



Universidad Nacional

SAN LUIS GONZAGA



Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Esta licencia es la más restrictiva de las seis licencias principales Creative Commons, permitiendo a otras solo descargar sus obras y compartirlas con otras siempre y cuando den crédito, pero no pueden cambiarlas de forma alguna ni usarlas de forma comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>



CONSTANCIA

El que, suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento de **Tesis** cuyo título es:

“FACTORES PREDISPONENTES AL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA 2019 – 2020”.

Presentado por: **Bach. KAREN GIOVANNA GALVEZ SULLUCHUCO**

del nivel de Pregrado de la Facultad de Obstetricia. El resultado obtenido es el (Porcentaje similitud es del 9 %) por el cual se otorga el calificativo de:

APROBADO, según **Reglamento de Evaluación para la Originalidad**.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Ica, 14 de setiembre de 2022



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
FACULTAD DE OBSTETRICIA

Dra. ROSA ELVIRA RUIZ REYES

DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION

Adjunto:

- INFORME N° 016-OPERADOR-UI-F.Obs.-UNICA-2022

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE OBSTETRICIA



TESIS

**“FACTORES PREDISPONENTES AL DESPRENDIMIENTO
PREMATURO DE PLACENTA EN GESTANTES DEL HOSPITAL
SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA 2019 - 2020”**

Línea de investigación:

Salud pública y conservación del medio ambiente

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN OBSTETRICIA

AUTOR:

GÁLVEZ SULLUCHUCO KAREN GIOVANNA

ASESOR:

DRA. CARMEN ROSA LAOS DE AJALCRIÑA

Ica, Perú

2022

DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto de mi vida, por estar conmigo en cada paso que doy. A mis padres que con su cariño, amor y comprensión me ayudan a seguir adelante. A mis hermanos quienes son motivo de mi superación para crecer como persona y como profesional.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, por darme la oportunidad de alcanzar mis sueños y por su esfuerzo en bien de la educación.

A mi asesora Dra. Carmen Rosa Laos De Ajalcriña, por su calidad de docente para guiarme y hacer todo lo posible en el proceso de desarrollo de tesis.

Al Ing. Víctor Mauro Arce Rojas por su apoyo, consejos y compartir sus conocimientos en el desarrollo de tesis.

Al Hospital Santa María del Socorro, por permitir el recojo de información para el desarrollo del presente trabajo de investigación.

A mis padres Orestes y Olga, por su apoyo incondicional, por sus palabras de aliento cada vez que pensé que no lo lograría, impulsándome a no rendirme.

A mi hermano mayor Yonatan, por sus consejos para que me esforzara en lograr esta meta tan importante en mi vida y por el apoyo económico que me brindó en mis estudios.

A mi hermano menor David, por ser uno de mis motivos para seguir luchando y seguir superándome. Sé que también pasarás por lo mismo y allí estaré para apoyarte.

A una persona especial Odhar, por estar presente no solo en esta etapa tan importante, sino en todo momento, buscando lo mejor para mi persona.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	v
ÍNDICE DE FIGURA.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT	viii
I INTRODUCCIÓN.....	9
II ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	45
III RESULTADOS.....	49
IV DISCUSIÓN.....	72
V CONCLUSIONES.....	84
VI RECOMENDACIONES	88
VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
VIII ANEXOS.....	95

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estadísticas de fiabilidad.....	48
Tabla 2. Factores biológicos que determinan el DPP en gestantes del HSMS 2019-2020.....	50
Tabla 3. Factores socioeconómicos que determinan el DPP en gestantes del HSMS 2019-2020.....	53
Tabla 4. Factores obstétricos que determinan el DPP en gestantes del HSMS 2019-2020	57
Tabla 5. Tabla de frecuencia de grado de desprendimiento prematuro de placenta.....	70
Tabla 6. Pruebas estadísticas correspondientes al factor biológico	80
Tabla 7. Pruebas estadísticas correspondientes al factor socioeconómico	81
Tabla 8. Pruebas estadísticas correspondientes al factor obstétrico.....	82

ÍNDICE DE FIGURA

Figura 1. Factores biológicos que determinan el DPP según edad en gestantes del HSMS 2019-2020	50
Figura 2. Factores biológicos que determinan el DPP según estado nutricional del HSMS 2019-2020	51
Figura 3. Factores biológicos que determinan el DPP según hábitos nocivos del HSMS 2019-2020 .	52
Figura 4. Factores socioeconómicos que determinan el DPP según estado civil en gestantes del HSMS 2019-2020	54
Figura 5. Factores socioeconómicos que determinan el DPP según grado de instrucción en gestantes del HSMS 2019-2020	55
Figura 6. Factores socioeconómicos que determinan el DPP según procedencia en gestantes del HSMS 2019-2020	56
Figura 7. Traumatismo abdominal relacionado al grado del DPP en gestantes del HSMS 2019-2020	58
Figura 8. Macrosomía fetal relacionado al grado del DPP en gestantes del HSMS 2019-2020	59
Figura 9. Ruptura prematura de membranas relacionada al grado del DPP en gestantes del HSMS 2019-2020	60
Figura 10. Infecciones de vías urinarias relacionado al grado de el DPP en gestantes del HSMS 2019-2020.....	61
Figura 11. Enfermedad hipertensiva del embarazo relacionado al grado del DPP en gestantes del HSMS 2019-2020	62
Figura 12. Anemia ferropénica relacionada al grado del DPP en gestantes del HSMS 2019-2020.....	63
Figura 13. Cesáreas previas relacionado al grado del DPP en gestantes del HSMS 2019-2020.....	64
Figura 14. Abortos relacionados al grado del DPP en gestantes del HSMS 2019-2020.....	65
Figura 15. Antecedentes de DPP relacionado al grado del DPP en gestantes del HSMS 2019-2020	66
Figura 16. Control prenatal relacionado al grado del DPP en gestantes del HSMS 2019-2020	67
Figura 17. Inducción del parto relacionado al grado del DPP en gestantes del HSMS 2019-2020	68
Figura 18. Paridad relacionada al grado del DPP en gestantes del HSMS 2019-2020	69
Figura 19. Edad gestacional relacionada al grado del DPP en gestantes del HSMS 2019-2020	70

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar los factores predisponentes al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del Hospital Santa María del Socorro – Ica. Se aplicó como metodología, el nivel relacional; de tipo observacional, transversal, retrospectivo; como muestra, se utilizó una muestra de 26 gestantes con diagnóstico definitivo desprendimiento prematuro de placenta atendidas en el periodo 2019 – 2020. Durante el estudio, se obtuvieron resultados, **factor biológico**, constituido por hábitos nocivos ($p=0,138$), estado nutricional ($p=0,933$), edades ($p=0,933$) sin encontrar significancia estadística; el **factor socioeconómico** constituido por procedencia ($p=0,034$); con significancia estadística por tanto es factor predisponente; el **factor obstétrico** constituido por enfermedad hipertensiva del embarazo ($p=0,030$), abortos ($p=0,028$), antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta ($p=0,023$) y control prenatal ($p=0,044$) ; con significancia estadística, constituyen factores de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta.

Palabras claves: Desprendimiento prematuro de placenta, factores predisponentes, gestante.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the predisposing factors to Premature Placental Abruption in pregnant women at the Hospital Santa Maria del Socorro - Ica. The relational level was applied as a methodology; observational, cross-sectional, retrospective type; as a sample, 26 pregnant women with a definitive diagnosis of premature placental detachment treated in the 2019-2020 period were used. During the study, results were obtained such as: **biological factor**, constituted by harmful habits ($p=0.138$), nutritional status ($p=0.933$), ages ($p=0.933$) without finding statistical significance. **socioeconomic factor**: Origin ($p=0.034$); it had statistical significance; therefore, it is a predisposing factor. **Obstetric factor**: hypertensive disease of pregnancy ($p=0.030$), abortions ($p=0.028$), history of premature detachment of the placenta ($p=0.023$) and prenatal control ($p=0.044$); with statistical significance, they constitute risk factors for placental abruption.

Keywords: Premature placental detachment, predisposing factors, pregnant woman.

I INTRODUCCIÓN

Este proyecto está relacionado con el estudio de los factores predisponentes del desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada (DPPNI) o abrupto placentae o accidente de Baudelocque, la cual es considerada una emergencia obstétrica de muy poca frecuencia, que se presenta después de las 20 semanas de gestación y es considerada la segunda causa de hemorragia obstétrica, contribuyendo un alto índice de morbimortalidad perinatal. Siendo el número de casos de un promedio de 0.2%, estos datos van variando según el criterio de diagnóstico utilizado y el tipo de población asistida (1).

Aún se desconocen las razones en las cuales se producen estos casos, quizás una de las razones por las que se produce el desprendimiento es ocasionada por la ruptura de una arteria espiral decidual ocasionándose un hematoma retroplacentario, rompiendo más vasos y extendiendo la separación placentaria (2).

Los síntomas pueden comenzar de manera violenta y en algunas ocasiones existe la presencia de hemorragia ya sea interna o externa, dolor agudo, aumento en el tamaño del útero por la presencia de hemorragia en el interior, la hipertoniá uterina causa intenso dolor y difícil palpación de las partes fetales, al tacto vaginal se encuentran las membranas muy tensas a causa de la hipertoniá uterina (3).

Aquellos factores que se encuentran relacionados con el desprendimiento prematuro de placenta son la edad materna, la paridad, la hipertensión, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, hábitos nocivos y antecedente de desprendimiento prematuro de placenta entre otros (4).

1.1 Marco teórico

1.1.1 Antecedentes del problema de investigación

1.1.1.1 Antecedentes a nivel internacional

Ghasemi M. Noori N. Dashipour A. Khajeh L. (2020- Irán). Investigación de resultados y factores de riesgo de placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta en mujeres embarazadas referidas al hospital Ali Ibn Abi Talib de Zahedán. Universidad de ciencias médicas Zahedán. Irán.

2020. Estudio descriptivo analítico, con una población de 13261 gestantes del cual 188 gestantes ingresaron al estudio como grupo considerado, la población de estudio estuvo constituida por gestantes que fueron enviadas a la sala de ginecología del hospital con diagnóstico de placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta. El resultado de su investigación demostró que la incidencia de placenta previa en gestantes fue de 1.3% y la incidencia de desprendimiento prematuro de placenta fue de 1.1%. La frecuencia de presentar desprendimiento prematuro de placenta fue de 30 personas (32,97%) en el primer embarazo, 22 gestantes (24,18%) tuvieron desprendimiento de placenta en el segundo embarazo, 24 gestantes (26,37%) lo presentaron en el tercer y cuarto embarazo. En su estudio concluyeron que los factores de riesgo del desprendimiento prematuro de placenta son los antecedentes de aborto, cesárea previa, características demográficas, diabetes, hipertensión arterial, hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia, hábitos nocivos. La complicación fetal del desprendimiento prematuro de placenta que encontraron 48 gestantes (52,75%) terminaron en parto prematuro, en 24 gestantes (26,37%) presentaron disminución de la frecuencia cardiaca fetal y en 8 gestantes (8,79%) se presentaron sufrimiento fetal agudo. Entre las complicaciones maternas encontraron que 58 de las gestantes (63,74%) presentaron hemorragia y la histerectomía en 1 gestante (1,1%) (5).

Surabhi S. (2019-India). Estudio clínico de resultado materno y fetal asociado con desprendimiento prematuro de placenta. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Jaipur. India. 2019. Estudio de tipo prospectivo, observacional, realizado con pacientes con diagnóstico confirmado de desprendimiento prematuro de placenta. En su estudio consideró 78 pacientes de 26 a 30 años (45%) y pacientes menores de 25 años (33%). Concluyó en su estudio que el desprendimiento prematuro de placenta estuvo asociado con los factores de riesgo como la anemia (87,18%), trastornos hipertensivos (48,72%), cesárea anterior (30,77%), antecedentes de aborto (22,45%), antecedente de desprendimiento prematuro de placenta (7.69%), oligohidramnios (12.82%), polihidramnios (6.41%), multiparidad (60%), traumatismo abdominal (2.56%), hábitos nocivos (3.85%).

Las complicaciones maternas más frecuentes de su estudio fue la anemia posparto (78,21%), hemorragia posparto (46,15%), shock hipovolémico (41,03%), coagulación intravascular diseminada (10,26%). Entre las complicaciones fetales se encontró en su estudio que la muerte fetal intrauterina fue del 30,77%, la prematuridad, retardo de crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal, el 39,74% de los bebés necesitaron reanimación neonatal, ingresando a cuidados intensivos el 19,67% de ellos (6).

Carpio D. (2019- Ecuador). Prevalencia de desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en el hospital de la ciudad de Guayaquil. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Ecuador. 2019. Estudio descriptivo, cuantitativo, transversal y prospectivo. Se recolectaron datos de los pacientes con desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas durante el año 2018, con una población de estudio de 100 gestantes, organizó las variables en cuadros y gráficos donde considero como indicadores socio económicos la edad de las gestantes de entre 25 a 36 años (identificó que el mayor porcentaje de edad de las gestantes que presentaron desprendimiento de placenta se encuentra en rangos de 33 a 36 años de edad), también estudió los factores obstétricos como la edad gestacional, identificó que el 29% de las gestantes que presentaron desprendimiento de placenta se encontraban entre las 35 y 39 semanas, un 19% entre las 25 y 29 semanas, el 17% entre 30 y 34 semanas y el 18% de las gestantes se encontraron en menos 20 semanas de gestación, la multiparidad se encontró de un 50% de los casos, el 64% de las gestantes tuvieron 2 a 5 controles prenatales, el 29% de gestantes tuvo traumatismo abdominal, el 30% presentaron hipertensión arterial, el 56% de las gestantes tenían antecedentes de cesárea anterior, el 76% de las pacientes presento ruptura prematuro de membranas, el 1% de pacientes tenía antecedente de desprendimiento prematuro de placenta, el 21% de gestantes presentó preeclampsia, eclampsia el 30% y el 3% retardo de crecimiento intrauterino, también estudió los hábitos nocivos de la población encontrando que el 15% consumían algún tipo de droga, el 10% de ellas consumían alcohol y el 82% consumían tabaco.

Mediante los análisis de los datos clínicos encontrados en investigación nos dice que la mayor complicación que tuvo el 32% de las gestantes fue la muerte fetal intrauterina, el 31% terminó en parto prematuro y el 37% de gestantes necesitaron transfusión sanguínea (7).

Janakiram P, Sellathamry S, Ponnivalavan K. (2017-India). Resultado materno y perinatal en el desprendimiento prematuro de placenta. Departamento de Obstetricia y Ginecología. India. 2017. Estudio descriptivo retrospectivo, el número total de casos de desprendimiento de placenta notificados durante el año 2016 fue de 40 gestantes. Observaron una incidencia de desprendimiento prematuro de placenta del 0,74%. Recopilaron información clínica de los factores de riesgo como la edad materna, según su estudio la incidencia máxima de desprendimiento se produjo en el grupo de edad de 26 a 30 años, 10% de las gestantes eran añosas, la multiparidad representa el 5% de los casos, la edad gestacional más frecuente encontrada en este estudio es menor de 20 semanas, el 10% de las gestantes tenían antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta, el 5% trastornos hipertensivos, periodo intergenésico corto, tabaquismo, el 5% tuvo traumatismo abdominal, el 7.5% anemia, el 25% preeclampsia, el 5% poli hidramnios y el 17.5% tenían cesárea previa. En el estudio concluyen que el desprendimiento ocurre más en la clase socioeconómica baja del 67,5%; el antecedente de cesárea anterior, la preeclampsia y la hipertensión gestacional fueron los principales factores etiológicos de este estudio, la anemia estuvo presente en la mayoría de los casos de desprendimiento de placenta de su estudio (8).

Bongiwe N. (2017-Sudáfrica). Morbilidad en mujeres con desprendimiento prematuro de placenta: estudio descriptivo – prospectivo. Universidad de Witwatersrand. Sudáfrica. 2017. Investigación prospectivo descriptivo, realizado en el hospital Chris Hani Baragwanath, estudio que se llevó a cabo durante 6 meses y obteniendo una población de 13734 gestantes de las cuáles 60 gestantes (0,4%) tuvieron desprendimiento prematuro de placenta, el grupo de edad estaba comprendido entre 18 y 42 años, las pacientes con más

frecuencia de presentar desprendimiento prematuro de placenta fue de 21 a 24 años que representa el 26.6% de la población, el 85% de las pacientes tenían edad gestacional menor de 37 semanas, 46 pacientes (71,6%) son multíparas, concluyó que los factores de riesgo encontrados son: antecedentes de desprendimiento de placenta que ocurrió en 4 pacientes (6,7%), cesárea previa en 7 pacientes (11,7%), hipertensión crónica en 4 pacientes (6,7%), la preeclampsia se encontró en 24 pacientes (40%), hipertensión inducida por el embarazo en 5 pacientes (8,3%), diabetes gestacional en 1 paciente (1,7%), síndrome de Hellp en 5 pacientes (8,3%) y anemia en el (50%) de la población estudiada. Entre las complicaciones maternas identificó la coagulación intravascular diseminada en 8 pacientes (23,5%), el choque hemorrágico ocurrió en 2 pacientes (5,9%), 20 gestantes (58,8%) presentaron lesión renal aguda, en 2 pacientes (5,8%) le realizaron histerectomía y hubo reingresos a unidad de cuidados intensivos para 5 pacientes. Entre las complicaciones neonatales encontró mortinatos en 34 pacientes, sufrimiento fetal e ingreso en unidad de cuidados intensivos en 11 pacientes (9).

Fuentes M. (2016-Ecuador). Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera en sala de consulta externa de la maternidad Mariana de Jesús en el período de enero – diciembre. Universidad de Guayaquil facultad de ciencias médicas. Ecuador. 2016. Estudio donde utilizó el método descriptivo, observacional de tipo cuantitativo, con una población de estudio de 148 pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta, dentro de los principales resultados se encontró que las pacientes entre 21 y 30 años son las que con mayor frecuencia presentaron desprendimiento de placenta en un 45.5% en segundo lugar las pacientes de 31 a 40 años con 31.60%. En tercer lugar, de 14 a 20 años con 21%, cuarto lugar las pacientes de 41 a 45 años con 2,5%. Según su estudio obtuvo que el 45,7% ingresaron por presentar sangrado vaginal, el 32,8% ingresaron por dolor abdominal y el 21.3% presentaron hipertoniá uterina. En este estudio concluyeron que la mayor incidencia de desprendimiento de placenta se presentó en pacientes de 35 a 37 semanas con el 46.9%, el 17% de las pacientes fueron primigestas, el 45% multípara y 38% fueron gran multípara.

También con respecto de los grados de desprendimiento placentario observaron que el 74,6% tuvo grado I, 21% grado II, 0,60% grado III (10).

Obando S. (2016-Ecuador). Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta factores de riesgo y complicaciones maternas fetales, estudio realizado en el hospital Gineco-Obstétrico “Enrique C. Sotomayor” período 2014-2015. Universidad de Guayaquil. Ecuador. 2016. Investigación con diseño retrospectivo, de enfoque cuantitativo, la obtención de información se llevó a cabo por revisión de 108 historias clínicas, de pacientes con diagnóstico de desprendimiento de placenta normoinserta, obteniéndose como resultado que la edad materna de mayor frecuencia fue entre los 24 a 28 años. Dentro de los factores de riesgo se encontró: gestantes añosas y gestantes multigestas, llegaron a la conclusión que las complicaciones maternas fetales estuvieron relacionadas con la edad de la gestante así mismo se evidenció que la mortalidad fetal es más alta (11).

1.1.2 Antecedentes a nivel nacional

Moncada W. (2020-Lima). Desprendimiento prematuro de placenta en pacientes cesareadas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión en el Callao. Universidad científica del sur. Perú. 2020. Estudio observacional, descriptivo y transversal sobre una muestra de 80 historias clínicas de pacientes cesareadas con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta, entre el período de enero 2012 a diciembre 2017. Se obtuvo datos sobre factores sociodemográficas de las pacientes y factores obstétricos tales como edad, paridad, antecedentes de desprendimiento de placenta, preeclampsia, parto pretérmino previo, embarazo múltiple, antecedente de cesárea, ruptura prematura de membranas, número de controles prenatales, traumatismo abdominal, hábitos nocivos. Concluye el autor que, el promedio de edades de las pacientes fue entre 20 y 35 años en un 52,5%, el 28.75% fueron mujeres mayores de 35 años, 18.75% menores de 20 años; un 12.5% pacientes eran primíparas, 80% multíparas y el 7.5% gran multíparas, cuadros

hipertensivos en el embarazo como el mayor factor de riesgo en 40% de los casos y un 22.5% con ruptura prematuro de membranas (12).

Miranda S., Nicolás D. (2019-Lima). Características maternas y fetales de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el hospital Sergio Bernales de Comas 2016 – 2017. Universidad Privada ARZOBISPO LOAYZA. Perú. 2019. Estudio de tipo y diseño observacional, retrospectivo, transversal, univariado, descriptivo, con una población de 88 pacientes que presentaron desprendimiento de placenta, concluyen que la edad más frecuente fue de ≥ 35 años (50.6%), siendo la mayoría convivientes, con estudios secundarios; 38 gestantes (43.2%) presentaron ruptura prematuro de membranas, 37 gestantes (42%) fueron múltiparas, 72 casos (81.8%) fueron partos pretérmino, 42 gestantes (47.7%) no tuvieron control prenatal adecuado (< 6 controles), antecedente de desprendimiento prematuro de placenta lo presentaron solo 26 de ellas (29.5%), hipertensión inducida por el embarazo se presentó en 24 casos (27.3%), embarazo múltiple tuvieron 3 (3.4%) y polihidramnios lo padecieron 4 (4.5%) de las gestantes, también encontraron en población de estudio gestantes con hábitos nocivos como el consumo de tabaco en 4 (4.5%) pacientes (13).

Puma M. (2019-Puno). Factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Manuel Núñez Butrón Puno 2018. Universidad andina “Néstor Cáceres Velásquez”. Perú. 2019. Investigación de tipo prospectiva, transversal, descriptiva, la población de estudio fue de 87 gestantes el 100% presentaron desprendimiento prematuro de placenta, concluyeron que entre los factores biológicos encontraron 36.6% de casos presentaron una edad materna de 25 a 35 años, en el estado nutricional el sobrepeso se presentó en 40.8% de las gestantes y la desnutrición en 35.2%. Los factores obstétricos como enfermedad hipertensiva del embarazo en 46.5% de casos, antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta 73.2%, multiparidad 50.7% de casos, cesareadas anterior 73.2%, ruptura prematura de membranas el 7%, traumatismos externos como caídas

el 76.4% de casos y consumo de coca tres veces al día 1.4% de casos. Concluye que los casos se relacionan con los grados de desprendimiento prematuro de placenta, grado I el 19.7%, grado II el 76%, Grado III el 4.2% (14).

Robles J. (2018-Trujillo). Anemia e hipertensión arterial como factores de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta en el hospital Belén de Trujillo. Universidad privada Antenor Orrego. Perú. 2018. Estudio de investigación fue observacional, retrospectivo, de casos y controles. El grupo de estudio estuvo constituido por 156 gestantes las cuales fueron divididas en 2 grupos con desprendimiento prematuro de placenta (n=52) y sin ella (n=104); el promedio de edad materna fue de 26 años en pacientes con desprendimiento de placenta y 28 años en pacientes que no tuvieron desprendimiento; la edad gestacional promedio en pacientes con desprendimiento fue 37 semanas y 38 semanas en pacientes sin desprendimiento y la paridad las gestantes multíparas fue de 1.9 en pacientes con desprendimiento y 1.6 en pacientes sin desprendimiento. La frecuencia de anemia en el grupo de pacientes con desprendimiento de placenta fue de 34% y 14% en las pacientes sin desprendimiento, la hipertensión arterial en pacientes con desprendimiento fue de 21% y en las gestantes sin desprendimiento fue de 6% (15).

Fernández L. (2018-Lima). Factores de riesgo asociado al desprendimiento prematuro de placenta en pacientes cesareadas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión de enero del 2012 a diciembre del 2017. Universidad mayor de San Marcos. Perú. 2018. Estudio de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo, cuya población de estudio fue de 81 pacientes cesareadas, donde encontró como resultado que la edad promedio fue de 20 y 35 años (53%), el 22% son mayores de 35 años, el 19% menores de 20 años; el 12% de pacientes fueron primíparas y el 7.4% de pacientes gran multíparas, para los factores de riesgo, el 40% se le atribuyeron a los cuadros hipertensivos del embarazo, seguido de la ruptura prematura de membranas con el 22% (16).

Torres C. (2018-Lima). Patologías maternas asociadas al desprendimiento prematuro de placenta normoinserta en gestantes atendidas en el hospital Santa Rosa durante el periodo de enero 2008-julio 2018. Universidad Ricardo Palma. Perú. 2018. Estudio de tipo observacional, retrospectivo, analítico, tipo caso control. Recolectó información de historias clínicas además utilizó una ficha de recolección de datos. Encontrando un total de 185 casos confirmados con desprendimiento de placenta. La población fue de 517 gestantes de las cuales 149 son los casos y 368 controles. Concluye que el estado civil de conviviente tiene un predominio de 42,4% (n=219). Dentro de las gestantes con desprendimiento de placenta fueron solteras en un 43% (n=64), un 38.3% (n=57) convivientes. El grado de instrucción con nivel secundario representó el 61.1% (n=91), las gestantes que llevaron control prenatal fueron de 72.8% (n=268), en el grupo de casos predominó las gestantes que no llevaron control prenatal adecuado con 63.1% (N=94) y también en el grupo control con 51.9% (n=191). Observó asociación entre el trastorno hipertensivo del embarazo con el desprendimiento de placenta con una asociación estadísticamente significativa (p=0.000) un OR de 5,266 e IC al 95%, se evaluó la asociación que tiene con la ruptura prematuro de membranas encontrando Chi 2 = 9,693; p=0,002; OR=2,448; IC95=1,375-4,360. Concluye que las características maternas de mayor frecuencia en la población, fueron la edad materna menor de 35 años, el estado civil de conviviente, un predominio de población nulípara y un control prenatal no adecuado. La patología materna más importante que encontraron en este estudio fue la presencia de trastorno hipertensivo del embarazo seguida de la ruptura prematuro de membranas. No encontró asociación estadísticamente significativa en el análisis para antecedente de desprendimiento prematuro de placenta, gestación múltiple, anemia materna y traumatismo abdominal (17).

Sartori K. (2016-Lima). Factores de riesgo asociado al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes de 25 a 40 años en el servicio de Gineco - Obstetricia del hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2015. Universidad privada San Juan Bautista. Perú. 2016. Investigación que buscó identificar los factores de riesgo donde utilizó una población de estudio de 45

pacientes con diagnóstico de desprendimiento de placenta donde recolectó datos de las historias, datos generales de las pacientes como la edad, estado civil, grado de instrucción, nivel socioeconómico; datos obstétricos como la paridad, edad gestacional, antecedente de desprendimiento prematuro de placenta, traumatismo abdominal, control prenatal, cesáreas previas, legrados uterinos previos, hipertensión crónica, preeclampsia, hipertensión inducida por el embarazo, anemia, ruptura prematura de membranas, diabetes mellitus, mixomatosis uterina, polihidramnios y hábitos nocivos. Concluye que el factor de riesgo más importante es la hipertensión arterial inducida por el embarazo, en segundo lugar, la ruptura prematura de membranas y en tercer lugar, la anemia (18).

1.1.3 Antecedentes a nivel local

Rivera K. (2020-Pisco). Factores de riesgo asociado a hemorragias de la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo 2017-2019. Universidad San Juan Bautista. Perú. 2020. Estudio analítico, retrospectivo, observacional, transversal con casos y control. Se utilizó una ficha de recolección de datos, con una muestra de 107 historias clínicas de pacientes que presentaron hemorragia en la segunda mitad de su embarazo. Los resultados de los factores de riesgo asociados a hemorragias de la segunda mitad del embarazo fue los factores socioeconómicos como la edad de 18-34 años en 80 casos (37,4%), de 35 años en 27 casos (12,6%); en los factores ginecológicos esta la edad gestacional de 22 a 34 semanas en 73 casos (34,1%), 35 a 42 semanas de (15,9%); la paridad con 38 casos eran primigestas, 69 gestantes eran multigestas; cesareadas anterior eran 25 (11,7%) casos; entre los factores obstétricos los antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta tuvieron 31 (14,5%) de las gestantes, placenta previa se presentaron 71 (33,2%) de las gestantes, en los controles prenatales las gestantes con menos de 6 controles fueron 84 (39.3%) y 23 (10,7%) tuvieron menos de 6 controles. Concluye que los factores asociados a las hemorragias de la segunda mitad

del embarazo que presentaron la mayoría de las pacientes son el desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, antecedente de cesárea anterior y pacientes con menos de 6 controles prenatales (19).

Agapito M. (2016-Ica). Factores de riesgo asociado al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica, durante el periodo enero – diciembre del 2016. Universidad privada San Juan Bautista. Ica. 2016. Estudio donde encuentra que los factores predisponentes para el desprendimiento prematuro de placenta eran edad > 35 años, el bajo nivel educativo, el trabajo de campo o en el hogar, eran procedentes de zona rural, tenían un control prenatal inadecuado, ruptura prematura de membrana, pacientes que tuvieron algún traumatismo en el embarazo, que terminaron en cesárea y óbito fetal (20).

1.2 Bases teóricas de la investigación

1.2.1 Desprendimiento prematuro de placenta

Es la separación de la placenta desde su sitio de implantación antes del parto, se describe con el término latino abrupto placentae, que significa despedazar la placenta (2).

El desprendimiento prematuro de placenta se define como el proceso en el cual existe un desprendimiento parcial o total de la placenta, hecho que sucede antes del parto. Puede presentarse en cualquier momento del embarazo, en especial a partir de las 20 semanas de gestación, el cuadro de desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada (DPPNI), abrupto placentae o accidente de Baudelocque, puede tener graves consecuencias para el feto y para la madre (21).

Es la segunda causa de hemorragia obstétrica, luego de la placenta previa, e implica una elevada morbilidad perinatal, así como una alta frecuencia de reincidencia en futuros embarazos (1).

Esta condición representa uno de los eventos catastróficos más importantes al que puede enfrentarse el equipo de salud. La rapidez en la progresión, el rápido deterioro materno y el severo compromiso fetal hacen de esta circunstancia un fenómeno de gravedad comparable a la embolia de líquido amniótico, la ruptura uterina, la eclampsia y el trombo embolismo pulmonar (22).

Aunque se desconoce la causa principal, la mayoría de los casos están asociados a otros procesos hipertensivos que se pueden producir durante la gestación. Debido a su gran cantidad de factores asociados, no hay duda de que la sospecha diagnóstica y la rápida identificación de esta condición son el principio fundamental del pronóstico materno y neonatal (22).

1.2.2 Frecuencia

La incidencia varía sustancialmente según el criterio diagnóstico utilizado y el tipo de población asistida, el 18% de los casos ocurre antes del inicio del trabajo de parto, es causa de muerte materna de 0,55 a 5,0% y de muerte fetal de 50% a 80% (23).

Se ha descrito una recurrencia de desprendimiento prematuro de placenta que varía de 5 a 17%. Si la paciente ha tenido antecedentes de desprendimiento placentario en 2 embarazos la posibilidad de recurrencia es del 25% (22).

1.2.3 Fisiopatología

El desprendimiento prematuro de placenta se caracteriza por vasos maternos defectuosos de la decidua basal, que se rompen y causan su separación. Estos vasos dañados provocan la hemorragia, lo que da lugar a un hematoma decidual que puede facilitar la separación del tejido placentario y la pérdida del área de superficie materno fetal para el intercambio de nutrientes y gases (24).

Debido a la ruptura de arterias espirales que causan el hematoma retroplacentario, el área de separación progresa rápidamente y alcanza el borde de la placenta. El útero se encuentra distendido, este no es capaz de contraerse lo suficiente como para comprimir los vasos sangrantes y atenuar la hemorragia. Este sangrado divide las membranas de la pared uterina, puede aparecer externamente o puede quedar retenido dentro del útero (22).

Los síndromes hipertensivos del embarazo y otras complicaciones que producen daño del epitelio vascular, como la diabetes mellitus o las enfermedades renales crónicas, pueden romper los vasos de la decidua basal y producir la extravasación sanguínea. Al desprenderse la placenta, se produce un hematoma y necrosis en la decidua basal, que separa la placenta del sistema vascular materno, lo que produce recurrencia del desprendimiento (23).

La hipertonía es la causa de todos los procesos que se producen en el desprendimiento, existiendo un aumento evidente del tono y de la presión intramiometrial. Este proceso produciría la rotura de los vasos capilares y venosos y de los lagos sanguíneos, origen del hematoma y del desprendimiento. A ello contribuirían también la anoxia y el hecho de que la presión sanguínea intrauterina es siempre superior a la presión del líquido amniótico, lo que facilitaría aún más el estallido de los vasos (21).

1.2.4 Etiología

La etiología del desprendimiento prematuro de placenta es desconocida y posiblemente se trate de una patología con causa multifactorial.

1.2.4.1 Edad

Desempeña un papel crucial ya que se ha asociado mayor riesgo obstétrico en las edades gestacionales limítrofes: menores de 15 o mayores de 35 años (25).

En algunas estadísticas la incidencia del desprendimiento de placenta aumenta al avanzar la edad de la gestante (26).

La edad materna a menudo se cita como un factor de riesgo asociado al desprendimiento placentario, las mujeres con más de 40 años de edad mostraron una posibilidad mayor de presentar desprendimiento prematuro de placenta (2).

1.2.4.2 Estado nutricional

Las gestantes que tengan un estado nutricional inadecuado podrían tener deficiencia de ácido fólico, vitamina C, deficiencia de vitamina A, calcio y

Proteínas consideradas como factores que estarían asociado al desprendimiento prematuro de placenta (1).

Se resalta la frecuente asociación del déficit de ácido fólico y el desprendimiento prematuro de placenta, quienes aseguran que el déficit de folatos está relacionado con la génesis de esta patología y con otras graves complicaciones del embarazo (26).

1.2.4.3 Procedencia

Se debe establecer el grupo étnico al que pertenece la paciente, ya que puede asociarse con enfermedades específicas; en el caso de desprendimiento prematuro de placenta ya que en algunos estudios el desprendimiento fue más frecuente en mujeres de raza afro descendiente (2). El lugar de residencia es igual de importante definir si es rural o urbano, ya que en algunos casos el acceso a los servicios de salud es limitado ya sea por distancia, tiempo o ambos (25).

1.2.4.4 Ocupación

La ocupación debe determinarse con precisión, ya que existen riesgos potenciales asociados con esta, como inhalación o contacto con agentes tóxicos (25).

También se tienen que considerar la ocupación con gran desgaste físico como las actividades de campo y ganadería donde pueden ocurrir accidentes en la realización de sus actividades.

1.2.4.5 Estado civil

Es importante determinar el estado civil para determinar si es casada, conviviente, si es madre soltera o sin pareja ya que nos puede dar una idea si la paciente recibe apoyo de la pareja o no, considerada en muchos estudios (22).

1.2.4.6 Paridad

La multiparidad constituye un claro factor de riesgo para el desprendimiento de placenta. La incidencia en primíparas está por debajo de 1% mientras que en múltiparas es de 3%. Este fenómeno se ha explicado por el daño repetitivo que se produce en el endometrio y en especial en el lecho placentario en cada embarazo (22).

1.2.4.7 Hipertensión arterial crónica

La hipertensión de la madre ha sido el factor de riesgo de desprendimiento placentario identificado de forma más constante. Esta relación se ha observado tanto con enfermedad hipertensiva crónica como con la relacionada con el embarazo. Comparadas con las mujeres normotensas, las hipertensivas tienen un riesgo de cinco veces mayor de desprendimiento placentario. Desafortunadamente, no se ha demostrado que el tratamiento antihipertensivo reduzca el riesgo de desprendimiento placentario en mujeres con hipertensión crónica (24).

1.2.4.8 Hipertensión inducida por el embarazo

Es la hipertensión diagnosticada por primera vez durante la gestación después de las 20 semanas, sin proteinuria. Las cifras de tensión arterial retornan a la normalidad antes de las 12 semanas posparto, con lo que se confirma el diagnóstico (21).

En los embarazos normales se observa una vasodilatación de las arterias espiraladas de hasta cuatro veces su calibre, lo cual disminuye la resistencia periférica y favorece la perfusión del espacio intervelloso. En cambio, el mecanismo de acción de la hipertensión inducida por el embarazo sería causante de una invasión trofoblástica anormal, con la consecuente disminución en el flujo útero placentario (21).

1.2.4.9 Preeclampsia

Es un síndrome multisistémico en el cual la manifestación principal es la aparición de hipertensión con proteinuria, asociada o no a edemas, que

aparecen por primera vez a partir de las 20 semanas de gestación (1). Es un síndrome específico del embarazo y se debe a la reducción de la perfusión a los diferentes órganos secundariamente al vasoespasmo y a la activación endotelial (21), con una PA \leq 140 mmHg, con proteinuria (1).

En un alto porcentaje de los casos, la preeclampsia se asocia con este accidente, hasta tal punto que debe pensarse automáticamente en ella cuando se sospeche un desprendimiento (21).

Preeclampsia leve: Se presenta con una presión arterial \leq 140/90mmHg al menos en dos ocasiones, con seis horas de diferencia o presión arterial media $<$ 126 (23).

Preeclampsia severa: Se presenta con una presión arterial media $>$ 126, presión arterial $>$ 160/110, proteinuria $>$ 5g / 24h, creatinina $>$ 1,2 mg/dl, plaquetas $<$ 100 000, edema masivo, ascitis, oliguria o anuria (23).

1.2.4.10 Eclampsia

Se denomina así a la presencia de convulsiones en pacientes preeclámplicas que no pueden ser atribuidas a otra causa. La eclampsia es una emergencia obstétrica con alto riesgo materno y fetal y es el punto culminante de la enfermedad hipertensiva del embarazo. Aproximadamente la mitad de los casos de eclampsia aparecen antes del trabajo de parto, un 25% lo hace durante el trabajo de parto y el resto en el posparto. Puede presentarse hasta 48 horas después del parto y en nulíparas se han descrito convulsiones hasta 10 días posparto (21).

1.2.4.11 Traumatismo abdominal

Los traumatismos externos pueden ocasionar desprendimiento placentario. La frecuencia del desprendimiento causado por traumatismo es variable, los problemas graves que acompañan al traumatismo son las lesiones placentarias y rotura uterina. La separación placentaria por un traumatismo quizá se genere de la deformación del miometrio elástico alrededor de la placenta relativamente rígida. Los datos clínicos con el desprendimiento traumático a veces se encuentran ocultos y no se acompaña de dolor uterino, hipersensibilidad o

hemorragia. Otras características son evidencia de daño fetal, como taquicardia fetal, desaceleraciones tardías, acidosis y muerte fetal (2).

También se destaca como los traumatismos abdominales cerrados por malos tratos domésticos o accidentes de tráfico. Los traumatismos internos espontáneos o provocados durante las maniobras de versión externa, tales como las tracciones del feto sobre un cordón breve (21).

1.2.4.12 Ruptura prematura de membranas

Es la rotura espontánea de las membranas corioamnióticas producidas antes del inicio del trabajo de parto y después de la semana 20 de gestación. El desprendimiento placentario ocurre en el 2 - 5% de los embarazos con ruptura prematura de membranas. La infección intrauterina y el oligoamnios aumentan notablemente el riesgo de desprendimiento placentario, y los patrones de frecuencia cardíaca fetal de pérdida del bienestar fetal ocurren en casi la mitad de estos embarazos (24).

La ruptura prematura de membranas se asocia con un incremento de la incidencia del desprendimiento prematuro de placenta originada por la descompresión súbita del útero y la subsiguiente retracción del miometrio (26).

1.2.4.13 Gestación múltiple

La descompresión rápida de un útero sobre distendido puede precipitar un desprendimiento placentario agudo. Esto puede ocurrir en el contexto de gestaciones múltiples o polihidramnios. En comparación con las gestaciones de fetos únicos, se ha informado de que las mujeres con embarazo gemelar tienen un riesgo tres veces mayor de desprendimiento placentario. Aunque el momento exacto del desprendimiento placentario en gestaciones múltiples es difícil de determinar, se ha atribuido a la descompresión rápida del útero después del nacimiento del primer gemelo (24).

1.2.4.14 Polihidramnios

Es un síndrome clínico que se caracteriza por el aumento exagerado de la cantidad de líquido amniótico. Este normalmente oscila entre 300 y 900 ml. Se

considera arbitrariamente que hay poli hidramnios cuando el embarazo de término excede los 2000 ml, o los 1000 ml a las 20 semanas (21).

La pérdida rápida de líquido amniótico en embarazos complicados por polihidramnios ha sido involucrada en el desprendimiento placentario. Esto puede ocurrir con la rotura espontánea de membranas o puede ser posterior a una amniocentesis terapéutica (24).

1.2.4.15 Macrosomía fetal

Es resultado de la hiperglicemia materna que se transmite al feto, lo que provoca que el páncreas fetal hipertrofe y se torne híper reactivo, ocasionando un estado de híper insulinismo fetal (la insulina estimula el crecimiento fetal) llegando a pesar más de 4 kilos (1).

Esto produce la sobre distensión del útero y una vez que se da el nacimiento del feto con macrosomía la descompresión rápida del útero puede precipitar el desprendimiento prematuro de placenta (24).

1.2.4.16 Diabetes mellitus

Es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por un déficit de insulina circulante, lo que impide la utilización de glucosa a nivel periférico (intolerancia a la glucosa), provocando hiperglicemia y glucosuria, y un aumento en el catabolismo de proteínas y grasas, con tendencia a la cetoacidosis (1).

La diabetes mellitus se considera un factor de riesgo del desprendimiento prematuro de placenta por lo que en este caso es frecuente que provoque la hipertensión arterial y la preeclampsia se conoce que la resistencia de insulina está fuertemente asociada con la hipertensión arterial y es frecuente debido a la mayor tendencia a la retención hídrica, tendencia a la complicación neonatal como la macrosomía fetal, también puede presentarse poli hidramnios ya que se relaciona con malformaciones congénitas (1).

1.2.4.17 Legrados profundos

El legrado constituye el método que se usa más frecuentemente para retirar los productos de la concepción del 1er. trimestre.

Es un método utilizado para los casos de aborto, en este caso se considera un factor de riesgo para desprendimiento de placenta porque en pacientes con abortos recurrentes puede provocar tejido cicatricial en el útero, las adherencias y sinequias intrauterinas secundarias, también condicionan un desarrollo endometrial inadecuado lo que podría desencadenar desprendimiento prematuro de placenta (22).

1.2.4.18 Cesárea previa

Las mujeres sometidas a una cesárea previa en el segmento inferior, tiene el riesgo de dehiscencia de la cicatriz uterina, lo que puede producir la mala implantación de la placenta y producir a futuro desprendimiento prematuro de placenta, se acompaña con los signos de dolor suprapúbico espontáneo y a la palpación, taquicardia materna, hemorragia vaginal y shock.

El riesgo de desprendimiento de placenta también se incrementa en pacientes con cesárea previa comparadas con parto vaginal previo (22).

Hay datos escasos en los cuales basar las recomendaciones para el número máximo de cesáreas, comparando pacientes que tuvieron menos, se encontró que las anomalías en la placentación y las complicaciones intra operatorias fueron mayores (22).

1.2.4.19 Mioma uterino

Los miomas son los tumores más frecuentes que ocurren en la mujer y su incidencia puede aumentar entre un 20 a 30% en la edad reproductiva. Los miomas pueden originar más frecuentemente amenazas de aborto, pérdidas recurrentes del embarazo, parto de pretérmino, desprendimiento placentario, rotura prematura de membranas, placenta previa, presentaciones distócicas, hemorragias del alumbramiento y puerperales (21).

La mala implantación placentaria en pacientes con anomalías uterinas, sinequias, fibromas y cicatrices por cesáreas se asocia con el desprendimiento (24).

1.2.4.20 Antecedente de desprendimiento prematuro de placenta

Muchos de los factores predisponentes actúan por tiempo prolongado y en consecuencia son repetitivos, por esa causa se puede decir que el desprendimiento prematuro de placenta muestra una cifra elevada de reincidencia (2). Después de un desprendimiento, el riesgo de reincidencia es del 5-15%, mientras que el riesgo aumenta al 20-25% después de dos desprendimientos (24). El tratamiento de un embarazo que se produce después de un desprendimiento prematuro es difícil porque puede ocurrir de manera repentina otra situación similar, incluso muy lejana del término del embarazo (2).

1.2.4.21 Corioamnionitis

Es una entidad en la cual microorganismos, usualmente bacterias, llegan y se multiplican en la cavidad amniótica. Puede ocurrir tanto ante la rotura prematura de las membranas como con el saco ovular íntegro. Los gérmenes que infectan la cavidad ovular son tanto aeróbicos como anaeróbicos (21).

A partir de los trabajos epidemiológicos y también de algunos estudios microbiológicos e histopatológicos de las placentas, la enfermedad materna por corioamnionitis secundaria a una rotura prematura de membranas se ha relacionado en gran medida con la incidencia de desprendimiento. Las evidencias patológicas que apoyan esta relación incluyen el aumento de las bacterianas en el líquido amniótico de las pacientes con corioamnionitis.

1.2.4.22 Retardo de crecimiento intrauterino

Se considera que un feto presenta restricción de su crecimiento intrauterino cuando se le estima un peso inferior al que le correspondería para su edad gestacional (21).

Incluyeron la restricción del crecimiento fetal como uno de los “grandes síndromes obstétricos” relacionados con defectos en la placentación precoz. Observaron que los trastornos en el sitio de placentación, como la invasión trofoblástica incompleta, se relacionan con restricción del crecimiento fetal y con trastornos hipertensivos (2).

1.2.4.23 Anemia ferropénica

La deficiencia de hierro es la carencia nutricional más prevalente en todo el mundo, se estima que afecta a más de 500 millones de personas. La presencia de anemia ferropénica en el embarazo se asocia con un aumento del riesgo de mortalidad materna, de parto pretérmino y de bajo peso al nacer (21).

En mayor parte de los estudios sobre anemia durante el embarazo es probable que se trate de anemias por desnutrición. Las dos causas más frecuentes de anemia durante el embarazo y puerperio son la deficiencia de hierro y la hemorragia aguda (2).

1.2.4.24 Iatrogenia

Otros factores etiológicos si bien no han realizado estudios de casos y controles a gran escala para definir estas asociaciones de forma satisfactoria también es importante señalarlos.

1.2.4.25 Amniocentesis terapéutica

La amniotomía permite conocer el color del líquido amniótico, determinando la presencia de meconio, sangre o infección intrauterina (23). Consiste en la rotura artificial de las membranas ovulares, con la finalidad de inducir, estimular a hacer progresar el parto. Es un procedimiento invasivo que consiste en la punción de la cavidad amniótica, por vía vaginal (1).

Las complicaciones de la amniocentesis que se pueden presentar entre ellas se conocen: corioamnionitis, punción fetal, hemorragia, desprendimiento prematuro de placenta y las complicaciones maternas son: infección, isoinmunización, lesión de vasos sanguíneos (1).

1.2.4.26 Versión externa

Como la versión con cordón umbilical corto (23). Versión cefálica externa por parto de nalgas. Los riesgos de la técnica son enredo del cordón, desprendimiento prematuro de placenta, y rotura de prematuro de membranas.

1.2.4.27 Colocación de catéter de presión intrauterino

Se determina la presión de líquido amniótico entre las contracciones y durante ellas mediante un catéter de plástico lleno de líquido con un extremo distal localizado arriba de la presentación. El objetivo de este método es vigilar la actividad uterina durante el trabajo de parto, permite medir exactamente la intensidad de las contracciones uterinas, el tono uterino y la amplitud de los pujos. El principal inconveniente de este método es que con la mala inserción del catéter se puede ocasionar daños a los vasos placentarios y fetales (21).

1.2.4.28 Inducción al trabajo de parto

Inducción con oxitocina

La oxitocina causa aumento de la actividad uterina de acuerdo a la dosis que se administra. Los efectos secundarios de la oxitocina son la hiperestimulación uterina, sufrimiento fetal, problemas cardiovasculares, puede elevar la presión arterial, puede producir náuseas y vómitos (23).

Inducción con misoprostol

El misoprostol es una prostaglandina sintética aprobada para prevención de la úlcera péptica. Se ha usado fuera de las indicaciones en la información para prescripción para la maduración cervical previa a la inducción, puede administrarse por vía oral o vaginal. En comparación con la oxitocina el misoprostol disminuyó la necesidad de inducción con oxitocina, pero aumentó la frecuencia de líquido amniótico teñido con meconio. Una de las contraindicaciones maternas para la inducción se relaciona con el tipo de incisión uterina previa, la anatomía pélvica estrecha, trastornos infrecuentes como infección activa con herpes genital, cáncer cervicouterino y la implantación anormal de la placenta (2). El uso indebido de oxitocina y misoprostol puede tener complicaciones como el sufrimiento fetal, acidosis fetal, rotura uterina, también podría estar asociada al desprendimiento placentario por la hiperestimulación uterina (23).

1.2.4.30 Hábitos nocivos

Tabaquismo

El tabaco incrementa el riesgo de padecer un desprendimiento prematuro de placenta por la hipoxemia que produce (26). Además, el tabaquismo y la enfermedad hipertensiva parecen tener un efecto aditivo sobre la probabilidad de desprendimiento placentario (24).

El cigarrillo produce necrosis decidual y disminución en el flujo sanguíneo placentario. La combinación de antecedente de tabaquismo más desorden hipertensivo del embarazo aumenta el riesgo 6 veces para desprendimiento placentario por efecto vasoconstrictor acumulativo (22).

Abuso de cocaína

La cocaína aumenta el riesgo de producción de desprendimiento prematuro de placenta debido a la hipertensión que induce (26).

El consumo de cocaína en el 3er. trimestre se ha asociado con una tasa de desprendimiento placentario del 10%. La patogenia parece estar relacionada con el vasoespasmo inducido por la cocaína con la posterior isquemia de la decidua y rotura vascular dentro del lecho placentario (24).

Sintomatología del desprendimiento prematuro de placenta

El sangrado vaginal en el 3er. trimestre del embarazo es la principal manifestación del desprendimiento de placenta en un 78% de los casos, hipersensibilidad uterina en un 66% de los casos, hipertonía uterina en un 17% de los casos, trabajo de parto pretérmino en el 22% de los casos, se presenta sufrimiento fetal en el 66% de los casos y el 15% de los casos se produce muerte fetal (22).

Cerca de 30% de los casos corresponden a desprendimientos pequeños y no producen síntomas. En 20% de las pacientes el sangrado es oculto y el diagnóstico se realiza por inicio de actividad uterina (22).

El dolor abdominal suele acompañar a la hemorragia, la presencia de sangre en la capa basal de la decidua estimula las contracciones, lo que provoca dolor abdominal. Los síntomas comienzan de manera brusca y puede estar acompañado o no de hemorragia externa (22).

Grados de desprendimiento prematuro de placenta

La clasificación de esta patología en grados según su gravedad tenemos:

Grado I (formas leves): en esta clasificación están aquellos desprendimientos donde se afecta un 30% o menos de la superficie placentaria, se presentan pequeños síntomas de una hemorragia vaginal mínima donde el color del sangrado es parecido a un rojo oscuro, acompañado de coágulos de menor tamaño, un leve dolor en la parte del abdomen, feto vivo y un estado óptimo en la salud de la madre (1). Se confirma el diagnóstico después del alumbramiento (23).

Grado II (forma moderada): la separación placentaria es del 25% (23). La superficie placentaria de 2/3 o menos. El hematoma retroplacentario es de 30 a 15 cc (22). La mayoría de estas pacientes presenta alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, lo cual con frecuencia hace difícil auscultarlos. Las contracciones uterinas llegan a ser de mayor intensidad con ausencia de relajación entre ellas y el dolor es permanente. La rigidez uterina palpable es un factor de riesgo alto para el feto (23). En esta clasificación presentan ciertos síntomas como un dolor agudo en la parte del abdomen; la presencia de una hemorragia en una mínima cantidad, pero de color oscuro o se presenta una hemorragia interna, se suele notar un aumento en la parte del útero a causa de la presencia del hematoma. Ocurre en cerca del 20 al 30% de los casos, el feto llega a morir y en el 90% de los casos presenta sufrimiento fetal agudo.

Grado III (Forma grave): el desprendimiento es de separación placentaria en 75%. La superficie de la placenta se separa más de 2/3 y se presenta en el 15% de los casos (22). El dolor es intolerable, el útero tiene consistencia leñosa y el sangrado externo no suele ser excesivo, el hematoma es muy grande y es frecuente en estos casos el choque hipovolémico, la coagulopatía de consumo

y la muerte fetal (23). Al principio es de forma brusca sin previo aviso. El dolor abdominal puede ser intenso, brusco, con sensación de tensión del abdomen, es difícil de explorar, por el dolor, el útero contraído y leñoso. Para asegurar la supervivencia materna es necesario un control minucioso del funcionamiento renal y cardiovascular (23).

Diagnóstico

El diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta es de tipo clínico, se basa en la presencia de dolor abdominal o abdomino lumbar, hipertonia uterina y de la presencia de sangrado vaginal que aparece súbitamente. Estos se hacen evidentes dependiendo del grado de gravedad del cuadro y en ocasiones puede no haber signos (23).

El sangrado vaginal: es el signo que se presenta con mayor frecuencia en un 80% de los casos, generalmente es escaso, de color oscuro y sero hemático, procedente del hematoma retroplacentario (1). Desafortunadamente la hemorragia puede subestimarse, porque puede estar retenida detrás de la placenta (24). Las hemorragias retroplacentarias mayores de 60 ml son asociadas con el 50% de mortalidad fetal, mientras que las hemorragias subcoriónicas similares se asocian con mortalidad fetal del 10% (22).

El dolor abdominal: es súbito y constante se presenta en el 65% de los casos, con reacción de defensa muscular e hipersensibilidad del útero a la palpación (1).

La dinámica uterina: la hipertonia uterina se presenta en el 50% de los casos. La dinámica uterina aumenta debido a la hiperactividad contráctil, aumenta la intensidad y frecuencia de las contracciones, el tono se eleva, a medida que el cuadro avanza el útero no se relaja, permanece contracturado y duro, se vuelve hipersensible y doloroso (1).

En el desprendimiento de grado I el diagnóstico casi siempre es por hallazgo de coágulos retro placentarios (23).

En el grado II los signos son más evidentes son el sangrado brusco, dolor y la hipertoniá uterina. En estos casos la ecografía ayuda a mostrar un hematoma retroplacentario de variable densidad (23).

En el grado III puede haber coque hipovolémico y coagulación intravascular diseminada. La hemorragia puede ser visible o no y llegar a tener un volumen de 3000 ml dentro del útero, haciéndolo crecer, en este grado está confirmada la muerte fetal (23).

El compromiso fetal varía, en los casos moderados puede haber sufrimiento fetal agudo con desaceleración y bradicardia y en los casos severos por lo general se convierte en óbito fetal (1).

Evolución

Dependerá de la forma, si es leve o grave. Si se inicia el trabajo de parto con rapidez, la evolución puede ser favorable y muchas veces el parto es rápido. En caso sucede un desprendimiento con un nivel de intensidad leve y sin presentar síntomas previos, el proceso de gestación podría continuar sin algún problema hasta llegar a culminarse. Pero si llegara a abarcar una mayor zona en la parte del abdomen, en muchos casos el parto se da por iniciado, pero podría suceder que el feto este muerto.

Si el parto se presenta en bloques “parto en avalancha” se produce una expulsión del feto, acompañado de coágulos y de la placenta. La causa de esta rápida evolución se explica porque el útero, en asociación con la hipertoniá, puede presentar contracciones de intensidad imperceptible a la palpación abdominal que desarrollan, en tales circunstancias, un efecto dinámico e impulsor intenso.

Si el tratamiento no es el apropiado de acuerdo a su riesgo incluso la evolución resulta ser desfavorable podría terminar en un cuadro grave de hemorragia y shock, que incluso puede causar el deceso de la madre (21). En las formas graves generalmente el feto muere antes de una posible conducta obstétrica.

Tratamiento

El manejo inicial consiste en determinar la causa del sangrado, descartar placenta previa o causas no obstétricas del sangrado, examen físico exhaustivo, evaluación ecográfica del útero, placenta y feto (22). Una vez hecho el diagnóstico de desprendimiento de placenta se debe: verificar viabilidad fetal, disponibilidad de unidades de sangre, vía endovenosa para administración de líquidos, determinación de hemoglobina, hematocrito, tiempo de protrombina, tiempo de trombolastina, plaquetas; monitoreo fetal continuo para verificar patrón de frecuencia cardíaca fetal y actividad uterina (22).

En los casos de desprendimiento de grado I o II se puede permitir el parto vaginal, si el trabajo de parto ya se inició; adicionalmente, es de mucha ayuda la rotura de las membranas y la inducción o estimulación con infusión de oxitocina, de acuerdo al caso. Si no hubiera respuesta a la oxitocina no se debe insistir (23).

En el desprendimiento prematuro de placenta leve al determinar la edad gestacional: en una gestación a término: si el feto está vivo, cercano al término y no hay signos clínicos de compromiso fetal, se puede optar por la amniotomía e infusión de oxitocina para inducir el parto, si la inducción progresa se opta por parto vaginal, si la inducción no progresa se debe elegir la cesárea (21).

En la gestación menor de 37 semanas: si el feto no ha llegado a término, el objetivo del tratamiento es prolongar la gestación si lo permite el estado materno y fetal (21).

En el desprendimiento de grado III, el tratamiento está dirigido a disminuir la morbilidad y mortalidad materna: en caso de hemorragia grave, lo primero es reanimar a la madre y después valorar el estado del feto (21).

Transfundir dos unidades de paquetes globulares, aun cuando la presión arterial, pulso y concentración de hemoglobina sean normales (23).

Cuando se trata de mujeres con desprendimiento placentario grave y muerte fetal, se debe corregir la coagulopatía de consumo, la intervención quirúrgica

puede provocar una hemorragia incontrolable y una mayor necesidad de histerectomía (24).

1.2.5 Exámenes auxiliares

Se realizarán exámenes auxiliares comunes para el caso de hemorragia de la segunda mitad de embarazo:

- a) Hemoglobina y hematocrito: para confirmar la anemia.
Perfil de coagulación: para recuento de plaquetas, tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina.
- b) Ecografía Obstétrica: puede ser útil para descartar placenta previa, pero sólo se evidencian signos ecográficos de desprendimiento prematuro de placenta en 25% de casos. Los signos que se registran son de hemorragia aguda y la presencia de hematomas.
- c) Monitoreo electrónico fetal: la dinámica es irregular con tono, amplitud y frecuencia aumentadas (1).

1.3 Marco conceptual

- 1.3.1 Decidua basal: Es la parte de la decidua que se localiza profundamente respecto al embrión y que representa la parte materna de la placenta (27).
- 1.3.2 Hematoma retroplacentario: Hemorragia oculta en el útero por el desprendimiento de placenta, sangrado que no se exterioriza al exterior y se mantiene oculta (24).
- 1.3.3 Isquemia: Pérdida de la autorregulación del flujo sanguíneo, produciéndose la disminución del oxígeno (24).
- 1.3.4 Hipertonía: Puede ser de origen iatrogénico o provocada por un obstáculo que se opone a la progresión del feto, con incremento de la contractilidad (21).
- 1.3.5 Invasión trofoblástica: El trofoblasto se une al epitelio endometrial en el polo embrionario del blastocito (27).
- 1.3.6 Parénquima placentario: Formada por vellosidades coriónicas ramificadas de la placenta que ofrecen una gran superficie para el intercambio de los distintos materiales a través de la membrana placentaria (27).
- 1.3.7 Interfase decidua placentaria: La Interfase materna del embrión se encarga del intercambio de gases y nutrientes (27).
- 1.3.8 Taquicardia fetal: Manifestación precoz ante la hipoxia fetal, con una frecuencia cardíaca fetal de 181 latidos/min o más (21).
- 1.3.9 Sincitioplacentario: Es una zona externa multinucleada sin límites nucleares distinguibles, es una capa del trofoblasto en el desarrollo embrionario (28).
- 1.3.10 Sinequias intrauterinas: Formación de adherencias intrauterinas luego de un procedimiento quirúrgico como legrado uterino (29).
- 1.3.11 Tocolíticos: Fármacos que se utilizan para suprimir el trabajo de parto prematuro (30).

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.4.1 Situación problemática

El desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada (DPPNI) o abrupto placentae o accidente de Baudelocque, es considerada una emergencia obstétrica de muy poca frecuencia, se presenta mayormente después de las 20 semanas de gestación, siendo considerada el segundo motivo de hemorragia obstétrica, elevando la morbimortalidad materno y perinatal (4).

Se complica entre el 0,2% y el 1% de los embarazos. Según estudios realizados demuestran que el 40% al 60% de desprendimientos se han desarrollado a partir de las 37 semanas y el 14% antes de las 32 semanas y en mujeres multíparas, incluyendo los antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta. Es por esta razón que el personal de la salud tiene que vigilar estos antecedentes, prestando una mayor atención a este grupo de gestantes. El desprendimiento prematuro de placenta es la razón más importante de morbimortalidad materna y perinatal. La muerte materna es siete veces mayor que la tasa general. Así mismo dentro de las complicaciones maternas más frecuentes encontramos los trastornos de la coagulación, shock hipovolémico, ingresos constantes en la unidad de cuidados intensivos y pocas veces la muerte. Las complicaciones fetales principales son la prematuridad con la morbilidad asociada, retardo del crecimiento intrauterino y óbito fetal (31).

Es por ello que dentro del interés del presente estudio se tiene que conocer los factores predisponentes para el desprendimiento prematuro de placenta que se presentan en nuestra realidad, además de la importancia que tiene este problema sobre la salud materno perinatal, describiendo las características de la población, patologías obstétricas asociadas, mortalidad fetal, morbimortalidad neonatal y el estado materno; dando disponibilidad a que otros investigadores puedan ampliar el conocimiento de casos relacionados a esta entidad, creando programas estratégicos de prevención, evitando el incremento de la morbimortalidad materno y fetal.

1.5 Formulación de problemas

1.5.1 Problema general

¿Cuál es la relación de los factores predisponentes al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 - 2020?

1.5.2 Problemas específicos

PE1: ¿Cuál es la relación de los factores biológicos y el desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 - 2020?

PE2: ¿Cuál es la relación de los factores socioeconómicos y el desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 - 2020?

PE3: ¿Cuál es la relación de los factores obstétricos y el desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 - 2020?

1.6 Delimitación del problema

1.6.1 Delimitación espacial o geográfica

La investigación se realizó en el hospital Santa María del Socorro de Ica.

1.6.2 Delimitación temporal

La investigación se llevó a cabo durante el período de 2019 - 2020.

1.6.3 Delimitación Social

La investigación se realizó con las gestantes cuyo parto fue atendido en el periodo 2019 - 2020.

1.6.4 Delimitación Conceptual

Esta investigación quiso evidenciar la relación entre los factores predisponentes como factores biológicos, factores socioeconómicos y factores obstétricos; con el desprendimiento prematuro de placenta que es la separación de la placenta desde su sitio de implantación antes del parto.

1.7 Justificación e importancia de la investigación

1.7.1 Justificación

Siendo la hemorragia la primera causa de muerte materna en países en desarrollo, se considera que el estudio sobre el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, es relevante; por estar asociada a otras patologías que desencadenan esta problemática (20).

En la actualidad todavía en su mayoría, las muertes maternas son producidas por hemorragia postparto y ante parto, complicaciones de aborto, trastornos hipertensivos en el embarazo, sepsis, parto prologado u obstruido, ruptura uterina y embarazo ectópico (20).

El interés del presente estudio es conocer los factores que predisponen que las gestantes presenten desprendimiento prematuro de placenta y así evitar las complicaciones en la madre y el feto (32).

La importancia que tiene este problema sobre la salud materno perinatal, es debido a que se podría identificar y brindar una atención de manera oportuna a las gestantes con la finalidad de disminuir el índice de morbimortalidad materno perinatal en los casos registrados en otros estudios de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en nuestro país (22).

Este estudio será de importancia para que otros investigadores puedan ampliar sus conocimientos y puedan aportar con sus investigaciones la creación de estrategias que ayuden en la prevención de casos de desprendimiento prematuro de placenta en las gestantes evitando el incremento de muertes materna y fetal.

1.7.2 Importancia

En este estudio se investigará cuáles son los factores predisponentes relacionados con el desprendimiento prematuro de placenta y las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia en la madre y en el feto (32).

El propósito es implementar nuevas estrategias orientadas a la educación, en la gestante y cada miembro de la familia, para que reconozcan la importancia del acudir precozmente a los controles perinatales y saber identificar cualquier signo de alarma o complicación que se esté presentando. De este modo se espera contribuir con información útil para el diseño de estrategias de prevención de las complicaciones derivadas de esta patología (7).

1.8 Objetivos de investigación

1.8.1 Objetivo general

Determinar la relación de los factores predisponentes al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 - 2020

1.8.2 Objetivos específicos

OE1: Analizar la relación de los factores biológicos y el desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 - 2020

OE2: Identificar la relación de los factores socioeconómicos y el desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 - 2020

OE3: Indagar la relación de los factores obstétricos y el desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 – 2020

1.9 Hipótesis de investigación

1.9.1 Hipótesis general

Los factores predisponentes al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 – 2020, se relacionan.

1.9.2 Hipótesis específicas

HE1: Existe relación entre los factores biológicos y el desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 - 2020.

HE2: Existe relación entre los factores socioeconómicos y el desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 - 2020.

HE3: Existe relación entre los factores obstétricos y el desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 - 2020.

1.10 Variables de investigación

1.10.1 Identificación de variables

Variable X:

Factores predisponentes

Variable Y:

Desprendimiento prematuro de placenta

1.10.2 Operacionalización de variables

Variable X:

Factores predisponentes

Dimensiones:

Factores biológicos.

Factores socioeconómicos.

Factores obstétricos.

Indicadores

Factores biológicos:

Edad

Estado nutricional

Hábitos nocivos

Factores socioeconómicos:

Estado civil

Grado de instrucción

Procedencia

Factores obstétricos

Traumatismo abdominal

Macrosomía fetal

Ruptura prematura de membranas

Infección de vías urinarias

Enfermedad hipertensiva del embarazo

Anemia ferropénica

Cesárea previa

Aborto

Antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta

Control prenatal

Inducción

Paridad

Edad gestacional

Variable Y:

Dimensiones

Grado de desprendimiento prematuro de placenta

Indicadores

Grado I

Grado II

Grado III

II ESTRATEGIA METODOLÓGICA

2.1 Tipo, nivel y diseño de investigación.

Tipo de investigación:

Observacional, retrospectiva, transversal

Nivel de investigación:

Relacional

Diseño de investigación:

No experimental.

2.2 Población y muestra materia de investigación

2.2.1 Población de estudio:

El universo de la investigación estuvo conformado por 63 gestantes cuyas edades fueron mayores de 15 años, cuyos partos fueron atendidos en el hospital Santa María del Socorro de Ica.

2.2.2 Muestra de estudio:

De las 63 gestantes se obtuvo una muestra de 26, cuyo diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta fueron confirmados y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión; las cuales fueron tomadas en cuenta para realizar el estudio del hospital Santa María del Socorro de Ica y realizar el estudio analítico.

Criterios de inclusión

- a) Gestantes atendidas en el hospital Santa María del Socorro.
- b) Pacientes gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia comprendidas entre 15 y 35 años.
- c) Todas las historias clínicas del servicio de Obstetricia que tengan información legible y de fácil acceso.
- d) Pacientes con antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta referida en la historia clínica.

- e) Pacientes multíparas.
- f) Gestantes hipertensas.
- g) Gestantes con inducción del trabajo de parto.

Criterios de exclusión

- a) Pacientes que no han sido atendidas en el hospital Santa María del Socorro.
- b) Pacientes de otros servicios diferentes al de Gineco-obstetricia.
- c) Pacientes no gestantes.
- d) Pacientes con historias clínicas incompletas.
- e) Pacientes con diagnostico diferente al desprendimiento prematuro de placenta.

2.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

2.3.1 Técnicas de recolección de datos

La técnica que se empleó fue la ficha de recolección de datos, de la cual se obtuvo información que se encontraron dentro de las historias clínicas.

2.3.2 Instrumentos de recolección de datos

Se solicitó la autorización al director del hospital Santa María del Socorro Ica, a la unidad de capacitación y docencia para que nos brinden las facilidades correspondientes y el acceso a las historias clínicas que nos permitieron realizar la recolección de datos de la investigación.

De estas se pudo obtener la información de forma veraz, descartando toda historia clínica incompleta.

Se utilizó una ficha de recolección de datos la cual constaba de tres partes dividido por factores: el primer factor fue el biológico (edad, estado nutricional, hábitos nocivos); el factor socioeconómico (estado civil, grado de instrucción, procedencia); y por último en el factor obstétrico (traumatismo abdominal,

macrosomía fetal, ruptura prematura de membranas, infección de vías urinarias, enfermedad hipertensiva del embarazo, anemia ferropénica, cesáreas previas, abortos, antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta, control prenatal, inducción, paridad, edad gestacional y grado de desprendimiento prematuro de placenta.

2.4 Técnicas de procesamiento de datos, análisis e interpretación de resultados

Se utilizó el programa Excel 2016 para realizar las estadísticas descriptivas se empleó también el programa estadístico SPSS versión 22. Se hizo uso del estadístico correlación de Pearson con el que se midieron el grado de asociación que existieron entre ambas variables de estudio o grado de dependencia, así pues, el coeficiente de correlación de Pearson (r) que se midió en una escala de 0 a 1, tanto en dirección positiva como negativa. Un valor de “0” indicaba que no hay relación lineal entre las variables. Un valor de “1” o “-1” indicaba, respectivamente, una correlación positiva perfecta o negativa perfecta entre dos variables. Previo a ello el instrumento se sometió a juicio de expertos, en el que fueron evaluadas por tres expertos en el tema y con grado académico de magister o especialidad relacionada a la carrera, en el que se obtuvo un alfa de Cronbach (0,804) mayor de 0,7 para que el instrumento sea aceptado y pueda ser aplicado, ver tabla 1.

Tabla 1. Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N° de elementos
,804	20

Fuente: Instrumento de recolección de datos

III RESULTADOS

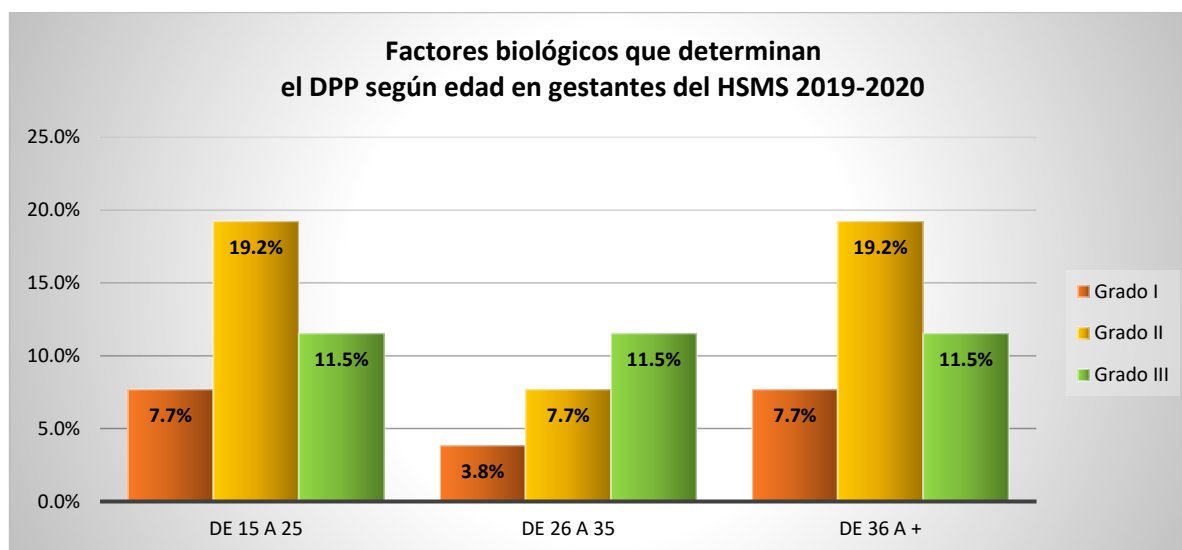
3.1 Presentación e interpretación de resultados

Factor biológico:

Tabla 2. Factores biológicos que determinan el DPP en gestantes del HSMS 2019-2020

Factor biológico		Grado de desprendimiento prematuro de placenta						Total	
		Grado I		Grado II		Grado III			
Ítems	Indicador	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%
Edades	De 15 a 25	2	7.7%	5	19.2%	3	11.5%	10	38.5%
	De 26 a 35	1	3.8%	2	7.7%	3	11.5%	6	23.1%
	De 36 a +	2	7.7%	5	19.2%	3	11.5%	10	38.5%
	Total	5	19.2%	12	46.2%	9	34.6%	26	100.0%
Estado nutricional	Desnutrición	2	7.7%	5	19.2%	3	11.5%	10	38.5%
	Peso normal	1	3.8%	2	7.7%	3	11.5%	6	23.1%
	Sobrepeso	2	7.7%	5	19.2%	3	11.5%	10	38.5%
	Total	5	19.2%	12	46.2%	9	34.6%	26	100.0%
Hábitos nocivos	Si	0	0.0%	3	11.5%	0	0.0%	3	11.5%
	No	5	19.2%	9	34.6%	9	34.6%	23	88.5%
	Total	0	19.2%	12	46.1%	9	34.6%	26	100.0%

Fuente: H.C. de pacientes con DPP del HSMS

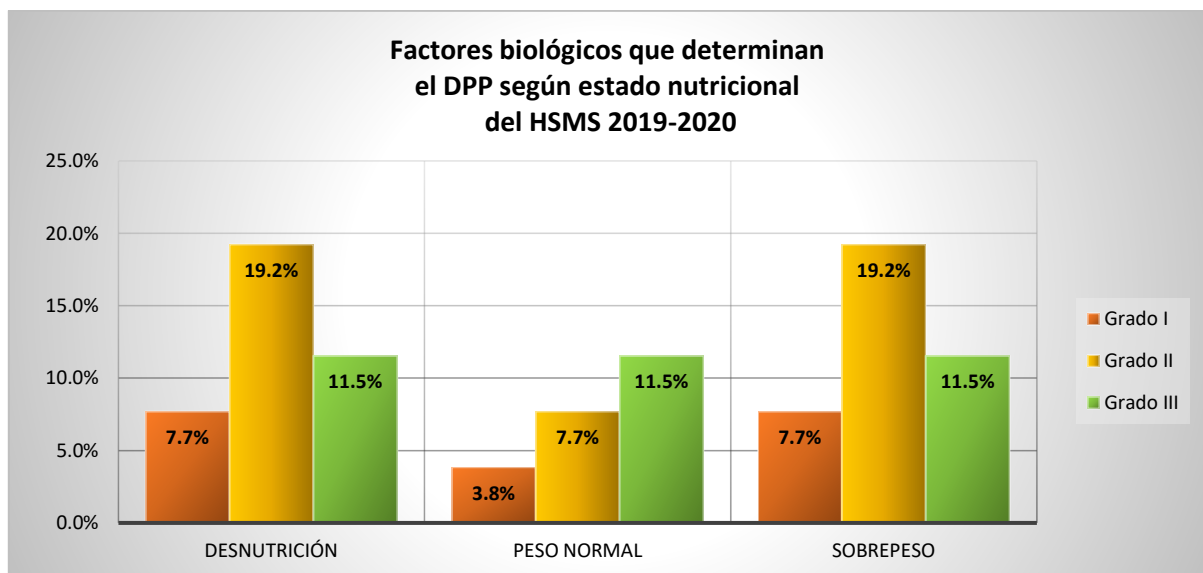


Fuente: H.C. de pacientes con DPP del HSMS

Figura 1. Factores biológicos que determinan el DPP según edad en gestantes del HSMS 2019-2020

Interpretación:

En figura 1 y tabla 2, se observa que, del 100% de pacientes en estudio, 10 pacientes se encuentran comprendidos en una edad de 15 a 25 años, que representan al 38,5% de los cuales, el 7,7% presentaron desprendimiento prematuro de placenta de grado I y el 19,2% presentaron desprendimiento de grado II, mientras que el 11,5% presentaron desprendimiento de grado III. Así mismo, 6 se encuentran comprendidas en una edad de 26 a 35 años, que representan al 23,1% de los cuales, el 3,8% presentaron desprendimiento prematuro de placenta de grado I y el 7,7% presentaron desprendimiento de grado II; el 11,5% presentaron desprendimiento de grado III. Además, 10 se encuentran comprendidos en una edad de 36 a más años, que representan al 38,5% de los cuales, el 7,7% presentaron desprendimiento prematuro de placenta de grado I y el 19,2% presentaron desprendimiento de grado II, y el 11,5% presentaron desprendimiento de grado III. Se aprecia que en el grupo etario de 15 a 25 años y de 36 a más con un porcentaje de 19,2% en ambos hubo el más alto porcentaje de desprendimiento en el grado II. Y el grupo etario de 26 a 35 años se presentan el más bajo porcentaje (3,8%) con grado I.

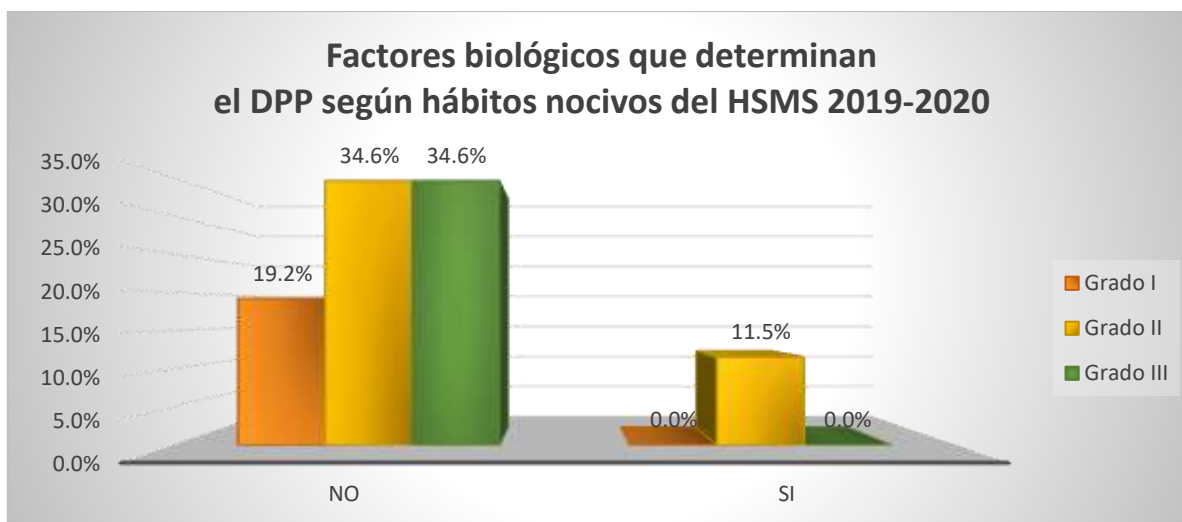


Fuente: H.C. de pacientes con DPP del HSMS

Figura 2. Factores biológicos que determinan el DPP según estado nutricional del HSMS 2019-2020

Interpretación:

En figura 2 y tabla 2, se observa que, del 100% de pacientes en estudio 10 pacientes se encuentran comprendidos en un estado nutricional en desnutrición, que representan al 38,5% de los cuales, el 7,7% presentaron DPP de grado I y el 19,2% presentaron DPP de grado II, mientras que el 11,5% presentaron DPP de grado III. Así mismo, 6 pacientes se encuentran con peso normal, que representan al 23,1% de los cuales, el 3,8% presentaron DPP de grado I y el 7,7% presentaron DPP de grado II; el 11,5% presentaron DPP de grado III. Además, 10 se encuentran con sobrepeso, que representan al 38,5% de los cuales, el 7,7% presentaron DPP de grado I y el 19,2% presentaron DPP de grado II, y el 11,5% presentaron desprendimiento de grado III. Luego se aprecia que aquellas se encuentran con desnutrición en grado II y sobrepeso respectivamente; presentan el más alto porcentaje (19,2%) en tanto que los con peso normal en grado I, presentan el más bajo porcentaje (3,8%).



Fuente: H.C. de pacientes con DPP del HSMS

Figura 3. Factores biológicos que determinan el DPP según hábitos nocivos del HSMS 2019-2020

Interpretación:

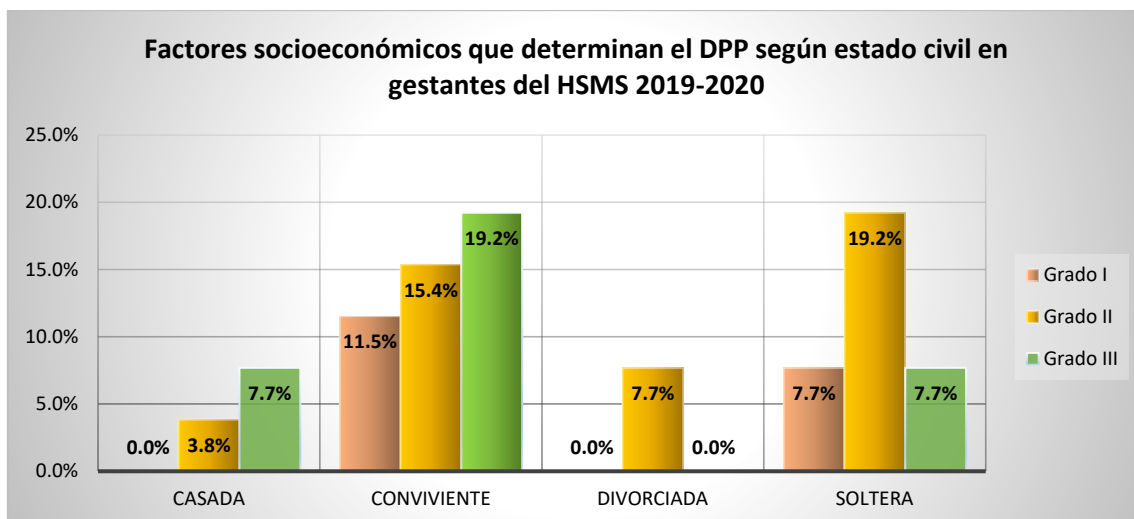
En figura 3 y tabla 2, se observa en el ítem hábitos nocivos que del 100% de pacientes en estudio, 3 tienen algún hábito nocivo, que representan al 11,5% de los cuales sólo presentaron desprendimiento de grado II solamente y el resto de grado I y grado III no presentaron DPP. Así mismo, 23 tienen algún hábito nocivo, que representan al 88,8%5 de los cuales 5 presentaron desprendimiento de grado I que representa el 19.2%, 9 presentaron desprendimiento de grado II y grado III que representa el 34.6% respectivamente. Además, se aprecia que los que no tienen hábitos, en grado II y grado III, presentan el más alto porcentaje (34,6%); luego los que sí tienen hábitos nocivos presentan el más bajo porcentaje (11,5%).

Factor socioeconómico:

Tabla 3. Factores socioeconómicos que determinan el DPP en gestantes del HSMS 2019-2020

Factor socioeconómico		Grado de desprendimiento prematuro de placenta						Total	
		Grado I		Grado II		Grado III			
Ítems	Indicador	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%
Estado civil	Soltera	2	7.7%	5	19.2%	2	7.7%	9	34.6%
	Conviviente	3	11.5%	4	15.4%	5	19.2%	12	46.2%
	Casada	0	0.0%	1	3.8%	2	7.7%	3	11.5%
	Divorciada	0	0.0%	2	7.7%	0	0.0%	2	7.7%
	Total	5	19.2%	12	46.2%	9	34.6%	26	100.0%
Grado instrucción	Sin estudios	0	0.0%	2	7.7%	0	0.0%	2	7.7%
	Primaria	2	7.7%	4	15.4%	6	23.1%	12	46.2%
	Secundaria	2	7.7%	5	19.2%	3	11.5%	10	38.5%
	Superior	1	3.8%	1	3.8%	0	0.0%	2	7.7%
	Total	5	19.2%	12	46.2%	9	34.6%	26	100.0%
Procedencia	Rural	1	3.8%	8	30.8%	8	30.8%	17	65.4%
	Urbano	4	15.4%	4	15.4%	1	3.8%	9	34.6%
	Total	5	19.2%	12	46.2%	9	34.6%	26	100.0%

Fuente: H.C. de pacientes con DPP del HSMS

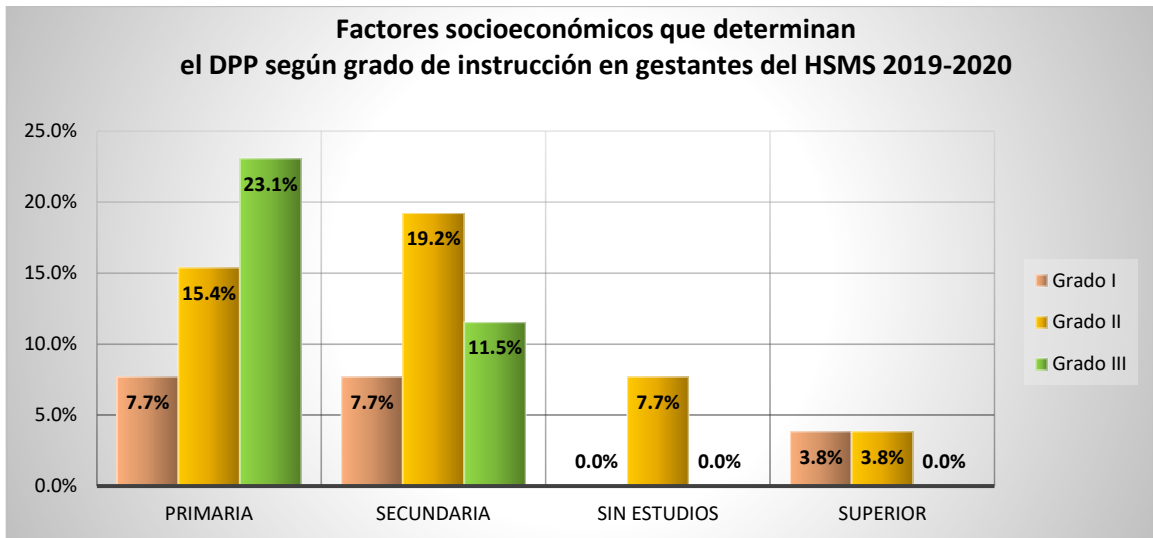


Fuente: H.C. de pacientes con DPP del HSMS

Figura 4. Factores socioeconómicos que determinan el DPP según estado civil en gestantes del HSMS 2019-2020

Interpretación:

En tabla 3 y figura 4, respecto al ítem estado civil se observa que del 100% de pacientes en estudio, 9 cuyo estado civil son solteras, representan al 34,6%; de los cuales el 7.7% presentaron DPP de grado I; el 19.2% presentaron DPP de grado II y el 7.7% corresponden al grado III. Además, 12 son convivientes, que corresponden al 46,2% de los cuales; el 11.5% presentaron DPP de grado I, el 15,4% presentaron DPP de grado II. Así mismo, 3 son casadas, que corresponden al 11,5%; de los cuales no se encuentra desprendimiento en grado I; el 3.8% presentaron DPP de grado II; el 7.7% presentaron desprendimiento de grado III. Luego 2 son divorciadas que corresponden al 7,7% de los cuales no presentaron DPP de grado I y grado III respectivamente; el 7.7% fueron de grado II. En cuanto a los resultados en general se aprecia que las solteras en grado II y convivientes en grado III, presentan los más altos porcentajes (19,2%) respectivamente; luego las divorciadas presentan los más bajos porcentajes (0,0%) en grado I y grado III respectivamente.

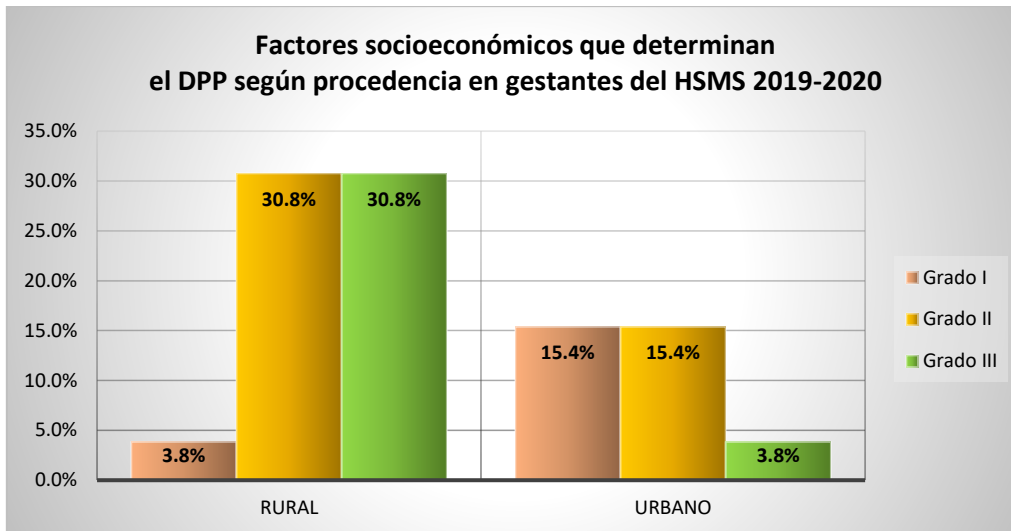


Fuente: H.C. de pacientes con DPP del HSMS

Figura 5. Factores socioeconómicos que determinan el DPP según grado de instrucción en gestantes del HSMS 2019-2020

Interpretación

En figura 5 y tabla 3, respecto al ítem grado de instrucción se observa que del 100% de pacientes en estudio, 2 pacientes que no tuvieron estudios, representan al 7,7%; en grado I y grado III, no presentaron DPP, el 7,7% presentaron DPP en grado II. Así mismo, 12 tienen estudios primarios, que representan el 46,2% de los cuales, el 7,7% presentaron DPP de grado I; el 15,4% fueron de grado II, y el 23,1% presentaron desprendimiento de grado III. Además, 10 tienen estudios secundarios, que representan al 38,5%; de los cuales el 7,7% fueron de grado I; el 19,2% fueron de grado II y el 11,5% presentó de grado III. Así mismo, 2 que tuvieron estudios superiores representan el 7,7%; de los cuales el 3,8% presentaron desprendimiento en grado I y grado II; y no se presentó casos de desprendimiento en grado III. Asimismo, de los resultados observados se aprecia que los que tuvieron estudios primarios de grado III (15,4%) y estudios secundarios de grado II (23,1%), presentan los más altos porcentajes; y los que tienen estudios primarios de grado I y grado III respectivamente presentan el más bajo porcentaje, así como las que tuvieron estudios superiores de grado III. (0,0%).



Fuente: H.C. de pacientes con DPP del HSMS

Figura 6. Factores socioeconómicos que determinan el DPP según procedencia en gestantes del HSMS 2019-2020

Interpretación

En tabla 3 y figura 6, referente al ítem procedencia se observa que del 100% de pacientes en estudio, 17 pacientes que proceden del ámbito rural representan al 65,4%; de los cuales el 3,8% presentaron DPP de grado I; el 30,8% corresponden al grado II; el 30,8% corresponden al grado III. Así mismo, 9 pacientes que proceden del ámbito urbano representan el 34,6%; de los cuales el 15,3% presentaron en grado I y grado II respectivamente, y el 3,8% presentaron DPP de grado III. Luego, se aprecia que los que provienen del ámbito rural, aquellos de grado II y grado III (30,8%) de desprendimiento prematuro de placenta, presentan los más altos porcentajes; sin embargo, las mismas del ámbito rural, de grado I y del ámbito urbano en grado III (3,8%) presentan los más bajos porcentajes.

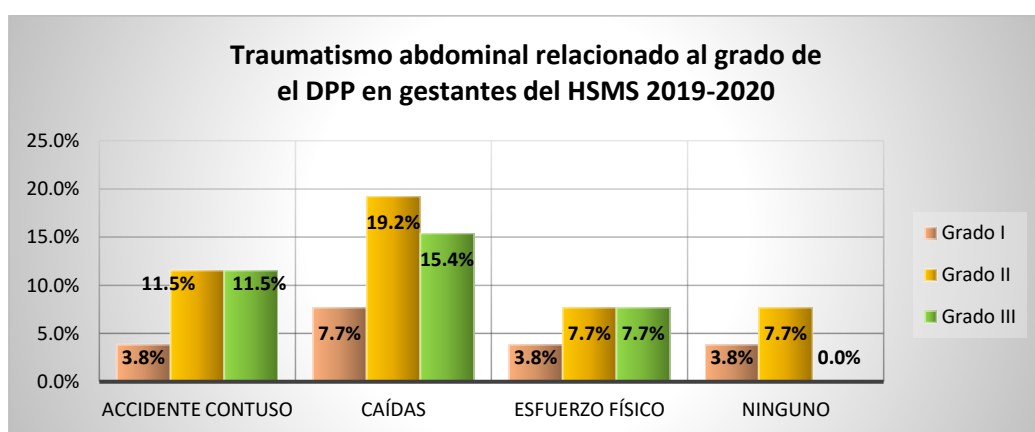
Factores obstétricos

Tabla 4. Factores obstétricos que determinan el DPP en gestantes del HSMS 2019-2020

Factor obstétrico		Grado de desprendimiento prematuro de placenta						Total	
		Grado I		Grado II		Grado III			
Ítems	Indicador	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%
Traumatismo abdominal	Accidente contuso	1	3.8%	3	11.5%	3	11.5%	7	26.9%
	Caídas	2	7.7%	5	19.2%	4	15.4%	11	42.3%
	Esfuerzo físico	1	3.8%	2	7.7%	2	7.7%	5	19.2%
	Ninguno	1	3.8%	2	7.7%	0	0.0%	3	11.5%
	Total	5	19.2%	12	46.2%	9	34.6%	26	100.0%
Macrosomía fetal	SI	2	7.7%	6	23.1%	5	19.2%	13	50.0%
	NO	3	11.5%	6	23.1%	4	15.4%	13	50.0%
	Total	5	19.2%	12	46.2%	9	34.6%	26	100.0%
Ruptura prematura de membranas	SI	1	3.8%	8	30.8%	5	19.2%	14	53.8%
	NO	4	15.4%	4	15.4%	4	15.4%	12	46.2%
	Total	5	19.2%	12	46.2%	9	34.6%	26	100.0%
Infección de vías urinarias	SI	3	11.5%	6	23.1%	6	23.1%	15	57.7%
	NO	2	7.7%	6	23.1%	3	11.5%	11	42.3%
	Total	5	19.2%	12	46.2%	9	34.6%	26	100.0%
Enfermedad hipertensiva del embarazo	Preeclampsia	1	3.8%	9	34.6%	8	30.8%	18	69.2%
	Eclampsia	1	3.8%	2	7.7%	1	3.8%	4	15.4%
	Ninguno	3	11.5%	1	3.8%	0	0.0%	4	15.4%
	Total	5	19.2%	12	46.2%	9	34.6%	26	100.0%
Anemia ferropénica	SI	4	15.4%	8	30.8%	3	11.5%	15	57.7%
	NO	1	3.8%	4	15.4%	6	23.1%	11	42.3%
	Total	5	19.2%	12	46.2%	9	34.6%	26	100.0%
Cesáreas previas	SI	3	11.5%	6	23.1%	3	11.5%	12	46.2%
	NO	2	7.7%	6	23.1%	6	23.1%	14	53.8%

	Total	5	19.2 %	12	46.2%	9	34.6%	26	100.0%
Abortos	SI	1	3.8%	10	38.5%	7	26.9%	18	69.2%
	NO	4	15.4 %	2	7.7%	2	7.7%	8	30.8%
	Total	5	19.2 %	12	46.2%	9	34.6%	26	100.0%
Antecedentes de DPP	SI	1	3.8%	9	34.6%	8	30.8%	18	69.2%
	NO	4	15.4 %	3	11.5%	1	3.8%	8	30.8%
	Total	5	19.2 %	12	46.2%	9	34.6%	26	100.0%
Control prenatal	SI	0	0.0%	7	26.9%	2	7.7%	9	34.6%
	NO	5	19.2 %	5	19.2%	7	26.9%	17	65.4%
	Total	5	19.2 %	12	46.2%	9	34.6%	26	100.0%
Inducción	SI	3	11.5 %	8	30.8%	3	11.5%	14	53.8%
	NO	2	7.7%	4	15.4%	6	23.1%	12	46.2%
	Total	5	19.2 %	12	46.2%	9	34.6%	26	100.0%
Paridad	Primípara	0	0.0%	1	3.8%	0	0.0%	1	3.8%
	Múltipara	5	19.2 %	11	42.3%	7	26.9%	23	88.5%
	Gran múltipara	0	0.0%	0	0.0%	2	7.7%	2	7.7%
	Total	5	19.2 %	12	46.2%	9	34.6%	26	100.0%
Edad gestacional	2do. trimestre	0	0.0%	2	7.7%	0	0.0%	2	7.7%
	3er. trimestre	5	19.2 %	10	38.5%	9	34.6%	24	92.3%
	Total	5	19.2 %	12	46.2%	9	34.6%	26	100.0%

Fuente: H.C. de pacientes con DPP del HSMS

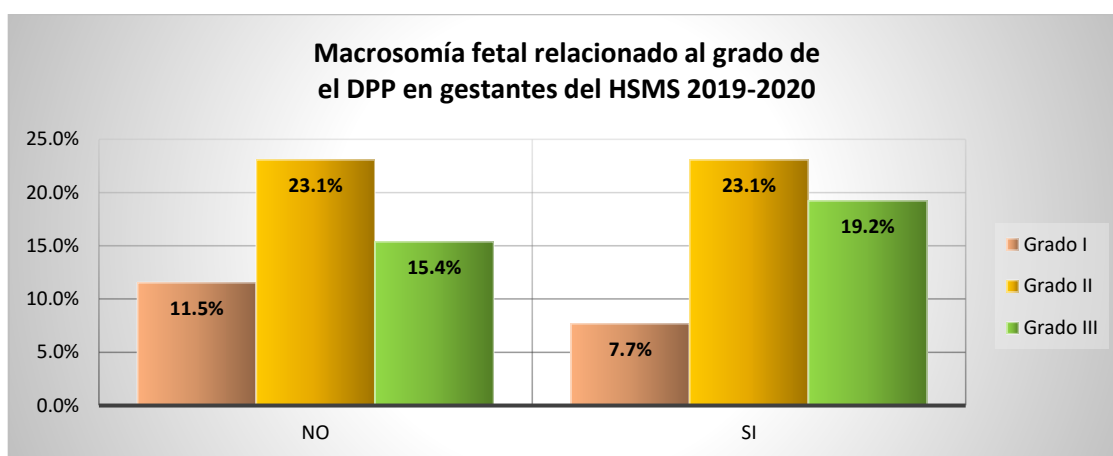


Fuente: H.C. de pacientes con DPP del HSMS

Figura 7. Traumatismo abdominal relacionado al grado del DPP en gestantes del HSMS 2019-2020

Interpretación:

En tabla 4 y figura 7, referente al ítem traumatismo abdominal se observa que del total de pacientes en estudio, 7 sufrieron accidentes contusos, representan al 26,9%; el 3,8% presentaron DPP de grado I; el 11,5% fueron de grado II; el 11,5% fueron de grado III. Así mismo, 11 sufrieron caídas, que representan el 42,3% de los cuales; el 7,7% presentaron DPP de grado I; el 29,2% fueron de grado II, y el 15,4% fueron de grado III. Además, se encuentra 5 por realizar esfuerzo físico, que representan al 19,2% de los cuales; el 7,7% corresponden al grado II y grado III respectivamente; mientras que el 3,8% fueron de grado I. Así mismo, 3 no fueron víctimas de algún traumatismo abdominal, que representan al 11,5% de los cuales el 3,8% fueron de grado I; el 7,7% fueron de grado II y ninguna de grado III. En cuanto a los resultados se aprecia que aquellas que sufrieron caídas presentaron DPP en grado II (19,2%) presentan el más alto porcentaje; luego aquellas que no sufrieron accidentes contusos y realizaron esfuerzos físicos en grado I (3,8%) presentan el más bajo porcentaje.



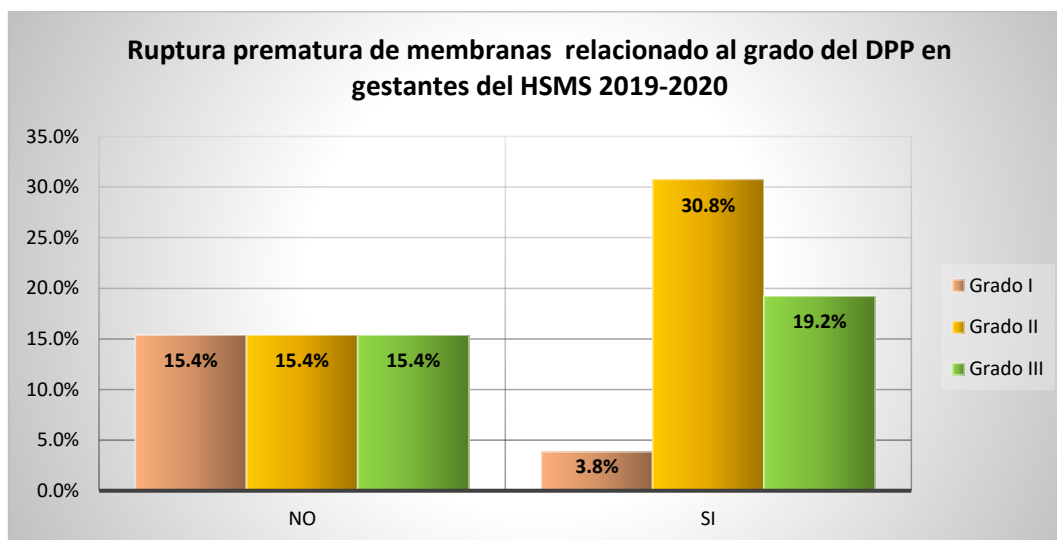
Fuente: H.C. de pacientes con DPP del HSMS

Figura 8. Macrosomía fetal relacionado al grado del DPP en gestantes del HSMS 2019-2020

Interpretación

En figura 8 y tabla 4 respecto al ítem macrosomía fetal se observa que del 100% de pacientes en estudio, 13 tuvieron macrosomía fetal, que representan al 50,0%; de los cuales el 7,7% presentaron DPP de grado I; el 23,1% presentaron DPP de grado II y grado III respectivamente. Además, 13 no tuvieron macrosomía fetal, que representan

al 50,0% de los cuales; el 11,5% presentaron fueron de grado I; el 23,1% fueron de grado II, y el 15,4% fueron de grado III. Respecto a los resultados se observa que aquellas que, si presentaron y aquellas que no presentaron macrosomía fetal en grado II, (23,1%) se comparten presentan el más alto porcentaje; luego los que si presentaron macrosomía fetal en grado I (7,7%), tuvieron el más bajo porcentaje.

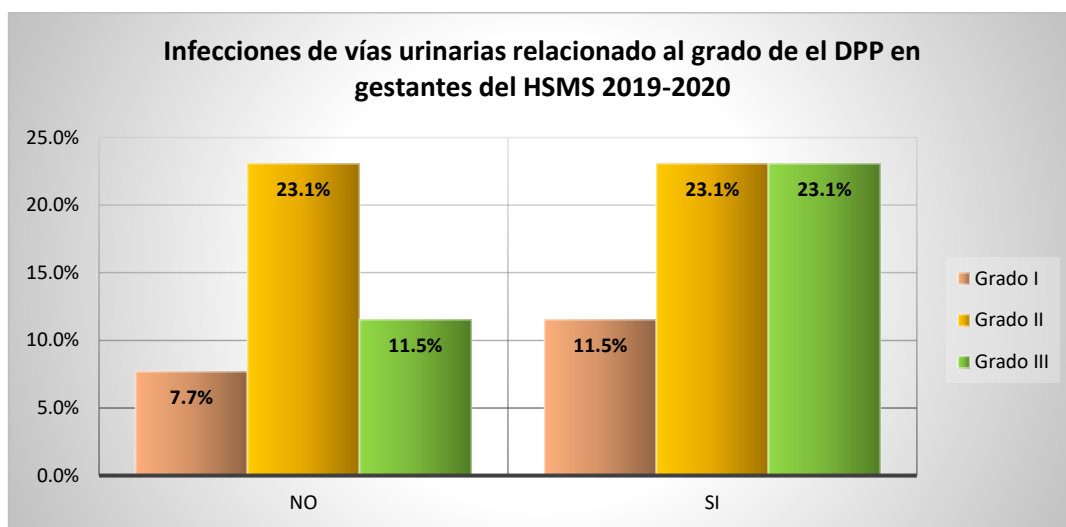


Fuente: H.C. de pacientes con DPP del HSMS

Figura 9. Ruptura prematura de membranas relacionada al grado del DPP en gestantes del HSMS 2019-2020

Interpretación

En tabla 4 y figura 9, en lo concerniente al ítem ruptura prematura de membranas se observa que del 100% de pacientes en estudio, 14 tuvieron ruptura prematura de membranas, que representan al 53,8%; de los cuales el 3,8% si presentaron DPP de grado I; el 30,8% presentaron de grado II y el 19,2% presentaron desprendimiento de grado III. Además, 12 no tuvieron ruptura prematura de membranas, que representan al 46,5% de los cuales; el 15,4% presentaron desprendimiento de grado I, grado II y grado III respectivamente. Además, se observa que, aquellas que presentaron ruptura prematura de membranas tuvieron DPP en grado II (30,8%) y grado III (19,2%), presentan los más altos porcentajes; sin embargo, aquellas que también presentaron ruptura prematura de membranas, tuvieron DPP en grado I (3,8%), obtuvieron el más bajo porcentaje.

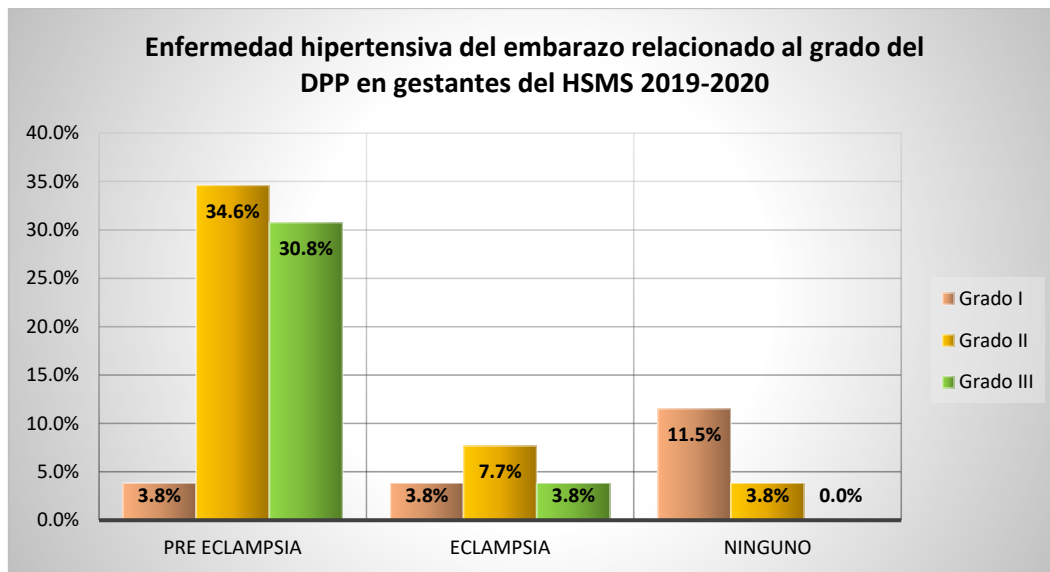


Fuente: H.C. de pacientes con DPP del HSMS

Figura 10. Infecciones de vías urinarias relacionado al grado del DPP en gestantes del HSMS 2019-2020

Interpretación:

En tabla 4 y figura 10, respecto al ítem infección de vías urinarias observamos que del 100% de pacientes en estudio, 15 presentaron infección de vías urinarias y representan al 57,7%; de las cuales el 11,5% presentaron desprendimiento prematuro de placenta de grado I; el 23,1% presentaron desprendimiento de grado II y de grado III respectivamente. Así mismo, 11 no presentaron infección de vías urinarias y representan al 42,3% de las cuales; el 7,7% presentaron desprendimiento prematuro de placenta de grado I; el 23,1% presentaron desprendimiento de grado II, y el 11,5% presentaron desprendimiento prematuro de placenta de grado III. Finalmente, de pacientes del grupo de estudio, 5 corresponden al grado I que representan al 19.2%; 12 corresponden al grado II que representan al 46.2%, y 9 corresponden al grado III que representan al 34.60%. En cuanto a los resultados se aprecia que las pacientes que presentaron infección de vías urinarias en grado II y grado III respectivamente, presentaron los más altos porcentajes (23.1%) sin embargo se encuentra que aquellas pacientes que no presentaron DPP en grado II también muestran un porcentaje alto (23.1%); mientras que las que no tuvieron infección de vías urinarias presentaron DPP en grado I y tuvieron el más bajo porcentaje (7.7%).

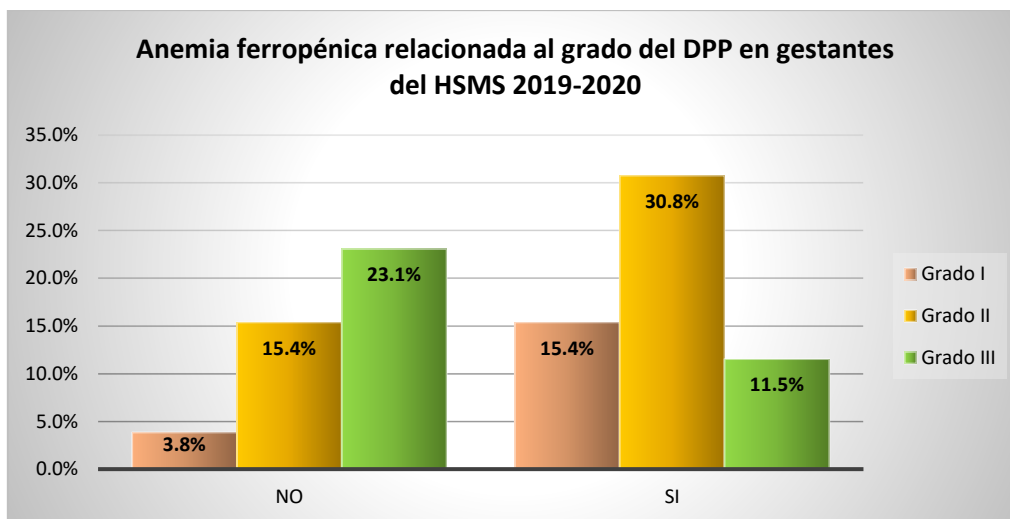


Fuente: H.C. de pacientes con DPP del HSMS

Figura 11. Enfermedad hipertensiva del embarazo relacionado al grado del DPP en gestantes del HSMS 2019-2020

Interpretación:

En tabla 4 y figura 11, en lo concerniente al ítem enfermedad hipertensiva del embarazo se observa que del 100% de pacientes en estudio, 15 tuvieron pre eclampsia, que representan el 69,2%; de las cuales, el 3,8% presentaron DPP en grado I; el 34,6% presentaron en grado II; el 30,8% presentaron en grado III. Además, 4 tuvieron eclampsia, que representan el 15,4% de los cuales; el 3,8% presentaron de grado I y de grado III respectivamente; el 7,7% presentaron de grado II; Asimismo 4 pacientes no presentaron enfermedad hipertensiva del embarazo alguna, que representan el 15,4% de los cuales el 11,5% presentaron DPP de grado I; el 3,8% presentaron de grado II y no se presentan casos de DPP de grado III. Además, en los resultados se observa que aquellas que tuvieron pre eclampsia las que presentaron DPP en grado II (34.6%) y grado III (30.8%) respectivamente, representan los más altos porcentajes; mientras que aquellas que tuvieron eclampsia y aquellas que no tuvieron enfermedad hipertensiva del embarazo, tampoco presentaron desprendimiento grado II grado, mostrando los más bajos porcentajes.

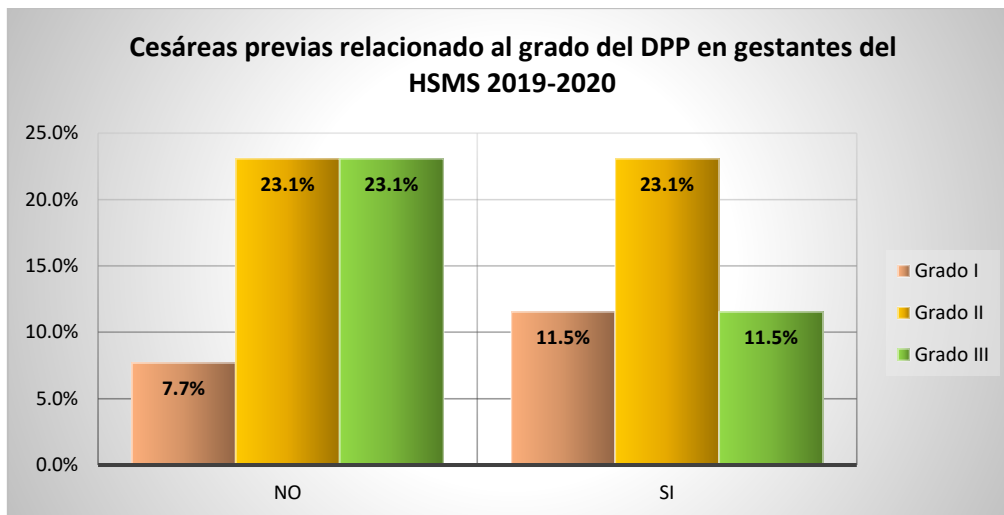


Fuente: H.C. de pacientes con DPP del HSMS

Figura 12. Anemia ferropénica relacionada al grado del DPP en gestantes del HSMS 2019-2020

Interpretación:

En tabla 4, y figura 12 observamos que, del total de pacientes en estudio, 15 que si presentaron anemia ferropénica representan al 57,7%; de las cuales el 15,4% presentaron DPP de grado I; el 30,8% presentaron de grado II y el 11,5% presentaron de grado III. Así mismo, 11 no presentaron anemia ferropénica y representan al 42,9% de las cuales; el 3,8% presentaron desprendimiento de grado I; el 15,4% presentaron desprendimiento grado II; el 23,1% presentaron desprendimiento de grado III. Asimismo, respecto a los resultados se observa que las pacientes que presentaron anemia en grado II (30.8%), y aquellas que no presentaron anemia en grado III (23.1%), presentaron los más altos porcentaje; mientras que aquellas que no tuvieron anemia en grado I (3.8%) representan el más bajo porcentaje.

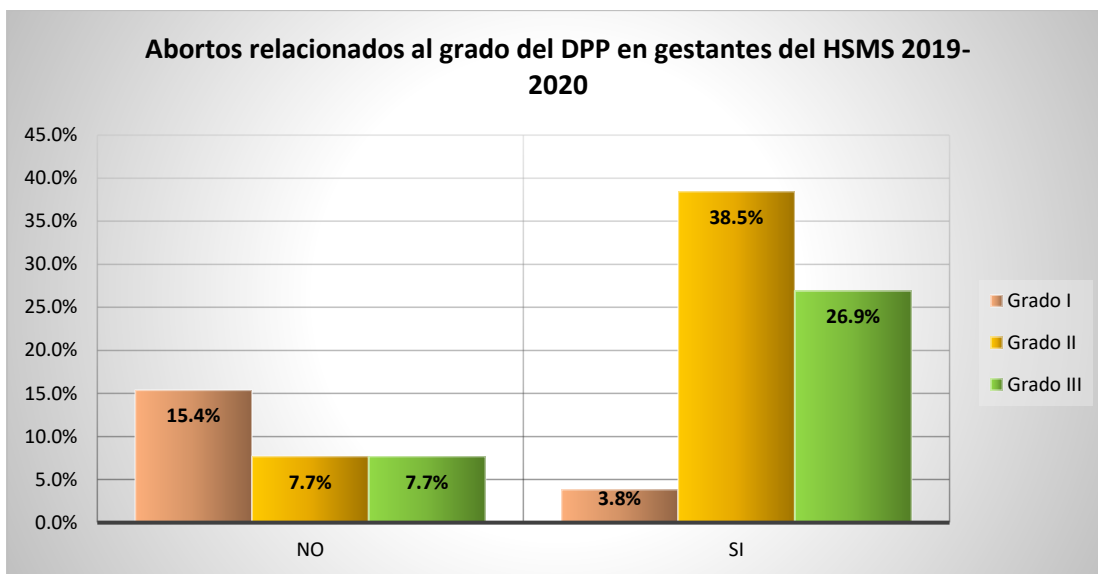


Fuente: H.C. de pacientes con DPP del HSMS

Figura 13. Cesáreas previas relacionado al grado del DPP en gestantes del HSMS 2019-2020

Interpretación:

En tabla 4 y figura 13, referente al ítem cesáreas previas se observa que del 100% de pacientes en estudio, 12 pacientes que fueron previamente cesareadas representan al 46,2%; de los cuales el 11.5% presentaron DPP de grado I y grado III respectivamente; el 23.1% corresponden al grado II. Así mismo, 14 pacientes que no fueron previamente cesareadas representan el 53.8%; de los cuales el 7.7% presentaron DPP en grado I y el 23.1% grado II y grado III respectivamente, y el 3.8% presentaron DPP de grado III. Luego, se aprecia que las que no tuvieron cesáreas previas, presentaron DPP de grado II y grado III; sin embargo, también se aprecia las su tuvieron cesáreas previas, presentaron de grado II respectivamente, presentan los más altos porcentajes (23.1%); así mismo aquellas que no tuvieron cesáreas previas de grado I (7,7%) presentan el más bajos porcentaje.

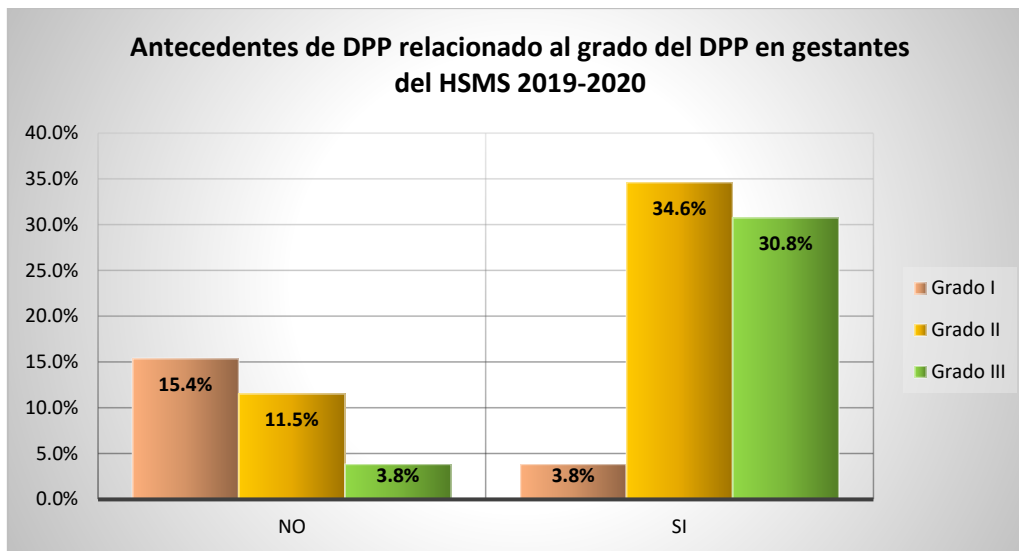


Fuente: H.C. de pacientes con DPP del HSMS

Figura 14. Abortos relacionados al grado del DPP en gestantes del HSMS 2019-2020

Interpretación:

En tabla 4 y figura 14, se observa que del 100% de pacientes en estudio, 18 pacientes tuvieron abortos, que representan el 69,2%; de las cuales, el 3,8% presentaron DPP en grado I; el 38,5% presentaron desprendimiento de grado II; el 26,9% presentaron desprendimiento de grado III. Además, 8 pacientes que no tuvieron abortos, representan el 30,8% de los cuales; el 15,4% presentaron desprendimiento de grado I; el 7,7% presentaron desprendimiento de grado II y de grado III respectivamente. Respecto a los resultados se observa que aquellas que tuvieron abortos presentaron DPP en grado II (38.5%) y grado III (26.9%) respectivamente, representan el más alto porcentaje; mientras que aquellas que no tuvieron abortos, presentaron DPP en grado II y grado III, (7.7%) respectivamente tuvieron los más bajos porcentajes.

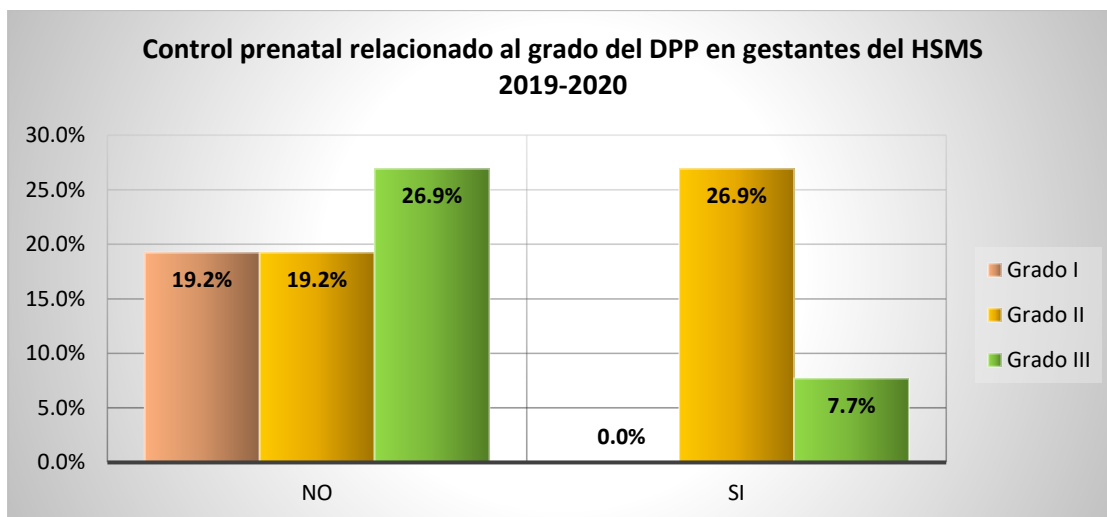


Fuente: H.C. de pacientes con DPP del HSMS

Figura 15. Antecedentes de DPP relacionado al grado del DPP en gestantes del HSMS 2019-2020

Interpretación:

En tabla 4, y figura 15, se observa que del 100% de pacientes en estudio, 18 presentaron antecedentes de DPP, que representa el 69,2%; de las cuales, el 3,8% presentaron desprendimiento prematuro de placenta de grado I; el 34,6% presentaron desprendimiento de grado II; el 30,8% presentaron desprendimiento de grado III. Además, 8 no tuvieron antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta, que representan el 30,8% de los cuales; el 15,4% presentaron desprendimiento de grado I; el 11,5% presentaron desprendimiento de grado II, y el 3,8% presentaron desprendimiento de grado III. Luego respecto a los resultados se observa que aquellas que tuvieron antecedentes de DPP, presentaron DPP en grado II (34.6%) y grado III (30.8%) respectivamente, representan los más altos porcentajes; y aquellas que no tuvieron antecedentes de DPP en grado III (3.8%), tuvieron el más bajo porcentaje.

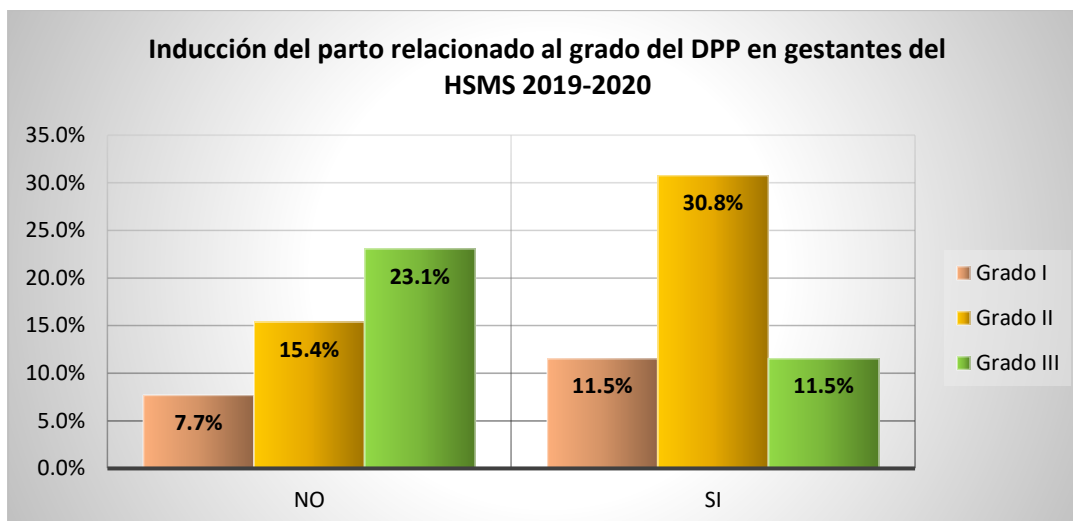


Fuente: H.C. de pacientes con DPP del HSMS

Figura 16. Control prenatal relacionado al grado del DPP en gestantes del HSMS 2019-2020

Interpretación:

En tabla 4 y figura 16, se observa que del 100% de pacientes en estudio, 9 sí tuvieron Control pre natal, que representan el 34,6%; de las cuales no se registran casos en grado I; el 26,9% presentaron desprendimiento de grado II; el 7,7% presentaron desprendimiento de grado III. Además, 17 no tuvieron control pre natal, que representan el 65,4% de los cuales; el 19,2% presentaron desprendimiento de grado I y de grado II respectivamente; el 26,9% presentaron desprendimiento de grado III. Además, respecto a los resultados observados en aquellas pacientes que no tuvieron control pre natal, presentaron desprendimiento prematuro de placentas en grado III (26,9%) en grado II y grado III (19,2%) respectivamente representan los más altos porcentajes; mientras que aquellas que sí tuvieron control pre natal, presentaron desprendimiento prematuro de placenta en grado I (0,0%) tuvieron el más bajo porcentaje.

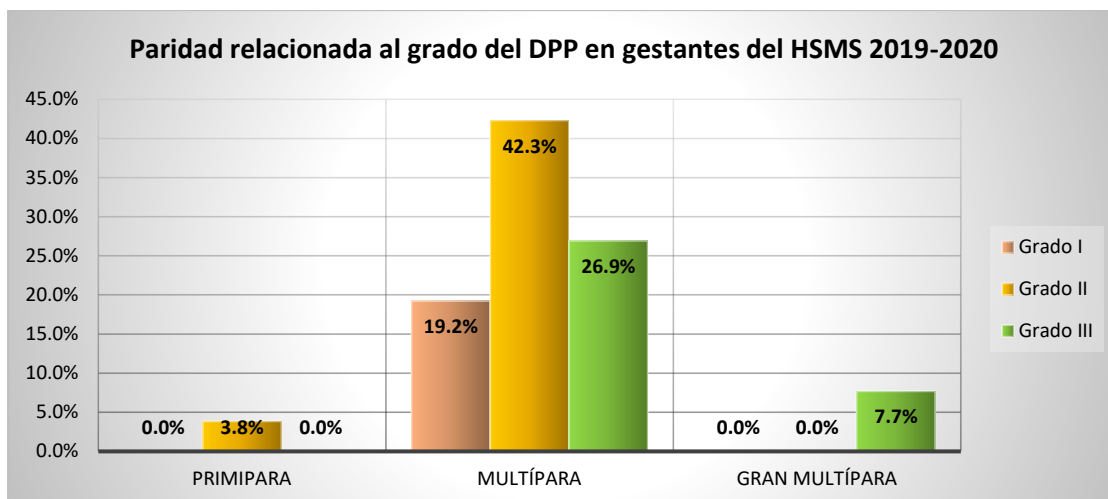


Fuente: H.C. de pacientes con DPP del HSMS

Figura 17. Inducción del parto relacionado al grado del DPP en gestantes del HSMS 2019-2020

Interpretación:

En tabla 4 y figura 17, observamos que, del total de pacientes en estudio, 14 fueron sometidas a inducción y representan al 53,8%; de las cuales el 11,5% presentaron DPP de grado I; el 30,8% presentaron desprendimiento de grado II y el 11,5% presentaron de grado III. Así mismo, 12 no fueron sometidas a inducción y representan al 46,2% de las cuales; el 7,7% presentaron de grado I; el 15,4% presentaron desprendimiento de grado II; el 23,1% presentaron desprendimiento de grado III. En cuanto a los resultados se encuentra que las pacientes que si fueron sometidas a inducción en grado II (30.8%), presentaron el más alto porcentaje; mientras que las que no fueron sometidas a inducción en grado I (7.7%) representan el más bajo porcentaje.

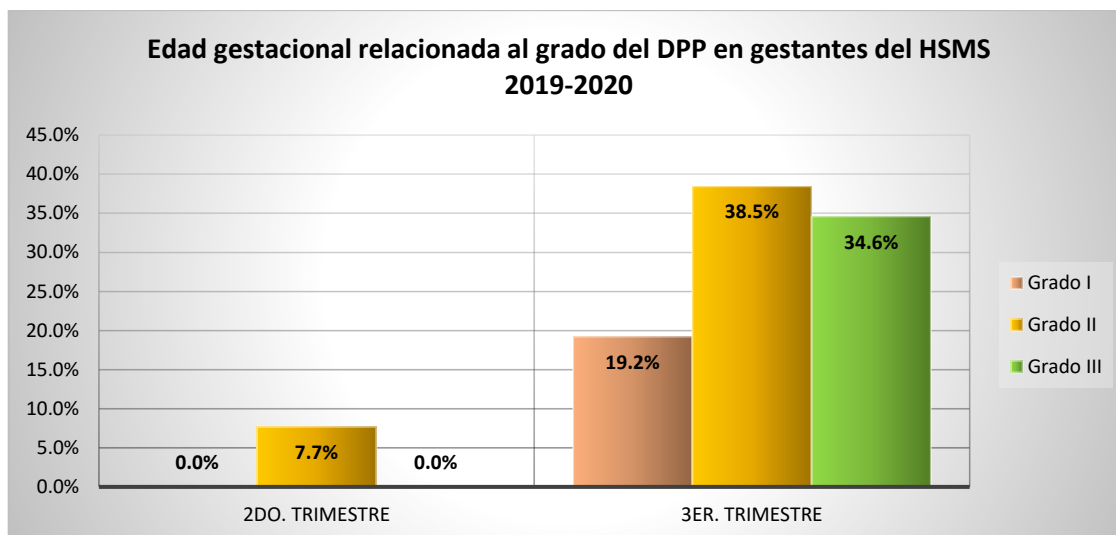


Fuente: H.C. de pacientes con DPP del HSMS

Figura 18. Paridad relacionada al grado del DPP en gestantes del HSMS 2019-2020

Interpretación:

En tabla 4 y figura 18, observamos que, del total de pacientes en estudio, 1 fue primípara y representan al 3,8%; la cual se encuentra en grado II; mientras que en grado I y grado III respectivamente no se presentaron casos. Así mismo, 23 fueron multíparas y representan al 88,5% de las cuales; el 19,2% fueron de grado I; el 42,3% fueron de grado II y el 26,9% fueron de grado III. Luego 2 fueron gran multíparas que representan 7,7% de los cuales corresponde a aquellas que presentaron desprendimiento de grado III mientras que en grado I y de grado II respectivamente; no se presentaron casos. Finalmente, en cuanto a los resultados se aprecia que las pacientes multíparas en grado II (42.3%) y grado III (26.9%) respectivamente, presentaron los más altos porcentaje; mientras que las primíparas en grado I (0.0%) fue el más bajo porcentaje.



Fuente: H.C. de pacientes con DPP del HSMS

Figura 19. Edad gestacional relacionada al grado del DPP en gestantes del HSMS 2019-2020

Interpretación:

En tabla 4 y figura 19, observamos que, del total de pacientes en estudio, 2 pacientes que estuvieron en el 2do. trimestre de gestación representan al 7,7%; de las cuales sólo presentaron desprendimiento de grado II; mientras que en grado I y grado III, no se presentaron casos. Así mismo, 24 que estuvieron en el 3er trimestre de gestación representan al 92,3% de las cuales; el 19,2% presentaron de grado I; el 38,5% presentaron desprendimiento de grado II, y el 34,6% presentaron desprendimiento de grado III. Finalmente se aprecia, de las pacientes que estuvieron en el 3er. trimestre en grado II (38.5%) y grado III (34.6%) respectivamente, presentaron los más altos porcentaje; mientras que las que estuvieron en el 2do. trimestre tuvieron el más bajo porcentaje, (0.0%) en grado I y grado III respectivamente.

Tabla 5. Tabla de frecuencia de grado de desprendimiento prematuro de placenta

Desprendimiento prematuro de placenta	Frecuencia	Porcentaje
Grado I	5	19,2%
Grado II	12	46,2%
Grado III	9	34,6%
Total	26	100,0%

Fuente: H.C. de pacientes con DPP del HSMS

Interpretación

Del total de pacientes gestantes atendidas en el hospital María del Socorro de Ica, se pudo encontrar que la mayor frecuencia se presenta en aquellas que presentaron en grado II de desprendimiento prematuro de placenta, con un 46,2%; seguido de las que presentaron en grado III con un 34.6%; mientras que, en grado I, sólo se presentaron en un 19.2%, como se observa en tabla 5.

IV DISCUSIÓN

1. En tabla 2, damos respuesta al objetivo específico 1, respecto al factor biológico en la población de estudio, las gestantes con desprendimiento prematuro de placenta tuvieron una edad promedio de 27 años de edad; observándose que el mayor predominio está comprendido en el grupo etario entre los 15 a 25 años y de 36 a más (38,5%) respectivamente mientras que las pacientes con menor predominio del grupo etario están comprendidas entre 26 a 35 (23,1%). Asimismo, se observa que la edad no es estadísticamente significativa ($p=0,933$) con el desprendimiento prematuro de placenta en pacientes gestantes atendidas en el hospital Santa María del Socorro de Ica. Al igual que se encontró con Bongwiwe, en su trabajo de investigación sobre morbilidad en mujeres con desprendimiento prematuro de placenta, señala que el grupo de edad estaba comprendido entre 18 y 42 años, las pacientes con más frecuencia de presentar desprendimiento prematuro de placenta fue de 21 a 24 años que representa el 26.6% (9); en tanto que en nuestro trabajo de investigación se encuentra a pacientes con desprendimiento prematuro de placenta que están comprendidas entre 15 a 25 años y de 36 a más; observamos que las que presentan mayor frecuencia representan el 38,5% respectivamente, acumulando el 77,0%.

Sobre hábitos nocivos Carpio, en su estudio sobre prevalencia de desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en el hospital de la ciudad de Guayaquil 2019; con respecto a los hábitos nocivos encuentra que el 15% de pacientes consumían algún tipo de droga (7). Mientras que Miranda y Nicolás, en su trabajo de investigación sobre, características maternas y fetales de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el hospital Sergio Bernales de Comas 2016 – 2017; encuentran una población de estudio gestantes con hábitos nocivos (tabaco) 4 paciente (4.5%) (13); situación de manera similar como en el presente estudio en el que se encuentra 3 pacientes (11,5%) que tienen hábitos nocivos.

Sobre el estado nutricional muy poco se aborda en las investigaciones relacionadas al desprendimiento prematuro de placenta. Puma, en su trabajo de investigación sobre factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de

placenta en gestantes del hospital Manuel Núñez Butrón Puno 2018, señala que en el estado nutricional (sobrepeso) 40.8% de casos se relacionan con los grados de desprendimiento prematuro de placenta (14). Rodríguez, en su estudio sobre obesidad pre gestacional como factor de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta en el hospital Belén de Trujillo encuentra que no tiene significancia estadística (33). Del mismo modo, coincide con nuestro trabajo de investigación al encontrar que la mayor frecuencia se encuentra en pacientes con desnutrición y sobrepeso que representan el 38,5%. Por lo que podemos concluir que los **factores biológicos** (edad, el estado nutricional y los hábitos nocivos) **no son factores predisponentes** para presentar desprendimiento prematuro de placenta.

2. En tabla 3, damos cumplimiento al objetivo 2; relacionando desprendimiento prematuro de placenta y factores socioeconómicos. Con respecto al **estado civil** se observa que Torres, en su investigación sobre 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, encuentra que el estado civil conviviente tiene un predominio de 42,4% (n=219). De las gestantes con desprendimiento de placenta fueron solteras en un 43% (n=64), un 38.3% (n=57) convivientes (17). Coincidiendo con la presente investigación que 12 son convivientes, que corresponden al 46,2% de los cuales; el 11.5% presentaron DPP de grado I, el 15,4% presentaron DPP de grado II.

Sobre la **procedencia** Puma, en su investigación sobre factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Manuel Núñez Butrón Puno 2018, determina que, la mayoría de las gestantes procedían de áreas rurales 57,5% (14). Coincidiendo con la presente investigación que el 65,4% de pacientes con desprendimiento prematuro de placenta son provenientes del ámbito rural. Se considera que **procedencia tiene asociación estadísticamente significativa, siendo un factor predisponente para presentar desprendimiento prematuro de placenta.**

3. En tabla 4, damos cumplimiento al objetivo específico 3; dado que en el análisis a los factores obstétricos se puede observar al **traumatismo abdominal**. Puma, revela que, las mayores frecuencias son las caídas (35,2%) y el esfuerzo físico

(25.4%), asimismo los traumatismos externos teniendo significancia estadística (14). Torres, en su investigación sobre 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; encontró que 3 (2%) de los casos presentaron traumatismo abdominal en la gestación actual. En nuestro estudio tenemos coincidencias con Torres, dado que el traumatismo abdominal tiene la probabilidad ($p=0,923$) en consecuencia, tampoco tiene significancia estadística. Además en nuestra investigación encontramos que respecto al **traumatismo abdominal**, las caídas se encuentra un 42,3% ($p=0,923$); además observando la **macrosomía fetal** encontramos una similitud en aquellas que si presentaron, y no presentaron con un 50,0% ($p=0,856$); asimismo la infección de vías urinarias destacando las que si presentaron con un 57,7% ($p=0,741$); respecto a la **anemia ferropénica** se observa que aquellas que no presentaron anemia con un 57,7% ($p=0,165$); del mismo modo en las cesáreas previas se evidencia en aquellas que no tuvieron con un 53,8% ($p=0,591$); además la **inducción** en la que destaca las que si fueron sometidas con un 53,8% ($p=0,302$); luego respecto a la **paridad** se encuentra que la multíparas representan un 88,5% y las primíparas un 3,8% ($p=0,272$); finalmente en lo referente a la **edad gestacional** se encuentra que las gestantes que tenían el 3er. trimestre con un 92,3% y las del 2do. trimestre con un 7,7% ($p=0,283$); en todos estos factores no se encontraron asociación significativa estadísticamente.

Por otro lado, en los mismos factores obstétricos, se observa que, en los estudios revisados, existe escasa información sobre la relación entre la macrosomía fetal y el desprendimiento prematuro de placenta. Alvarenga, en su investigación sobre factores de riesgo asociados a macrosomía fetal, señala que, para prevenir la macrosomía, se debe hacer énfasis en la dieta de las pacientes y modificar su estilo de vida. Hay algunos factores de riesgo que no se pueden modificar, pero hay algunos como el IMC pre gestacional, y la ganancia de peso durante el embarazo. La prevención radica en la dieta que esta paciente lleve antes y después de la concepción. Es por esto importante que todas aquellas pacientes que tienen factores de riesgo para desarrollar macrosomía fetal, sean valoradas

por un nutricionista, puntualiza (34). Situación que se evidencia en nuestro estudio que revela que no existe relación.

Torres, encuentra en su estudio que al evaluar la asociación de **ruptura prematura de membranas** se encontró $\text{Chi}^2= 9,693$; $p=0,002$ (17). Al mismo tiempo, Condezo concluye que, la ruptura de membrana es un factor de riesgo para el parto pre término; en tal sentido las gestantes que presentaron ruptura prematura de membrana en la gestación, tienen doble probabilidad de desarrollar parto pre término; además observa la probabilidad $(2,2/2,2+1)$ obtiene 0,71 es decir que el 71% de las gestantes que presentan ruptura prematura de membrana harán un parto pre término en algún momento de su gestación (35). En el presente estudio encontramos que, la ruptura prematura de membrana de manera similar con lo señalado por Condezo, no se relaciona con el desprendimiento prematuro de placenta.

En nuestro estudio sobre la **enfermedad hipertensiva del embarazo**, Ghasemi, Noori, Dashipour y Khajeh, en su artículo sobre investigación de resultados y factores de riesgo de placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta en mujeres embarazadas referidas al hospital Ali Ibn Abi Talib de Zahedán 2020, concluyen que, entre los diferentes factores de riesgo del desprendimiento prematuro de placenta, se hace referencia a la hipertensión arterial en donde hallan una frecuencia de 18/9 que representa el 50% de casos analizados (5). Por otro lado, Puma, en su estudio encuentra que existe asociación entre enfermedad hipertensiva del embarazo con desprendimiento prematuro de placenta, ya que, $\text{Chic}^2= 77,033 > \text{Chit}^2= 12,591$ (14). Así mismo Robles encuentra en su investigación que la Hipertensión arterial tiene una frecuencia de 11 (21%) en aquellas pacientes que si presentan y 6 (6%) en aquellas que no presentan, con una probabilidad ($p = 0,04$) (15). En nuestra investigación encontramos similitud de resultados con las referidas investigaciones debido a que la enfermedad hipertensiva del embarazo ($p = 0,03$), dado que $\text{Ch}^2_{prueba} = 10,741 > \text{Ch}^2_{t (gl=4)} = 9,487$, en donde se encuentra que existe relación con el desprendimiento prematuro de placenta.

Villacís, durante su investigación sobre la anemia asociada a la **ruptura prematura de membranas** en mujeres que acuden la unidad municipal de salud del Sur en el período agosto 2016-enero 2017 encuentra que, en la población de estudio, la anemia tiene una prevalencia de 22.4 % (36). Por otro lado, Condezo en su estudio concluye que, la anemia grave (Hb menos de 7 g/dl) es un factor de riesgo para el parto pretérmino (35). Robles también encuentra que, la frecuencia de **anemia** materna en el grupo de pacientes con DPP fue de 34 % (18 casos) con un X² de 6.3, (p=0.04) (15). A pesar que en nuestro estudio no encontramos relación estadística con el desprendimiento prematuro de placenta ($p = 0,603$), se puede observar que la anemia puede estar también asociada a otros problemas obstétricos tales como la ruptura prematura de membranas o al parto pretérmino.

Respecto a **cesáreas anteriores** Puma encuentra que, las pacientes que presentaron cesárea anterior tuvieron desprendimiento prematuro de placenta representan el 73,2% particularmente en grado II (49,7%), y además en su análisis el Chi² calculado = 9,859 Chi² tabulado = 5,991, gl = 2 y una probabilidad ($p = 0,019$); es decir que, en su estudio, existe asociación entre la cesareada anterior y desprendimiento prematuro de placenta (14). Carpio, pudo encontrar en su estudio que el 56% de las gestantes presentó una cesárea anterior, lo que se podría considerar como un factor de riesgo asociado de poca importancia, ya que el 44% de las pacientes no presentaron cesáreas (7). Sin embargo, en nuestro estudio encontramos que las cesáreas anteriores, dada la probabilidad ($p = 0,591$) no se relacionan significativamente con el desprendimiento prematuro de placenta.

En lo referente a los **abortos**, Ghasemi, Noori, Dashipour y Khajeh concluyen que, los factores de riesgo del desprendimiento prematuro de placenta, en su estudio encuentran que 53/26, es la frecuencia de antecedentes de abortos (5). En nuestro estudio las que si presentaron **aborto** representan el 69,2% ($p=0,028$).

Por otro lado, sobre el desprendimiento prematuro de placenta, Surabhi encuentra en su estudio que el desprendimiento prematuro de placenta estuvo asociado con los factores de riesgo como la anemia (87,18%), trastornos hipertensivos (48,72%), cesárea anterior (30,77%), antecedentes de aborto (22,45%) (6). Puma, en su estudio encuentra que las pacientes que sí presentaron **antecedentes DPP**

representa (73,2%) y en su análisis estadístico encuentra que existe asociación entre antecedente de DPP con desprendimiento prematuro de placenta, ya que Chi^2 calculado = 11,378 > Chi^2 tabulado = 5,991 con $\text{gl} = 2$ y que el antecedente DPP es significativa al 0,05 debido a que en encuentra la probabilidad $p = 0,023$ (14). De la misma forma, en nuestro estudio se encuentra que la probabilidad ($p = 0,023$), también encontramos asociación estadísticamente significativa el antecedente de DPP y el desprendimiento prematuro de placenta.

Observando el **control prenatal**, Torres en su estudio patologías maternas asociadas al desprendimiento prematuro de placenta normoinsera en gestantes atendidas en el hospital Santa Rosa durante el periodo de enero 2008-julio 2018 encuentra que, en el grupo de casos predomina el no adecuado control prenatal con 63.1% (N=94) y también en el grupo control con 51.9% (n=191). Además, observó que las características maternas de mayor frecuencia en la población de estudio son edad materna menor de 35 años, con un predominio de población nulípara y un control prenatal no adecuado (17). Miranda y Nicolás en su estudio indican que el control prenatal ha sido óptimo, ya que el 47.7% tuvieron un control insuficiente (13).

Pacheco, sostiene que, en los casos de **inducción** mal monitorizada puede causar la hipertonia uterina causando la reducción aguda del flujo uteroplacentario favoreciendo que desencadene el desprendimiento prematuro de placenta en casos de pacientes con factores de riesgo (23). Cunningham, sostiene que en la inducción una de las pocas contra indicaciones maternas se relaciona con la implantación anormal de la placenta como también la incisión uterina previa, entre otros. También menciona que una de los riesgos relacionados con la inducción consiste en parto por cesárea, por corioamnionitis, rotura de cicatriz uterina y hemorragia posparto por atonía uterina (2). Asimismo, Almendrades y Maguiña en su estudio sobre complicaciones maternas y neonatales asociadas a la inducción del trabajo de parto, hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe 2015-2016, señalan que el total de gestantes que conformaron la muestra de estudio presentaron complicaciones (57,8%); de las cuales el mayor porcentaje fue por el uso del misoprostol (93.1%) y (33.1%) por el uso de la oxitocina. Sin embargo,

realizado el análisis estadístico, existe una relación estadísticamente significativa entre la presencia de complicaciones y la inducción del trabajo de parto ($p < 0,05$) (32).

En lo relacionado a la **paridad**, Puma encuentra en su estudio que, las más frecuentes fueron las multíparas (42.2%) en grado II y el análisis demuestra que Chi^2 calculado = 3,642, Chi^2 tabulado = 12,591, con $gl = 6$ y una probabilidad de $p = 0,034$ lo cual demuestra que existe asociación significativa con el desprendimiento prematuro de placenta (14). En tanto que Laínez, en su investigación sobre factores predisponentes y complicaciones neonatales en los pacientes con desprendimiento placentario en el hospital Mariana de Jesús periodo 2016, concluye que, las pacientes que presentaron de 1 a 4 partos, representan el 71.7% de su muestra de estudio (1-2, 44,3%), (3-4, 27,4%) (37). De manera muy similar encontramos que las pacientes con uno o varios partos representan 96,2% (multíparas 88,5%, gran multíparas 7,7%,).

Carpio, en su estudio respecto a la **edad gestacional**, encuentra que, el 29% de las gestantes que presentaron desprendimiento de placenta estaban comprendidas en el rango entre las 35 y 39 semanas, y un 19% entre las 25 y 29 semanas, el 17% entre 30 y 34 semanas y el 18% de las gestantes se encontraron en menos 20 semanas de gestación (7). Del mismo modo Fuentes, en su estudio refiere que, la edad gestacional de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera con mayor incidencia fue de 35- 37 semanas de gestación con un porcentaje de 46.9% (10). En nuestro estudio encontramos que el 92,3% se encontraban en el 3er. trimestre de gestación, lo cual evidencia coincidencia con otros estudios como lo señala la teoría al respecto.

Luego podemos señalar que en los casos de, **enfermedad hipertensiva del embarazo** ($p = 0,030$), el **aborto** ($p = 0,028$), los **antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta** ($p = 0,023$) y el **control prenatal** ($p = 0,044$); si se encuentra asociación significativa estadísticamente al desprendimiento prematuro de placenta a pacientes gestantes atendidas en el

hospital Santa María del Socorro de Ica. En conclusión, podemos afirmar que los citados ítems, **son factores obstétricos predisponentes** para presentar desprendimiento prematuro de placenta.

4.1 COMPROBACIÓN DE HIPOTESIS

4.2 Contratación de hipótesis general

H₁: Los factores predisponentes al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 – 2020, se relacionan.

H₀: Los factores predisponentes al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 – 2020, no se relacionan.

Como se observa en tabla 2, respecto al factor biológico no existen niveles de significancia estadística. Mientras que en tabla 3 correspondiente al factor socioeconómico se encuentra que la procedencia ($\rho=0,034$) tiene significancia estadística. En tanto que en tabla 4 correspondiente al factor obstétrico, se observa que la enfermedad hipertensiva del embarazo ($\rho=0,030$), los abortos ($\rho=0,028$) y los antecedentes de desprendimiento prematuro ($\rho=0,023$); entonces existe relación entre los factores; en tal sentido se acepta la hipótesis alterna (H_1) y se rechaza la hipótesis nula (H_0), concluyéndose que los factores socioeconómicos y el factor obstétrico si se relaciona significativamente con el desprendimiento prematuro de placenta.

4.3 Contratación de hipótesis específicas

Tabla 6. Pruebas estadísticas correspondientes al factor biológico

FACTORES BIOLÓGICOS					
Ítems	Chi (prueba)	Chi (tabla)	Grado libertad	ρ	Significancia
Edades	,838 ^a	9.4877	4	.933	NSE*
Estado nutricional	,838 ^a	9.4877	4	.933	NSE*
Hábitos nocivos	5,679 ^a	9.4877	4	.224	NSE*

H₀: Los factores biológicos relacionados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 – 2020, son independientes

H₁: Los factores biológicos relacionados al desprendimiento prematuro de placenta no son independientes.

El Factor biológico está conformado por los ítems, edades ($p=0,933$) ($Ch^2_{prueba} = 0,933 < Ch^2_{t(gl=4)} = 9,487$); estado nutricional ($p=0,933$) ($Ch^2_{prueba} = 0,838 < Ch^2_{t(gl=4)} = 9,487$) y hábitos nocivos ($p=0,138$) ($Ch^2_{prueba} = 5,679 < Ch^2_{t(gl=6)} = 12,591$). Como la probabilidad $p > 0.05$, es mayor al nivel de significancia, entonces no existe asociación entre los ítems del factor biológico y el desprendimiento prematuro de placenta; en tal sentido se rechaza la hipótesis (H_0), concluyéndose que los ítems del factor biológico no se relacionan significativamente con el desprendimiento prematuro de placenta, como se observa en tabla 6

Tabla 7. Pruebas estadísticas correspondientes al factor socioeconómico

FACTORES SOCIOECONÓMICOS					
Ítems	Chi (prueba)	Chi (tabla)	Grado libertad	ρ	Significancia
Estado civil	5,328 ^a	12.5916	6	.502	No
Grado instrucción	5,402 ^a	12.5916	6	.493	No
Procedencia	6,756^a	5.9915	2	.034	Si

H₀: Los factores socioeconómicos relacionados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 – 2020, son independientes

H₁: Los factores socioeconómicos relacionados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes socioeconómicos del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 – 2020, no son independientes.

El factor socioeconómico está conformado por los ítems, estado civil ($p=0,502$); grado de instrucción ($p=0,493$) y procedencia ($p=0,034$). Como la probabilidad $p < 0.05$, es menor al nivel de significancia, entonces existe asociación entre el ítem procedencia correspondiente al factor biológico y el desprendimiento prematuro de placenta; en tal sentido se acepta la hipótesis (H_0), concluyéndose que el factor biológico si se relaciona significativamente con el desprendimiento prematuro de placenta, como se observa en tabla 7

Tabla 8. Pruebas estadísticas correspondientes al factor obstétrico

FACTORES OBSTÉTRICOS					
Ítems	Chi (prueba)	Chi (tabla)	Grado Libertad	ρ	Significancia
Traumatismo abdominal	1,967 ^a	12.5916	6	.923	NSE*
Macrosomía fetal	,311 ^a	5.9915	2	.856	NSE*
Ruptura prematura de membranas	3,109 ^a	5.9915	2	.211	NSE*
Infección de vías urinarias	,599 ^a	5.9915	2	.741	NSE*
Enfermedad hipertensiva del embarazo	10,741^a	9.4877	4	.030	SSE**
Anemia ferropénica	3,603 ^a	5.9915	2	.165	NSE*
Cesáreas previas	1,052 ^a	5.9915	2	.591	NSE*
Abortos	7,118^a	5.9915	2	.028	SSE**
Antecedentes de DPP	7,509^a	5.9915	2	.023	SSE**
Control prenatal	6,240^a	5.9915	2	.044	SSE**
Inducción	2,394 ^a	5.9915	2	.302	NSE*
Paridad	5,150 ^a	9.4877	4	.272	NSE*
Edad gestacional	2,528 ^a	5.9915	2	.283	NSE*

H₀: Los factores obstétricos relacionados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 – 2020, son independientes.

H₁: Los factores obstétricos relacionados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 – 2020, no son independientes.

El factor obstétrico entre otros, está conformado entre otros, como se observa en tabla 8, por los ítems, enfermedad hipertensiva del embarazo ($p=0,030$) ($Ch^2_{prueba} = 10,741 > Ch^2_{t(gf=4)} = 9,487$), abortos ($p=0,028$) ($Ch^2_{prueba} = 7,118 > Ch^2_{t(gf=2)} = 5,9915$), antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta ($p=0,023$) ($Ch^2_{prueba} = 7,509 > Ch^2_{t(gf=2)} = 5,9915$) y control prenatal ($p=0,044$) ($Ch^2_{prueba} = 6,240 > Ch^2_{t(gf=2)} = 5,9915$). Como la probabilidad $p < 0.05$, es menor al nivel de significancia, entonces existe asociación entre los ítems, enfermedad hipertensiva del embarazo, abortos, antecedentes de DPP y control prenatal correspondiente al factor obstétrico y el desprendimiento prematuro de placenta; en tal sentido se acepta la hipótesis (H_0), concluyéndose que el factor obstétrico si se relaciona significativamente con el desprendimiento prematuro de placenta.

V CONCLUSIONES

1. Los resultados obtenidos del estudio realizado, demuestran que existen relación de los factores predisponentes y el desprendimiento prematuro de placenta; y para ello se analizó los factores biológicos, factores socioeconómicos y factores obstétricos.
2. En los factores biológicos se analizó, las **edades**, determinándose que las pacientes comprendidas entre 15 a 25 años y de 36 a más años, representan (38,5%) respectivamente, se encuentra con una probabilidad ($p=0,933$); el **estado nutricional**, la mayores frecuencias están relacionadas a la desnutrición y el sobrepeso (38,5%) respectivamente, con una probabilidad ($p=0,933$); los **hábitos nocivos**, encontrándose la mayor frecuencia en pacientes que no tienen hábitos nocivos representan (88,5%) y con la probabilidad ($p=0,138$), Como se observa en el análisis estadístico se concluye que los factores biológicos no tiene asociación significativa estadísticamente al desprendimiento prematuro de placenta, en las pacientes gestantes atendidas en el hospital Santa María del Socorro - Ica. 2019 – 2020.
3. En los factores socioeconómicos, se analizó el **estado civil** en el que se encuentra que las convivientes (46,2%) y las solteras (34,6%) ambas presentan las mayores frecuencias y la probabilidad ($p=0,502$); el **grado de instrucción**, donde las mayores frecuencias fueron las pacientes con estudios de primaria (46,2%) y las de secundaria que representan (38,5%) con una probabilidad ($p=0,493$); mientras que en la **procedencia** se encuentra que las mayores frecuencias se dan en pacientes provenientes del ámbito rural representan (65,4%) y con una probabilidad (**$p=0,034$**). Como se observa en el análisis estadístico se concluye que, el factor socioeconómico (procedencia) si tiene asociación significativamente estadística al desprendimiento prematuro de placenta en las pacientes gestantes atendidas en el hospital Santa María del Socorro - Ica. 2019 – 2020.
4. En los factores obstétricos, se analizó el **traumatismo abdominal**, encontrándose que las caídas (42,3%) y accidentes contusos (26,9%) fueron las mayores frecuencias y con una probabilidad ($p=0,923$); la **macrosomía fetal** en donde se encuentra que las frecuencias de las que si presentaron y aquellas que no presentaron, coinciden (50,0%) con una probabilidad ($p=0,856$); en la **ruptura prematura de membranas** se encuentra que las mayores frecuencias se dan en

pacientes que si presentaron y representan (53,8%) y con una probabilidad ($\rho=0,211$); en la **infección de vías urinarias** se encuentra que las mayores frecuencias se dan en pacientes que si presentaron y representan (57,7%) y con una probabilidad ($\rho=0,741$); en la **anemia ferropénica** se encuentra que las mayores frecuencias se da en pacientes que si presentaron que representan (57,7%) y con una probabilidad ($\rho=0,165$); en las **cesáreas previas**, las mayores frecuencias se da en pacientes que no fueron sometidas y representan (53,8%) y con una probabilidad ($\rho=0,591$); la **inducción** en donde se encuentra que las mayores frecuencias se da en pacientes que si fueron sometidas y representan (53,8%) y con una probabilidad ($\rho=0,302$); en la **paridad**, las mayores frecuencias se da en pacientes Múltiparas que representan (88,5%) y en Gran múltiparas (7,7%) con una probabilidad ($\rho=0,272$); en la **edad gestacional** se encuentra que las mayores frecuencias se da en pacientes que se encuentran en el 3er. trimestre de gestación y representan (92,3%) y con una probabilidad ($\rho=0,283$) en dichos ítems no se encuentra relación estadísticamente significativa. Mientras que en la **enfermedad hipertensiva del embarazo** se encuentra que las mayores frecuencias se da en pacientes que presentaron pre eclampsia que representan (69,2%) y con una probabilidad ($\rho=0,030$); en los **abortos** se encuentra que las mayores frecuencias se da en pacientes que si presentaron y representan (69,2%) y con una probabilidad ($\rho=0,028$); en los **antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta** en el cual se encuentra que las mayores frecuencias se da en pacientes que si tuvieron antecedentes de DPP y representan (69,2%) y con una probabilidad ($\rho=0,023$); en el **control prenatal** se encuentra que la mayor frecuencia se da en pacientes que no recibieron control prenatal y representan (65,4%) y con una probabilidad ($\rho=0,044$). Como se observa en el análisis estadístico se concluye que, los factores obstétricos (enfermedad hipertensiva del embarazo, abortos, antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta y control prenatal) si tiene asociación significativamente estadística al desprendimiento prematuro de placenta en las pacientes gestantes atendidas en el hospital Santa María del Socorro - Ica. 2019 – 2020.

5. Concluyéndose que el ítem procedencia, enfermedad hipertensiva del embarazo, abortos, antecedentes de DPP, control pre natal; se relaciona significativamente con el desprendimiento prematuro de placenta.

VI RECOMENDACIONES

1. Dado que existen factores predisponentes socioeconómicos u obstétricos para el desprendimiento prematuro de placenta, se recomienda educar a la gestante, pareja o familiares sobre los signos de alarma del embarazo, para que reconozcan los signos que se presenten y puedan acudir oportunamente al establecimiento de salud. Considerar la realización de la ecografía obstétrica como herramienta de apoyo para la vigilancia y manejo de las pacientes con factores de riesgo.
2. Visto los factores biológicos pese a no tener significancia estadística, sin embargo, por presentar las mayores frecuencias de los casos estudiados se recomienda brindar información a las gestantes sobre los factores de riesgo y complicaciones que puede producir el desprendimiento prematuro de placenta, sobre todo en aquellas pacientes comprendidas entre 15 y 25 años de edad, o aquellas que presentan desnutrición o sobrepeso o las que tengan algún hábito nocivo.
3. Teniendo en cuenta que el factor socioeconómico procedencia, es un factor predisponente para el desprendimiento prematuro de placenta; se recomienda enfocarse en las pacientes de procedencia rural ya que en su mayoría estas pacientes no acuden a los establecimientos de salud, desconociendo los factores de riesgo o complicaciones que puedan presentarse durante la gestación, también se debe tomar en cuenta el riesgo derivado de la actividad laboral que realizan.
4. Desde el punto de vista del factor obstétrico, sobre todo en aquellas que presentaron eclampsia, o que presentaron abortos, se recomienda realizar campañas de concientización en planificación familiar, es indispensable diagnosticar los factores de riesgo que se puedan presentar en cada control prenatal, para evitar que el desprendimiento de placenta se desencadene poniendo en riesgo la vida de la madre y del feto.
5. Con la finalidad de reducir los riesgos de los factores asociados al desprendimiento prematuro de placenta, se recomienda mayor vigilancia en las pacientes de procedencia rural realizando campañas de visitas domiciliarias para brindarle acceso a los servicios de salud y se realice la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud.

VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarado J. Desprendimiento Prematuro de Placenta. In Alvarado J. Apuntes de Obstetricia. Lima: Apuntes Médicos del Perú; 2017. p. 217-224.
2. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Spong C, Dashe J, Hoffman B, et al. Williams Obstetricia. 25th ed. Garcia Carbajal NL, editor. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A.; 2019.
3. T. Dulay A. Manual MSD version para profesionales. [Online].; 2019 [cited 2019 Noviembre 05]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anormal%C3%ADas-del-embarazo/desprendimiento-de-placenta-abruptio-placentae>.
4. Uzandiga J, De La Fuente P. Implantación placentaria inadecuada - (factor placentario). In Uzandiga J, De La Fuente P. Obstetricia y Ginecología. Madrid: Marbán; 2019. p. 448-451.
5. Ghasemi M, Noori N, Dashipour A, Khajeh L. Investigación de resultados y factores de riesgo de placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta en mujeres embarazadas referidas al hospital Ali Ibn Abi Talib de Zahedán. Revista de revisión multidisciplinaria. 2020 Enero 13; VII(3): p. 1-5.
6. Surabhi S. Estudio Clínico de resultado materno y fetal asociado con desprendimiento prematuro de placenta. MedPulse - Revista Internacional de Ginecología. 2019 Agosto 20; 11(2): p. 40 - 44.
7. Carpio A. Prevalencia de desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en el Hospital de la ciudad de Guayaquil. Tesis Pregrado. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas; 2019.
8. Janakiram P, Sellathamry G, Ponnivalavan K. Resultado Materno y Perinatal en Desprendimiento Prematuro de Placenta. Based Med. 2017 Agosto 21; IV(67): p. 3985 - 3988.

9. Bongiwe N. Morbilidad en mujeres con desprendimiento prematuro de placenta: un estudio descriptivo - prospectivo. tesis doctoral. Johannesburgo: Universidad de Witwatersrand, Departamento de Ginecología y Obstetricia; 2017.
10. Fuentes M. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta en sala de consulta externa de la maternidad María de Jesús en el período de enero - diciembre 2016. Tesis pregrado. Guayaquil: Universidad de Guayaquil de Ciencias Médicas, Carrera de Obstetricia; 2017.
11. Obando S. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta factores de riesgo y complicaciones materno fetales, estudio a realizar en el Hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Stomayor" período 2014-2015. Tesis Pregrado. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas; 2016.
12. Moncada W. Desprendimiento prematuro de placenta en pacientes cesareadas en un hospital Daniel Alcides Carrión de la Región Callao, Perú. Tesis doctoral. Lima: Universidad Científica del Sur, facultad de ciencias de la salud; 2020.
13. Miranda S, Nicolas D. Características maternas y fetales de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales - Comas - 2016 - 2017. Tesis Pregrado. Lima: Universidad Privada ARZOBISPO LOAYZA, Facultad de Ciencias de la Salud; 2019.
14. Puma M. Factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno 2018. tesis de Pregrado. Juliaca: Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez", Facultad de Ciencias de la Salud; 2019.
15. Robles J. Anemia e hipertensión arterial como factores de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Belén de Trujillo. tesis pregrado. Trujillo: Universidad Privada Anterior Orrego, Facultad de Medicina; 2018.
16. Fernandez L. Factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en pacinetes cesareadas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

- de enero del 2012 a diciembre del 2017. Tesis Posgrado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2018.
17. Torres C. Patologías maternas asociadas al desprendimiento prematuro de placenta normoinsera en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de enero 2008-julio 2018. Tesis de Pregrado. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2018.
 18. Sartori K. Factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes de 25 a 40 años en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipolito Unanue en el año 2015. Tesis de Pregrado. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista, Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.
 19. Rivera K. Factores de riesgo asociados a hemorragias de la segunda mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, Ica-Perú en el periodo 2017-2019. Tesis de Pregrado. Ica: Universidad Privada San Juan Bautista, Facultad de ciencias de la salud; 2020.
 20. Agapito M. Factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, durante el periodo enero-diciembre del 2016. Tesis de Pregrado. Ica: Universidad Privada San Juan Bautista, Facultad de Medicina Humana; 2016.
 21. Schwarcz R, Fescina R, Duverges A. Obstetricia. 7th ed. Solari , editor. Buenos Aires: El Ateneo; 2016.
 22. Cifuentes R. Obstetricia de Alto Riesgo. 7th ed. Canaval H, Cifuentes , Prieto , Quintero , editors. Bogotá: Distribuna Editoreal; 2016.
 23. Pacheco J. Ginecología Obstetricia y Reproducción. 2nd ed. Candiotti Vera , editor. Lima: Revistas Especializadas Peruanas SAC; 2016.
 24. G. Gabbe S, R. Niebyl J, Leigh Simpson J, B. Landon M, L. Galan H, M. Jauniaux E, et al. Obstetricia Embarazos Normales y de Riesgo. 7th ed. Mújica Menéndez , editor. Barcelona: ELSEVIER; 2018.

25. Balandr J. Obstetricia y Ginecología. 7th ed. Mexico: Editorial Médica Panamericana; 2016.
26. González J, Laílla J, Fabre E, González E. Obstetricia. 7th ed. Masson , editor. Barcelona: Elsevier; 2018.
27. L. Moore K, N. Persaud T, G. Torchia M. Embriología Clínica. 10th ed. Martínez Álvarez , editor. Barcelona: Elsevier Saunders; 2017.
28. W. Sadler T. Embriología Medica Lagman. 13th ed. Rasmussen S, editor. Barcelona: Wolters Kluwer Health; 2017.
29. Carvajal J, Ralph C. Manual de Obstetricia y Ginecología. 8th ed. Carbajal A. , editor. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2017.
30. L. Brunton L, A. Chabner B, C. Knollmann B. Goodman y Gilman Las bases farmacológicas de la terapéutica. 13th ed. Brunton L, editor. México: Mc Graw Hill; 2019.
31. Gil F. Situación Epidemiológica de la Muerte Materna en el Perú 2015. Boletín Epidemiológico. 2016 Enero; 25(4): p. 66-74.
32. Almendrades M, Maguiña M. Complicaciones maternas y neonatales asociadas a la inducción del trabajo de parto, hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe 2015-2016. Tesis de pregrado. Huaráz: Universidad nacional "Santiago Antúnez de Mayolo", Facultad de ciencias médicas; 2018.
33. Rodriguez L. Obesidad pregestacional como factor de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta en el hospital Belén de Trujillo. Tesis doctoral. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana; 2016.
34. Alvarenga P. Factores de riesgo asociados a macrosomía fetal. Tesis doctoral. San Pedro Sula: Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Escuela Universitaria de ciencias de la salud; 2017.

35. Condezo N. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital Amazónico de Yarinacocha-Ucayali 2015. Tesis doctoral. Huánuco: Universidad de Huánuco, Facultad de ciencias de la salud; 2019.
36. Villacís A. la anemia asociada a la ruptura prematuro de membranas en mujeres que acuden a la unidad municipal de salud sur en el período agosto 2016-enero 2017. Tesis de pregrado. Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de ciencias médicas; 2017.
37. Laínez L. Factores predisponentes y complicaciones neonatales en los pacientes con desprendimiento placentario en el hospital Mariana de Jesús periodo 2016. Tesis de pregrado. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Facultad de ciencias médicas; 2016-2017.

VIII ANEXOS

Anexo 1 Matriz de consistencia:

“factores predisponentes al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del Hospital Santa María del Socorro Ica 2019 – 2020”

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es la relación de los factores predisponentes con el desprendimiento prematuro de placenta del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 – 2020?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar los factores predisponentes con el desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 – 2020.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>Existe relación entre los factores predisponentes con el desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 – 2020.</p>	<p>VARIABLE X</p> <p>Factores predisponentes</p> <p>Dimensiones</p> <p>Factores biológicos Edad Estado nutricional Hábitos nocivos Factores socioeconómicos Estado civil Grado de instrucción Procedencia Factores obstétricos Traumatismo abdominal Macrosomía fetal Ruptura prematura de membranas</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Nivel Relacional Tipo Observacional, retrospectivo, transversal</p>
<p>PROBLEMAS SECUNDARIOS</p> <p>PE1: ¿Cuáles son los factores biológicos que determinan el desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 – 2020?</p> <p>PE2: ¿Cuáles son los factores socioeconómicos en el que se presenta el desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 – 2020?</p> <p>PE3: ¿Cuáles son los factores Obstétricos en el que se presenta el desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 – 2020?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>OE1: Identificar los factores biológicos que determinan el desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 – 2020.</p> <p>OE2: Identificar los factores socioeconómicos en el que se presenta el desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 – 2020.</p> <p>OE3: Identificar los factores obstétricos en el que se presenta el desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 – 2020.</p>	<p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>HE1: Existe relación entre los factores biológicos y el desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 – 2020.</p> <p>HE2: Existe relación entre los factores socioeconómicos y el desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 – 2020.</p> <p>HE3: Existe relación entre los factores obstétricos y el desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 – 2020.</p>	<p>VARIABLE Y</p> <p>Desprendimiento prematuro de placenta</p> <p>Dimensiones</p> <p>Grado de desprendimiento prematuro de placenta</p> <p>Indicadores</p> <p>Grado I, Grado II, Grado III</p>	<p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>No experimental</p>  <p>INSTRUMENTO</p> <p>Ficha de recolección de datos</p>
		<p>POBLACIÓN</p> <p>El universo de la investigación estuvo conformado por 63 pacientes gestantes cuyas edades fueron mayores de 15 años.</p> <p>MUESTRA</p> <p>La muestra estuvo constituida por 26 pacientes cuyo diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta fueron confirmados</p>		

Anexo 2. Instrumento de recolección de información

Título: “factores predisponentes al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2019 – 2020”

I. FACTORES BIOLÓGICOS

1. EDAD

15 a 25 años () 26 a 35 años () 36 a + años ()

2. ESTADO NUTRICIONAL

Desnutrición () Peso normal () Sobrepeso ()

3. HÁBITOS NOCIVOS

Si () No ()

II. FACTORES SOCIOECONÓMICOS

4. ESTADO CIVIL

Soltera () Conviviente () Casada () Divorciada ()

5. GRADO DE INSTRUCCIÓN

Sin estudios () Primaria () Secundaria () Superior ()

6. PROCEDENCIA

Rural () Urbano ()

III. FACTORES OBSTÉTRICOS

7. TRAUMATISMO ABDOMINAL

Accidente contuso () Caídas () Esfuerzo físico () Ninguno ()

8. MACROSOMÍA FETAL

Si () No ()

9. RUPTURA PREMATURO DE MEMBRANAS

Si () No ()

10. INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS

Si () No ()

11. HIPERTENSIÓN DEL EMBARAZO

Preeclampsia () Eclampsia () Ninguno ()

12. ANEMIA FERROPÉNICA

Si () No ()

13. CESAREAS PREVIAS

Si () No ()

14. ABORTO

Si () No ()

15. ANTECEDENTES DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

Si () No ()

16. CONTROL PRENATAL

Si () No ()

17. INDUCCIÓN

Si () No ()

18. PARIDAD

Nulípara () Primípara () Multípara () Gran multípara ()

19. EDAD GESTACIONAL

1° trimestre () 2° trimestre () 3° trimestre ()

20. GRADO DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA



Grado I () Grado II () Grado III ()

Anexo 3. Cuadro de operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	METODOLOGÍA	PRUEBA ESTADÍST.
VARIABLE X: Factores predisponente	Factores biológicos	Grupo edad	15-25 años	Razón	Nivel: Relacional Tipo: Observacional, transversal retrospectivo Diseño No experimental Método Inductivo Muestra: Se considera como muestra a 26 gestantes con diagnóstico de desprendimiento de placenta, no probabilísticas y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión Muestreo No probabilístico TECNICAS E INSTRUMENTO Técnica: Análisis documental Instrumento: Ficha de recolección de datos	C H I C U A A D O
			26-35 años			
			36 a + años			
		Estado nutricional	Desnutrición	Nominal		
			Peso normal			
			Sobrepeso			
	Hábitos nocivos	Si	Nominal			
		No				
	Factores socioeconómicos	Estado civil	Soltera	Nominal		
			Conviviente			
			Casada			
			Divorciada			
		Grado de instrucción	Sin estudios	Ordinal		
			Primaria			
			Secundaria			
Procedencia	Rural	Nominal				
	Urbano					
Factores obstétricos	Traumatismo abdominal	Accidente contuso	Nominal			
		Caídas				
		Esfuerzo físico				
		Ninguno				
	Macrosomía fetal	Si	Nominal			
No						
Ruptura prematura de membranas	Si	Nominal				
	No					
Infección de vías urinarias	Si	Nominal				
	No					

		Enfermedad hipertensiva del embarazo	Preeclampsia Eclampsia Ninguna	Nominal	
		Anemia	Si No	Nominal	
		Cesáreas previas	Si No	Nominal	
		Aborto	Si No	Nominal	
		Antecedente de desprendimiento prematuro de placenta	Si No	Nominal	
		Control prenatal	Si No	Nominal	
		Inducción	Si No	Nominal	
		Paridad	Nulípara Primípara Múltipara Gran múltipara	Ordinal	
		Edad gestacional	1er. trimestre 2do. trimestre 3er. trimestre	Ordinal	
VARIABLE Y: desprendimiento prematuro de placenta	Medición	Grado de desprendimiento prematuro de placenta	Grado I Grado II Grado III	Ordinal	

Anexo 4. Consentimiento informado

	DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE ICA U.E. 405 HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO-ICA "Año de la Universalización de la Salud"	
---	---	---

MEMORANDO N° 139 - 2020-DE-HSMSI/J-UADI

SEÑOR : ING. ALEJANDRO VALDIVIA RETAMOZO
Jefe de la Unidad de Estadística

ASUNTO : PRESENTACIÓN DE TESISISTA

FECHA : Ica, 10 de Diciembre del 2020

Me dirijo a usted, para presentar a la tesisista Srta. GALVEZ SULLUCHUCO KAREN, quien desarrollará el PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: "FACTORES PREDISPONENTES AL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA 2019-2020".

Se le agradece brindar las facilidades.

Atentamente.

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCIÓN REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

[Firma]

MAG. C.D. RICARDO D. MARTINEZ MUÑANTE
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN

RECEPCIÓN

10 DIC. 2020

UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

HORA: 09:52 am

FIRMA: *[Firma]*

c.c. Archivo.
CDGTR/J-UADI.



Ica, 09 de Marzo del 2021

PROVEIDO N°- 007- 2021-HSMSI-DPTO-G.O

Vista la solicitud presentada por la Srta. GALVEZ SULLUCHUCO KAREN, quien solicita desarrollar Proyecto de Investigación Factores Predisponentes al Desprendimiento Prematuro de Placenta en Gestantes DEL AÑO 2019, 2020

Esta jefatura no tienen ningún inconveniente en aceptar lo solicitado pase a la Jefatura de Obstetricia para sus trámites correspondientes.

Atentamente,


Calle 14 de Agosto 1400
DPTO. OBSTETRIA
C.M.P. N° 1400 R.N.E. N° 1400
JEFE DPTO. G.O.

C.C. J-OBSTETRAS
CGO/I-DPTO-G.O

Anexo 5. Juicio de expertos



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE OBSTETRICIA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ESCALA DE CALIFICACION
PARA EL JUEZ EXPERTO



Estimado juez experto (a): Mag. Angélica Aroni Gutiérrez

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación titulado: "FACTORES PREDISPONENTES AL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA - 2019"

Marque con una (x) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. La estructura del instrumento es adecuado	X		
3. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable	X		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
5. Los ítems son claros y entendibles	X		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

ICA, 29 de Junio del 2020

Angélica Aroni Gutiérrez

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

Mag. Angélica Aroni Gutiérrez
 OBSTETRA
 Especialista en Maternidad
 C.O.P. 3167 - RNE: 40471-1-1-1
 Hospital Regional de Ica



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE OBSTETRICIA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ESCALA DE CALIFICACION
PARA EL JUEZ EXPERTO



Estimado juez experto (a): Mg. Ivonne Bada Cauero

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación titulado: **"FACTORES PREDISPONENTES AL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA - 2019"**

Marque con una (x) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	↓		
2. La estructura del instrumento es adecuado	↓		
3. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable	↓		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	↓		
5. Los ítems son claros y entendibles	↓		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	↓		

SUGERENCIAS:

Lista para aplicar

.....

.....

.....

Ica, 22 de Enero del 2020

Ivonne Bada Cauero

.....

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO
 COORDINADORA E.C.H.V. OBSTETRICIA
 HOSPITAL "FELIX TORREALVA GUTIERREZ"
 RED ASISTENCIAL ICA
 EsSalud



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE OBSTETRICIA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ESCALA DE CALIFICACION
PARA EL JUEZ EXPERTO



Estimado juez experto (a): Anarela Gabriel Guevara

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación titulado: **"FACTORES PREDISONENTES AL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA - 2019"**

Marque con una (x) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	1		
2. La estructura del instrumento es adecuado	1		
3. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable	1		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1		
5. Los ítems son claros y entendibles	1		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación			

SUGERENCIAS:

.....

Ica, 07 de febrero del 2022


 Anarela L. Gabriel Guevara

 OBSTETRA
 C.O.P. 22753
 HOSPITAL I "FELIX TORREALVA GUTIERREZ"
 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

Anexo 6. Análisis de alfa de Cronbach

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:

$S_{i=}$, es la varianza del ítem i

S_t^2 , es la varianza de los valores totales observados

k , es el número de preguntas o ítems

Ejemplo:

$S_{i=1}^2$, es la varianza del ítem 1=0.769231

$S_{i=2}^2$, es la varianza del ítem 2=0.769231

$S_{i=3}^2$, es la varianza del ítem 3=1.013314

$S_{i=20}^2$, es la varianza del ítem 20=0.5147929

$$\sum_{i=1}^{20} S_i^2 = 8.389053$$

$$S_t^2 = 33.178994$$

$$k=20$$

- Alfa de Cronbach $\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right] = 0.804$

Anexo 7. Matriz de datos

Respuestas	1. Edades	2. Estado nutricional	3. Hábitos nocivos	4. Estado civil	5. Grado de instrucción	6. Procedencia	7. Traumatismo abdominal	8. Macrosomía fetal	9. Ruptura prematura de membranas	10. Infección de vías urinarias	11. Enfermedad hipertensiva del embarazo	12. Anemia ferropénica	13. Cesáreas previas	14. Abortos	15. Antecedentes de desprendimiento prematuro de	16. Control prenatal	17. Inducción	18. Paridad	19. Edad gestacional	20. Desprendimiento prematuro de placenta
1	1	1	2	1	3	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	3	3	3
2	3	3	1	2	3	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	3	3	2
3	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	4	3	3
4	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	2
5	2	2	2	2	3	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	2
6	1	1	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3
7	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	3	3	2
8	3	3	2	1	4	2	3	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	3	3	2
9	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	3	3	3
10	3	3	2	1	4	2	3	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	3	3	1
11	3	3	2	3	3	2	4	2	1	1	3	2	2	2	1	2	2	3	3	2
12	3	3	2	2	2	2	4	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	3	3	1
13	3	3	2	4	1	1	4	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	3	3	2
14	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	3	3	3
15	3	3	2	3	2	2	3	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	4	3	3
16	1	1	2	1	3	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	1	3	3	1
17	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3	3	2
18	1	1	2	1	3	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2
19	3	3	2	4	3	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	3	3	2
20	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	3	1
21	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	3	2	2
22	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3
23	3	3	2	2	3	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	3	3	3
24	2	2	2	2	3	1	1	1	2	1	3	1	1	2	2	2	1	3	3	1
25	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1	1	2	3	3	2
26	3	3	2	1	2	1	3	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	3	3	3

Fuente: Instrumento de recolección de datos

- Evidencia de recolección de datos



Recolección de historias clínicas



Llenado de fichas de recolección de datos