Puno: Universidad Privada Antenor Orrego; 2018. [Fecha de acceso 23 de febrero del 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/4340>
21. Robles, J. Anemia e hipertensión arterial como factores de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Belén. [Tesis de pregrado]. Trujillo: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2019. [Fecha de acceso 23 de febrero del 2020]. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/3846>
22. Infante, A. Periodo intergenésico corto como factor de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta. [Tesis de pregrado]. Trujillo: Universidad Privada Antenor

- Orrego; 2017. [Fecha de acceso 23 de febrero del 2020]. Disponible en:
<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/2714>
23. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo: Ginebra: OMS; 2015. [Fecha de acceso: 28 de junio del 2020]. Disponible en:
https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
24. Romo J & Tarango J Factores sociodemográficos, educativos y tecnológicos en estadios iniciales de cibercultura en comunidades universitarias. Apertura (Guadalajara, Jal.). 2015; 7(2): 101-116. [Fecha de acceso: 28 de junio del 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-61802015000200101&lng=es&tlng=es.
25. Edad. [en línea]. España: Clinica Internacional de Navarra; 2018. [Fecha de acceso 5 de julio del 2020]. URL disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/edad>
26. Martinelli, et al. Advanced maternal age and its association with placenta praevia and placental abruption: a meta-analysis. Cadernos de Saúde Pública. 2018; 34(2). e00206116. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00206116>.
27. Procedencia. [en línea]. España: Real Academia Española; 2017. [Fecha de acceso 5 de julio del 2020]. URL disponible en: <https://dle.rae.es/procedencia>
28. Procedencia urbana y rural. [en línea]. España: Real Academia Española; 2017. [Fecha de acceso 5 de julio del 2020]. URL disponible en: https://redatam.org/redatam/pryesp/sisppi/Webhelp/_rea_urbana_rural.htm

29. Pacora, P. El desprendimiento prematuro de placenta es una manifestación de enfermedad vascular severa en el embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2005; 51(1):39-48. [Fecha de acceso: 28 de junio del 2020]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428175006>
30. Nivel de instrucción. [en línea]. España: Eustat; 2018. [Fecha de acceso 5 de julio del 2020]. URL disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/opt_1/tema_271/elem_11188/definicion.html
31. Factores de riesgo en la salud y la enfermedad. [en línea]. España: Academia Europea de pacientes; 2015. [Fecha de acceso 5 de julio del 2020]. URL disponible en: <https://www.eupati.eu/es/farmacoepidemiologia-es/factores-de-riesgo-en-la-salud-y-la-enfermedad/>
32. Hábitos poco saludables. [En línea]. España: Enciclopedia de la Salud; 2010. [Fecha de acceso 15 de octubre del 2020]. URL disponible en: <https://www.hola.com/salud/enciclopedia-salud/2010060645445/endocrinologia/generales/habitos-poco-saludables/>
33. Tikkanen, M. Desprendimiento de placenta: epidemiología, factores de riesgo y consecuencias. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2011; 90: 140-149. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2010.01030.x>
34. Índice de masa corporal. [En línea]. E.E.U.U: Centros para el control y la prevención de enfermedades; 2020. [Fecha de acceso 15 de octubre del 2020]. URL disponible en: <https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/index.html>

35. Hamisu, et al. Aumento de peso durante el embarazo materno y riesgo de desprendimiento de placenta. *Reseñas de nutrición*. 2013; 71, Supl.1,1: S9-S17
<https://doi.org/10.1111/nure.12063>
36. Hipertensión gestacional. [En línea]. E.E.U.U: MedlinePlus; 2020. [Fecha de acceso 15 de octubre del 2020]. URL disponible en:
<https://medlineplus.gov/spanish/highbloodpressureinpregnancy.html>
37. Estrés y salud. [En línea]. E.E.U.U: MedlinePlus; 2020. [Fecha de acceso 15 de octubre del 2020]. URL disponible en:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003211.htm>
38. Riesgo reproductivo. [Base de datos en línea]. Ecuador: Rehabilitación temprana; 2015. [Fecha de acceso 15 de octubre del 2020]. URL disponible en:
www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/riesgo_reproductivo.pdf
39. Paridad. [En línea]. España: Diccionario del embarazo; 2020. [Fecha de acceso 15 de octubre del 2020]. URL disponible en:
<http://www.unamamiquesemima.com/diccionario-del-embarazo-tercera-entrega/>
40. Räisänen S, Gissler M, Nielsen HS, Kramer MR, Williams MA, Heinonen S. Social disparity affects the incidence of placental abruption among multiparous but not nulliparous women: a register-based analysis of 1,162,126 singleton births. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2013;171(2):246-251. doi:10.1016/j.ejogrb.2013.09.009
41. Desprendimiento prematuro de la placenta. [En línea]. E.E.U.U: MedlinePlus; 2020. [Fecha de acceso 15 de octubre del 2020]. URL disponible en:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000901.htm>

42. Schmidt P, Skelly CL, Raines DA. Desprendimiento de la placenta. [Actualizado el 5 de julio de 2021]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 enero-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482335/>
43. Miomas uterinos. España: Clínica Internacional de Navarra; 2018. [Fecha de acceso 5 de julio del 2020]. URL disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/miomas-uterinos>
44. Krimou Y, Erraghay S, Guennoun A, Mamouni N, Bouchikhi C, Banani A. Myoma praevia y embarazo. Pan Afr Med J. 2019; 33: 216. Publicado el 17 de julio de 2019 doi: 10.11604 / pamj.2019.33.216.14898
45. Tintinalli, J. Tratado de medicina de urgencias. España: Mc Graw Hill; 2018. [Fecha de acceso 5 de julio del 2020]. URL disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1532§ionid=101556741>
46. López, E. Hemorragias del tercer trimestre. España: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 2011. [Fecha de acceso 15 de octubre del 2020]. URL disponible en: https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2010-2011/sesion20110112_1.pdf
47. Desprendimiento de placenta: fisiopatología, características clínicas, diagnóstico y consecuencias [base de datos en línea]. Estados Unidos de América: UptoDate; 2020. [Fecha de acceso: 21 de octubre del 2020]. Disponible en:

https://bibvirtual.upch.edu.pe:2050/contents/placental-abruption-pathophysiology-clinical-features-diagnosis-and-consequences?search=desprendimiento%20prematuro%20de%20placenta&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

48. Alvarado, J. Apuntes de Obstetricia. Lima: AMP ediciones; 2017.
49. Ministerio de Salud del Perú. Guía técnica: Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad. Lima – Perú: MINSA; 2007. [Fecha de acceso 15 de octubre del 2020.] URL disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf.
50. Hernández R. Metodología de la investigación. 6ta ed. México: MC GRAW HILL; 2014.
51. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ginebra: AMM; 2015. [Fecha de acceso 5 de febrero del 2020] URL disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
52. Llerena, C. Factores asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé durante el periodo 2008-2012. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017. Fecha de acceso 10 de abril del 2022. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/11989?show=full>

53. Poma, H. Hemorragias de la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de San Jeronimo, Andahuaylas. [Tesis de pregrado]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2018. Fecha de acceso 10 de abril del 2022. Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1724/TESIS%20POMA%20CHIROQUE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
54. Torres, C. 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. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2019. Fecha de acceso 10 de abril del 2022. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1884/CTORRESMOORE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
55. Cande, V. Desprendimiento de placenta: fisiopatología, características clínicas, diagnóstico y consecuencias. EEUU: UpToDate; 2022. Fecha de acceso 10 de abril del 2022. Disponible en: https://bibvirtual.upch.edu.pe:2050/contents/placental-abruption-pathophysiology-clinical-features-diagnosis-and-consequences?search=desprendimiento%20prematuro%20de%20placenta&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

ANEXOS



ANEXO N° 1

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA, HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ, 2019.

Fecha: N° de Hcl:

Factores de riesgo relacionados

Factores sociodemográficos

- a. Edad
 - a) 15 – 19 años
 - b) 20 – 24 años
 - c) 25 - 29 años
 - d) 30 – 34 años
 - e) 35 – 40 años
- b. Procedencia
 - a) Urbana
 - b) Rural
- c. Grado de instrucción
 - a) Analfabetismo
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Superior

Factores biológicos

- d. Hábitos nocivos
 - a) Sí
 - b) No
- e. Índice de masa corporal.
 - a) Bajo peso
 - b) Normal
 - c) Sobrepeso
- f. Antecedente de hipertensión inducida en el embarazo
 - a) Si
 - b) No
- g. Estrés
 - a) Sí
 - b) No

Factores obstétricos

- h. Paridad
 - a) Nulípara

- b) Multípara
- i. Antecedente de desprendimiento prematuro de membranas
 - a) Sí
 - b) No
- j. Miomas uterinos
 - a) Si
 - b) No
- k. Traumatismos
 - a) Si
 - b) No

Desprendimiento prematuro de membranas

- a) Si
- b) No
- **Tipo de desprendimiento prematuro de placenta**
 - c) Leve
 - d) Moderada
 - e) Severa

ANEXO N° 02

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR JUICIO DE EXPERTOS

Seguidamente, le presentamos ocho aspectos relacionados al proyecto de investigación, a los cuales se calificará con la puntuación 1 o 0 de acuerdo a su criterio.

1. El instrumento persigue los fines del objetivo general (...)
2. El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos (...)
3. La hipótesis es atingente al problema y a los objetivos planteado (...)
4. El número de los ítems que cubre a cada dimensión es correcto (...)
5. Los ítems están redactados correctamente (...)
6. El instrumento a aplicarse llega a la comprobación de la hipótesis (...)
7. La hipótesis está formulada correctamente (...)

LEYENDA

PUNTUACIÓN

DA: De acuerdo

1

ED: En desacuerdo

0

RESULTADOS

JUEZ	Ítems	Ítems	Ítems	Ítems	Ítems	Ítems	Ítems	TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	
I	1	1	1	1	1	1	1	07
II	1	1	1	1	1	1	0	06
III	1	1	1	1	1	1	0	06

IV	1	1	1	1	1	1	0	06
TOTAL	4	4	4	4	4	4	1	25

Estos datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS 26.0, haciendo uso de la prueba de concordancia de Kendall, obteniéndose los siguientes resultados:

Rangos

	Rango promedio
VAR00001	4,88
VAR00002	4,88
VAR00003	4,88
VAR00004	4,88
VAR00005	4,88
VAR00006	4,88
VAR00007	1,88

Estadísticos de contraste

N	4
W de Kendall (a)	,750
Chi-cuadrado	21,000
g.l	7
Valor p	.004

(a) Coeficiente de concordancia de Kendall

Como el valor de p es menor al 0,05 nos confirma la validez de la ficha de recolección de datos sometido a validación.