

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD “FERNANDO
CABIESES MOLINA”**

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

“DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA EN PACIENTES
CESAREADAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO EN EL CALLAO”

Tesis para optar el título de:

Médico Cirujano

Presentado por:

Willy Alfredo Moncada Quispe

Asesor:

Luis Enrique Medrano García

Lima – Perú

2020

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Lima, 13 de Mayo de 2020.

Los integrantes del Jurado de tesis:

Presidente: Mg. Fulton Paul Rivera Albinagorta	<input type="checkbox"/>
Miembro: Med. Esp. Jimena de Noriega Madalengoitia	
Miembro: Med. Esp. Flora Elsa Espinoza Altamirano	

Se reúnen para evaluar la tesis titulada: "DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA EN PACIENTES CESAREADAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO EN EL CALLAO"

Presentada por el estudiante: Willy Alfredo Moncada Quispe.

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesorado por: Mg. Luis Enrique Medrano García

Luego de haber evaluado el informe final de tesis y evaluado el desempeño del estudiante de la carrera de rellenar en la sustentación, concluyen de manera unánime (x) por mayoría simple () calificar a:

Tesis: Willy Alfredo Moncada Quispe			Nota (en letras): Catorce	
Aprobado (x)	Aprobado - Muy buena ()	Aprobado - Sobresaliente ()	Desaprobado ()	

Los miembros del jurado firman en señal de conformidad.



**Mg. Fulton Paul Rivera
Albinagorta
Presidente del Jurado**



**Mg. Luis Enrique Medrano García
Asesor**



**Med. Esp. Jimena de Noriega
Madalengoitia
Miembro 1**



**Med. Esp. Flora Elsa Espinoza
Altamirano
Miembro 2**

Resumen

Objetivo: Determinar las características del desprendimiento prematuro de placenta en pacientes cesareadas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de la Región Callao, Perú.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal sobre una muestra de 80 historias clínicas de pacientes cesareadas con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta, elegidas por conveniencia en base a los criterios de inclusión y exclusión, entre enero 2012 a diciembre 2017. Complementariamente se revisó el libro de registro de cesáreas de pacientes con diagnóstico de DDP del área quirúrgica del Hospital. Se obtuvieron datos sobre características sociodemográficas de las pacientes y sobre sucesos concernientes a traumatismos, tales como; desprendimiento prematuro de placenta; edad; paridad; antecedente de desprendimiento prematuro de placenta; preeclampsia; parto pretérmino previo; embarazo múltiple; cesárea previa; ruptura prematura de membranas; controles prenatales; tabaquismo; consumo de cocaína; traumatismo externo (accidentes de tránsito, caídas de gran impacto o trauma abdominal directo. Se creó una base de datos en Microsoft Excel 2016 y las variables cualitativas como cuantitativas fueron tratadas mediante estadística descriptiva y para observar el rango de dispersión entre las variables y observar la probabilidad de ocurrencia del hecho en estudio, se calculó el grado de desviación estándar.

Resultados: Se encontró que el promedio de edades de las pacientes seleccionados, 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 primíparas, 80% multíparas y el 7.5% gran multíparas. Se presentaron cuadros hipertensivos en el embarazo como el mayor factor de riesgo en 40% de los casos y un 22.5% con rotura prematura de membranas.

Conclusiones: La prevalencia de desprendimiento prematuro de placenta en pacientes cesareadas en el HNDAC entre los años 2012-2017 fue de 1.19%, con cuadros hipertensivos debido a preeclampsia, como el factor de riesgo más frecuentemente hallado en la investigación.

Palabras Claves: Desprendimiento prematuro de placenta, factores de riesgo, prevalencia.

Abstract

Objective: To determine the characteristics of premature placental abruption in cesarean patients at the Daniel Alcides Carrion National Hospital in the Callao region, Perú.

Materials and methods: An observational, descriptive and cross-sectional study was carried out on a sample of 80 medical records of cesarean patients diagnosed with premature placental abruption, chosen for convenience based on the inclusion and exclusion criteria, from January 2012 to December 2017. Completely revised the record book of cesarean sections of patients with a diagnosis of PDD in the surgical area of the Hospital. Data were obtained on the sociodemographic characteristics of the patients and on events concerning trauma, such as; Placental abruption; age; parity; history of premature placental abruption; preeclampsia; previous preterm delivery; multiple pregnancy; previous cesarean section; premature rupture of membranes; prenatal checkups; smoking cocaine use; external trauma (traffic accidents, high impact falls or direct abdominal trauma. A database was created in Microsoft Excel 2016 and the qualitative and quantitative variables were treated using descriptive statistics and to observe the range of dispersion between the variables and observe the probability of occurrence in the study, standard deviation was calculated.

Results: 28.75% were women over 35 years old, 18.75% under 20 years old; the 12.5% proved to be primiparous patients, 80% multiparous and 7.5% large multiparous. The 40% of cases present hypertensive in pregnancy as the major risk factor, followed by 22.5% of cases with premature rupture of membranes.

Conclusion: The prevalence of placental abruption in patients who had been left in the HNDAC between 1012-2017 was 1.19%, with preeclampsia as the most frequently found risk factor.

Keywords: Placental premature detachment, risk factors, prevalence.

Introducción

El desprendimiento prematuro de placenta DPP, también conocido como *abruptio placenta*, consiste en la separación prematura de la placenta normalmente implantada de la pared uterina, Tikkanen¹, Oleyese et al.² Dentro de la segunda mitad del período de gestación, el DPP, constituye una seria complicación del embarazo que condiciona la morbimortalidad materna y es una de las causas principales del severo sangrado que se produce^(1,2). El DPP alcanza el 31% de las hemorragias en dicho periodo⁽¹⁾ Hladky et al.³. Se debe sospechar desprendimiento prematuro de placenta en pacientes embarazadas con la siguiente clínica:^(1,2,3) sangrado vaginal; dolor abdominal; dolor de espalda; historia de trauma (con o sin síntomas) y con trabajo de parto prematuro inexplicado.

La incidencia del DPP a nivel mundial es de 0,3- 1% y es causa de un 25% de la mortalidad perinatal. Tikkanen M¹. En el Perú alcanza una variación entre 0,2% a 2%. En el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de la Región Callao, lugar del estudio, hay una alta demanda de pacientes en el servicio de emergencia de Gineco Obstetricia, observándose que se trata de pacientes que no han llevado un control del embarazo y que muchas veces fueron referidas tardíamente desde otro establecimiento. Como referencia, en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé en Lima, la incidencia alcanza un nivel de 0,45%.^(1,2) Machecu et al.⁴. Por desconocerse realmente la causa primaria del DPP en la mortalidad materna fetal, se incidió a fondo en examinar los principales factores de riesgo.

Relativo a la incidencia, del 40 al 60 % de los DPP ocurren antes de las 37 semanas de gestación y el 14 % antes de las 32 semanas⁽¹⁾. Relativo a factores de riesgo, diversos estudios han mencionado que el 50% de los DPP graves están asociados a trastornos hipertensivos del embarazo, preeclampsia, hipertensión crónica y ruptura prematura de membranas Boisram⁵, Mbah et al.⁶ Schiff MA, et al.⁷ Torres⁸ y cuando el cuadro no es diagnosticado a tiempo puede ocurrir muerte fetal. El mismo puede ocurrir si la paciente ha tenido antecedente de DPP por embarazos anteriores, o cuando presenta una condición de multiparidad por daño repetitivo en el endometrio, debido a un mayor número de embarazos o, a lo avanzado de la edad materna.⁽⁵⁾ Instituto Materno Perinatal – MINSA⁹. Comparando mujeres <35 años con las de ≥ 40 años, estas últimas tuvieron un mayor riesgo de desprendimiento (razón de posibilidades ajustada^(3,6); IC del 95%: 1,3 a 3,8)⁽⁶⁾.

En relación con cesárea previa como posible factor de DPP, es interesante observar lo hallado por Yang Q et al.¹⁰ en los Estados Unidos. Ellos realizaron un estudio sobre parto por cesárea del primer embarazo asociado con un riesgo mayor de DPP en el segundo embarazo único. En otro orden de factores de riesgo, están también el tabaquismo o el consumo de drogas como la cocaína Likke et al.¹¹ Aliyu et al.¹², cuyo efecto es conocido por ocasionar hipertensión en la gestante⁽¹⁰⁾, los traumatismos ocasionados por caídas o accidentes de tránsito, la edad materna avanzada de la gestante o, por último, las comorbilidades que pueden acompañar al embarazo, como la diabetes gestacional o polihidramnio Parker et al.¹³, que son otros factores de riesgo que pueden ser considerados.

Materiales Y Métodos

Diseño metodológico

Estudio de enfoque cuantitativo, diseño observacional de tipo descriptivo y transversal. Se buscó conocer las características de los casos de pacientes con DPP, sus antecedentes, factores de riesgo y complicaciones.

Población de estudio

Pacientes cesareadas según historias clínicas con diagnóstico de DPP entre enero 2012 a diciembre 2017, de los distritos de la Región del Callao y de otros alrededores, atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de esa Región.

Muestra

Se seleccionó por método de conveniencia una muestra de 80 historias clínicas de pacientes cesareadas con diagnóstico de DPP, atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao.

En concordancia con el diseño de estudio elegido se categorizaron las siguientes variables: desprendimiento prematuro de placenta, edad, paridad, antecedente de desprendimiento prematuro de placenta, preeclampsia, parto pretérmino previo, embarazo Múltiple, cesárea previa, ruptura prematura de membranas, controles prenatales, tabaquismo, consumo de cocaína, traumatismo externo (accidentes de tránsito, caídas de gran impacto o trauma abdominal directo).

Criterios de inclusión

Pacientes cesareadas con DPP atendidas en el – HNDACC – entre enero del 2012 y diciembre del 2017, pacientes según edad; materna, gestacional o paridad.

Criterios de exclusión

Fueron excluidas las historias incompletas de pacientes y de las que presentaron antecedente de sangrado sin diagnóstico definitivo.

Análisis estadístico

Se construyó una base datos con Microsoft Excel 2016. Empleando estadística descriptiva, las variables cualitativas se procesaron mediante medidas de frecuencia absolutas y porcentajes. Las variables cuantitativas se expusieron en valores de media, mediana, valor mínimo y valor máximo.

Prueba

En correspondencia con el diseño elegido, observacional, descriptivo y transversal, y para observar la probabilidad que el evento DPP ocurra, se calculó el rango de dispersión o variabilidad entre las medias de las variables mediante la desviación estándar.

Procedimiento

Se consiguió el permiso de la Dirección General contando con la opinión Técnica favorable del CIEI adscrito a la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación (OADI) del Hospital Daniel Alcides Carrión, previa aceptación del estudio por parte del Departamento de Ginecología y Obstetricia posteriormente se hizo los análisis estadísticos.

Consideraciones éticas

Siendo la unidad de análisis del estudio un conjunto de historias clínicas de pacientes de un área de servicios médicos en un hospital, no se tuvo contacto con pacientes, y se observó completa confidencialidad en los casos estudiados, el estudio fue aprobado por el comité de ética 452-2019-PRE15, cabe resaltar que el presente estudio servirá como requisito para la obtención del título a médico cirujano del autor Moncada Quispe Willy Alfredo.

Resultados

Se seleccionaron y evaluaron 80 historias clínicas de pacientes con DPP, enero 2012 a diciembre 2017, que representaron un 1,19% de 6 725 intervenciones obstétricas realizadas en el – HNDACC – En el Año 2012, de un total de 1109 cesáreas registradas, se identificaron 10 casos (0.9%) de DPP. En el año 2013, de un total de 1112 cesáreas registradas, se identificó 12 casos (1.08%) de DPP. En el año 2014, de un total de 1117 cesáreas registradas, se identificó 13 casos (1.16%) de DPP. En el año 2015 de un total de 1130 cesáreas registradas, se identificó 15 casos (1.33%) de DPP. En el año 2016, de un total de 1123 cesáreas registradas, se identificó 11 casos (0.98%) de DPP. En el año 2017, de un total de 1135 cesáreas registradas, se identificó 19 casos (1.67%) de DPP (Tabla N° 1 y Figura N°1)

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA PREVALENCIA DE DPP

Año	Cesáreas	Casos	Prevalencia
2012	1109	10	0.9
2013	1112	12	1.08
2014	1117	13	1.16
2015	1130	15	1.33
2016	1123	11	0.98
2017	1134	19	1.67
Total	6725	80	1.19

Fuente: Elaboración propia con historias clínicas de las pacientes con DPP del – HNDACC –.

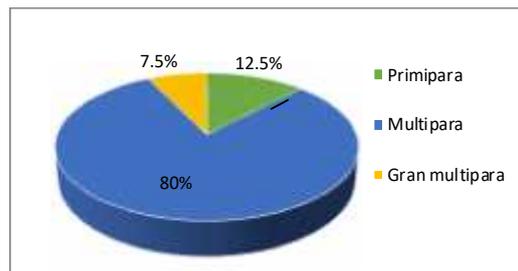


Fuente: Elaboración propia con historias clínicas de las pacientes con DPP del – HNDACC –.

FIGURA1. PREVALENCIA DE DPP

La edad de las 80 pacientes HNDAC que presentaron DPP entre los 16 y 46 años, se distribuyó con una media de 31.26 años (desviación estándar de 7.61). Se dividió la variable en tres grupos: 18,75% (n = 15) tuvo una edad menor de 20 años; 52,5% (n = 42) entre 20 y 35 años y 28.75% (n = 23) mayor de 35 años, observándose que el grupo más numeroso correspondió a mujeres en el rango de 20 y 35 años. (Figura N°2).

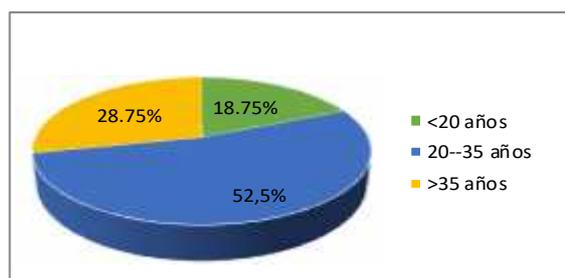
FIGURA 2: PORCENTAJE DE CASOS DE DPP SEGÚN LA EDAD DE LA MADRE



Fuente: Elaboración propia con historias clínicas de las pacientes con DPP del – HNDACC –

Respecto a paridad, de las 80 historias de casos de pacientes con DPP investigados, se halló un 12.5% (n=10) en primíparas; 80% (n=64) en múltiparas y 7.5% (n=6) en gran múltiparas, observándose además que el grupo más numeroso en cuánto a la evaluación de los principales factores de riesgo presentados, correspondió a múltiparas con DPP, (Figura N°3).

Figura 3: PORCENTAJE DE CASOS DE DPP SEGÚN PARIDAD



Fuente: Elaboración propia con historias clínicas de las pacientes con DPP del – HNDACC –

Con relación a la presencia de los mayores factores de riesgo para DPP, ningún factor de riesgo, como la edad gestacional del recién nacido, ni el control prenatal [(52.5% (n=42) tuvo menos de seis controles prenatales y solo el 35% (n=28) presentó mayor e igual a seis controles prenatales], ni el parto pretérmino previo [(88.7%(n=71)], ni el embarazo múltiple (solo se registró un caso que equivale al 1.25% del total), ni los cuadros de cesáreas previas (solo dos pacientes, equivalente al 2.5% de casos tuvieron dos cesáreas previas), como tampoco los casos de rupturas

de membranas (18 casos de RPM, representando el 22.5%), ni el consumo de tabaco, cocaína u otras sustancias, ni los casos de traumatismo abdominal por accidentes (se encontró un solo caso de trauma abdominal, que representó el 1% del total). Sin embargo, el mayor factor de riesgo encontrado correspondió a los casos de preeclampsia y eclampsia, y en este sentido, el factor hipertensión inducida por el embarazo resultó asociado en un buen número de veces con un caso de DPP, pero en la mayoría de ellos, como ha sido evidenciado en el presente estudio, la causa real de esta entidad muchas veces resultó aún desconocida. (Así, entre los factores de riesgo más característicos se detectó mayor incidencia de DPP en los casos en que la madre llegó a mostrar cuadros hipertensivos como complicaciones del embarazo, 40% presentó preeclampsia severa y un 60% de tipo no severa y 2.5% eclampsia). En el caso de DPP en los casos que mostraron Eclampsia, se observó que casi el 98 % exhibieron preeclampsia-eclampsia). (Ver Tablas 2 y 3).

TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE CASOS DE DPP SEGÚN PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA

Preeclampsia severa	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	40%
No	48	60%
Total	80	100%

Fuente: Elaboración propia con historias clínicas de las pacientes con DPP del – HNDACC –

TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE CASOS DE DPP SEGÚN PREECLAMPSIA- ECLAMPSIA

Pre eclampsia-Eclampsia	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	2.5
No	78	97.5%
Total	80	100%

Fuente: Elaboración propia con historias clínicas de las pacientes con DPP del – HNDACC –

Discusión

Nuestro estudio se centró en el análisis de los factores de riesgo asociados al DPP durante 5 años (2012-2017) en el HDACC. Se comprobó que esta complicación del embarazo ocurrió en un 1.19% (80/6 725) de los embarazos que finalizaron por vía abdominal, valor que no difiere de los presentados por otros autores como Jubete Y, et al.¹⁴ que refieren que la frecuencia del DPP oscilaba entre 0.42% y 1.5%; a diferencia de Sarwar et al.¹⁵ que reportaron una prevalencia de 4.4%.

En nuestro estudio encontramos que el 52.5% de casos con DPP se presentó entre las edades de 20 y 35 años, (figura N°2) con una mediana de 33 años, siendo el valor máximo de 46 años y el mínimo de 16 años. Estos datos guardan cercanía con lo encontrado por Acho Mego¹⁶, quien reportó que 64,4% de las pacientes con DPP estaban entre los 20 a 34 años. Otras investigaciones refieren que la edad materna avanzada puede asociarse con un mayor riesgo de DPP. Ananth CV, et al.¹⁷ Abdella TN et al.¹⁸, Naidu J, et al.¹⁹

Existen diferentes factores de riesgo para el DPP. En México por ejemplo V.M Elizalde-Valdés²⁰ refirió que las madres mayores de 35 años se sitúan en un significativo riesgo para abruptio placentae.

En cuanto a paridad, el 12.5% de las pacientes resultaron ser primíparas, mientras que el 80% fueron multíparas y solo el 7.5% gran multíparas. Según la literatura se encontró que el aumento de la paridad después del quinto hijo, corre paralelo con el aumento de incidencia de DPP. Jubete. et al.⁹. Ellos sostuvieron que hay factores de riesgo muy importantes asociados para DPP como son la edad materna en los casos de mujeres mayores de 35 años y la multiparidad⁽⁹⁾, Rodrigo²¹

La hipertensión inducida por el embarazo ha sido asociada en un buen número de veces con un mayor riesgo de DPP; sin embargo, la causa de esta entidad muchas veces no es aún conocida¹, como se ha sido también confirmado en el presente estudio. Así, entre los factores de riesgo más característicos se observó mayor incidencia en los casos en que la madre mostraba cuadros hipertensivos como complicaciones del embarazo, así, un 40% presentó preeclampsia severa y 2.5% eclampsia, resultados que no difieren mucho con lo hallado por V.M. Elizalde-Valdés¹⁸ (32,6%) a diferencia de los estudios de Percy Pacora²² (25%).

En nuestro estudio se observó una tendencia en que, a menor edad gestacional, resultaba mayor el riesgo a desencadenar un DPP, pues en el 47.5% del número de casos se encontraron evidencias entre las semanas 28-36 de edad gestacional del recién nacido. Además, de ello, también la presencia de DPP en un embarazo anterior al actual, fue indicativo de una predisposición a desarrollar nuevamente un DPP en una mujer. Hossain N y col.²³ se refirieron al hallazgo de una tasa de desprendimiento recurrente en mujeres con historia previa de abruptio

placentae en un orden de 11,9%, frente a lo hallado por V.M. Elizalde-Valdés¹⁸ que encontró que un 4.7% mostró antecedente de DDP en el embarazo previo. En nuestra investigación solo encontramos un caso de una paciente con antecedente de DPP.

Estudios recientes, como el realizado por Elsasser D et al.²⁴ lograron mostrar la relación entre la ruptura prematura de membranas con DPP, ocasionado por los neutrófilos, que, siendo una fuente rica de proteasas, pueden degradar la matriz extra celular provocando producción en aumento de la trombina en la decidua. En nuestro estudio el segundo factor de riesgo de mayor incidencia fue la ruptura prematura de membranas con un 22.5% valor, que concuerda con lo hallado por V.M. Elizalde-Valdés¹⁸ (22.1%).

En nuestro estudio, el 11.25% de las gestantes tenían historia de un parto pretérmino previo, mientras que el 87.75% no presentó dicho antecedente, sin embargo, la literatura nos mostró escasos registros de este factor.

El riesgo de desprendimiento de la placenta puede verse aumentado por un embarazo múltiple. Según el estudio realizado por Salihu HM, y col. et al²⁵ en un periodo de tres años, 1995 a 1998, la prevalencia de DPP fue de 0.62% de nacimientos únicos, 1.22% de nacimientos gemelares y 1.56% de nacimientos de trillizos. En nuestro estudio solo hemos encontrado un caso de embarazo gemelar que representa el 1% del total.

Según Yang Q, Wen SW⁸ el parto por cesárea previa se asocia con un mayor riesgo de DPP en el segundo embarazo, obteniendo en su investigación una tasa de desprendimiento de 0.68%, lo cual difiere con nuestro estudio, donde se encontró que solo un 5% de todos los casos presentaron cesárea previa.

Existen estudios que señalan que el tabaquismo y el consumo de cocaína, Loredó Abdala et al.²⁶ marcan por lo general un mayor riesgo para el desprendimiento de la placenta ^{25,17}, Frank DA et al²⁷, Little BB, et al²⁸, sin embargo, en nuestro estudio solo se encontró un caso de tabaquismo y consumo de sustancias asociado a ese cuadro.

Se halló estudios en que pacientes que son expuestas a un traumatismo abdominal, había un mayor riesgo a desarrollar un DPP. Estos eventos por lo general son resultado de caídas o golpes directos abdominales y una buena parte de accidentes automovilísticos⁶ A pesar de ello, en nuestro trabajo solo encontramos el caso de una paciente que sufrió un traumatismo abdominal.

Limitaciones

Las limitación más importante que afronta a la realización del estudio viene de la veracidad de los datos registrados en las historias clínicas, por tratarse de un componente subjetivo muy importante en la salud de la mujer gestante, ya que los datos son registrados por los internos de medicina, pudiéndose dar el caso que no se cuente con información completa en determinada historia clínicas, en cuyo caso deberá recurrirse a una siguiente historia clínica que cumpla con los criterios de inclusión.

Conclusiones

1. Se encontró que la prevalencia de DPP en pacientes cesareadas en el HNDACC fue de 1.19% entre los años 2012-2017.
2. El mayor número de casos de DPP se situó en el grupo de 20-35 años, lo cual llegó a representar el 52.5% de las pacientes cuyas historias fueron estudiadas.
3. El mayor número de casos de DPP se dio en mujeres multíparas que representó el 80% de casos estudiadas.
4. La mayor incidencia de DPP relacionada con los principales factores de riesgo, en los casos asociados con DPP, se dio cuando la madre cursaba cuadros hipertensivos del embarazo, con un porcentaje de 40% o preeclampsia severa y 2.5% en los casos de eclampsia. Sin embargo, también nuestro estudio encontró que un segundo factor de riesgo de mayor incidencia, fue la ruptura prematura de membranas en un 22.5% de los casos.

Recomendaciones

1. Cualquier iniciativa que induzca a las madres a acudir a sus controles prenatales, sigue teniendo un valor incalculable para la salud tanto de ellas como del niño. Concientizar y educar a las pacientes embarazadas para que acudan a sus controles prenatales de acuerdo a las normas establecidas por el MINSA, señalándose los riesgos al no hacerlo, debe ser una tarea permanente en los profesionales de la salud y una estrategia de los servicios para prevenir los casos de DPP, ya que un control prenatal temprano y adecuado permitirá realizar un diagnóstico precoz frente a cualquier complicación del embarazo, parto y puerperio, para luego recibir un tratamiento oportuno, especialmente en los casos de riesgo de DPP.
2. En mujeres con antecedente de DPP, podría ser una buena estrategia observar la posible conveniencia del nacimiento del feto entre las 34 a 37 semanas de gestación, prestando atención al logro de madurez en los pulmones del feto, y comprobando que esta circunstancia haya sido debidamente documentada.
3. Por la complejidad que reviste, es necesario que los casos de pacientes con diagnóstico o sospecha de DPP, deban ser manejados por personal profesional de salud idóneo, con la debida competencia y experiencia para realizar un análisis integral del caso, y que este debe ser hecho en una unidad especializada que cuente con todas las garantías de diagnóstico y técnico-quirúrgicas de atención, para tener **en cuenta incluso, la posibilidad de observar y prevenir cuadros de hemorragia posparto.**

Fuentes de financiamiento:

La presente investigación no ha recibido financiamiento que provenga de agencias del sector público, comercial o entidades sin ánimo de lucro, financiado por el autor.

Conflictos de interés:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Bibliografía

- 1) Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. Acta Obstet Gynecol Scand. 2011 [Sitio en internet]. Consultado: 15 diciembre 2017. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21241259>
- 2) Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption. Obstet Gynecol. 2006 Oct; 108(4):1005-16.
- 3) Hladky K, Yankowitz J, Hansen WF. Placental abruption. ObstetGynecolSurv. 2012 May; 57(5):299-305.
- 4) Macheke G, Filemón R, Oneko O, Mlay P, Masenga G. Frecuencia, factores de riesgo materno y fetal, resultados de desprendimiento prematuro de placenta en el norte de Tanzania: un registro basado en estudio retrospectivo de cohorte. Rev. Gestación y Nacimiento. 2015; 15: 242- 247.
- 5) Boisramé T. Desprendimiento de la placenta: factores de riesgo, y pronóstico materno-fetal. Estudio de cohorte de más de 10 años. Revista Europea de Obstetricia - Ginecología y Biología Reproductiva 2014; 179: 100-104.
- 6) Mbah AK, Alio AP, Fombo DW, Association between cocaine abuse in pregnancy and placenta-associated syndromes using propensity score matching approach. 2012 Jun;88(6):333-7.
- 7) Schiff MA, Holt VL. Pregnancy outcomes following hospitalization for motor vehicle crashes in Washington State from 1989 to 2001. 2005 Mar 15; 161(6):503-10.
- 8) Torres E. Factores de Riesgo Asociados al Desprendimiento Prematuro de Placenta en Gestantes Atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-Perú 2014.
- 9) Instituto Materno Perinatal – Ministerio de Salud. hemorragia obstetricia y repercusión neonatal. actualidad materna perinatal – hemorragia obstétrica: principales causas de muerte materna en el país. n°8. septiembre 2000 Pág. 17 – 27.
- 10) Yang Q, Wen SW, Oppenheimer L. Association of caesarean delivery for first birth with placenta previa and placental abruption in second pregnancy. 2007 May; 114(5):609-13.
- 11) Lykke JA, Dideriksen KL, Lidegaard O, First-trimester vaginal bleeding and complications later in pregnancy. ObstetGynecol. 2010 May;115(5):935-44.
- 12) Aliyu MH, Salihu HM, Lynch O, Alio AP. Placental abruption, offspring sex, and birth outcomes in a large cohort of mothers. J Matern Fetal Neonatal Med. 2012 Mar;25(3):248-52

- 13) Parker S, Werler M, Gissler M, Tikkanen M, Ananth C. El Desprendimiento de la placenta y el riesgo posterior de preeclampsia: una población basada en estudio de casos y controles. *Revista de Epidemiología de Pediatría y Perinatología*. 2015; 29(3): 211 – 219.
- 14) Jubete Y, De Miguel JR. Estudio de 101 casos de abruptio placentae. *Forms clinicals y repercussion perinatal*. *Prog Obstet Ginecol*. 2002; 45:427-35
- 15) Sarwar, Iram Aziz un Nisa Abbasi, Ansa Islam, Abruptio placentae and its complications at ayub teaching hospital Abbottabad, Department of obstetrics and gynaecology, unit B, Ayub teaching Hospital Abbottabad Pakistan, 2006; 18 (1).
- 16) Segundo Acho Mego. Hemorragia de la Segunda Mitad del embarazo, en un Hospital Nacional de Lima. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2011; 57: 243-247
- 17) Ananth CV, Savitz DA, Williams MA. Placental abruption and its association with hypertension and prolonged rupture of membranes: a methodologic review and meta-analysis. *Obstet* 1996 Aug; 88(2):309-18.
- 18) Abdella TN, Sibai BM, Hays JM Jr, Anderson GD. Relationship of hypertensive disease to abruption placentae. *Obstet Gynaecol* 1984; 63(3):365-70.
- 19) Naidu J, Moodley M, Adhikari R, Ramsaroop N, Morar O, Dunmoye S. Clinico-pathological study of causes of perinatal mortality in a developing country. *J Obstet Gynaecol* 2001; 21(5): 443-447.
- 20) V.M Elizalde-Valdés. «Abruptio placentae»: morbimortalidad y resultados perinatales. *Medicina e Investigación* 2015; (3):102-115.
- 21) Rodrigo Cifuentes, *Obstetricia basada en la evidencia, abrutio de placenta* 2002.
- 22) Pacora P. El Desprendimiento Prematuro de Placenta es una Manifestación de Enfermedad vascular Severa en el Embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2015; p. 108-203.
- 23) Hossain N, Khan N, Sultana SS, et al. Abruptio placentae and adverse pregnancy outcome. *J Pak Med Assoc*. 2010; 60:443---6.
- 24) Elsasser D, Ananth C, Prasad V, Vintzileos A. Diagnosis of Placental Abruption: Relationship between Clinical and Histopathological Findings. *Eur J ObstetGynecol Reprod Biol*. 2010; 148(2): 125-130
- 25) Salihu HM, Bekan B, Aliyu MH, Rouse DJ. Perinatal mortality associated with abruptio placenta in singletons and multiples. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 Jul; 193(1):198-203.
- 26) Arturo Loredó Abdaláa, Abigail Casas Muñozb, Daniella Alejandra Monroy Llagunoc La cocaína: sus efectos en la mujer embarazada y en el producto de la gestación, *Revista del Centro de Estudios Avanzados Sobre Maltrato Infantil*. Instituto Nacional de Pediatría (CEAMI-P), Vol. 57, N.o 3. Mayo-junio 2014, UNAM. México, DF. 2014.

- 27) Frank DA, Zuckerman BS, Amaro H et al. Cocaine use during pregnancy prevalence and correlates. *Pediatrics*. 1988; 82:888-95.
- 28) Litle BB, Snell LM, Klein VR, Gilstrap LCIII. Cocaine abuse during pregnancy maternal and fetal implications. *Obstet Gynecol*. 1989;73:157-60.

Anexos:

“FICHA DE RECOLECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESPRENDIMIENTO
PREMATURO DE PLACENTA”

I. DATOS GENERALES:

- NOMBRES Y APELLIDOS:
- N° HISTORIA CLINICA:
- EDAD:años
- TABAQUISMO

SI	<input type="checkbox"/>	1	(1)
NO (2)	<input type="checkbox"/>	2	

- CONSUMO COCAINA

SI (1)	<input type="checkbox"/>	1
NO (2)	<input type="checkbox"/>	2

II. DATOS OBSTETRICOS

- G.... P.....

- PARIDAD

PRIMIPARA (1)	<input type="checkbox"/>	1
MULTIPARA (2)	<input type="checkbox"/>	2

- CONTROL PRENATAL

<6 CPN (1)	<input type="checkbox"/>	1
>6 CPN (2)	<input type="checkbox"/>	2

- ANTECEDENTE DPP (1)
- PARTO PRETERMINO PREVIO (2)
- EMBARAZO MULTIPLE (3)
- RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (4)
- PREECLAMPSIA (5)
- CESAREA PREVIA (6)

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	6

III. TRAUMATISMO: accidentes de tránsito, caídas o traumatismo abdominal directo.

SI (1)	<input type="checkbox"/>	1
NO (2)	<input type="checkbox"/>	2

Matriz de Operacionalización de Variables

VARIABLES	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Naturaleza y escala
Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP)	Se define como la separación parcial o total de una placenta normalmente implantada desde la pared uterina antes del parto o después de las 20 semanas.	Será definido por el diagnóstico de Desprendimiento Prematuro de Placenta descrito o registrado en la historia clínica de la paciente, para su determinada selección e inclusión en el estudio. Clasificándola como Si, en caso se hallase el diagnóstico y cumpliera los criterios de inclusión para designarla como caso; y No: en cuyo caso no se hallase el diagnóstico y cumpliera los criterios de inclusión como control.	Si () No ()	Nominal
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde que nace.	Tiempo vivido de una paciente con edad gestacional y antecedentes patológico hasta el momento del diagnóstico consignado en la historia clínica.	< 20 años 20 a 35 > 35 años	Numérica discreta
Paridad	Número de hijos vivos que ha parido.	Se define como nulípara aquella paciente que no tuvo ninguna paridad, multipara que tuvo más de una paridad y gran multipara que ha completado más de 5 embarazos.	Nuliparidad: sin partos Primípara: solo tuvo 1 parto Multiparidad: tuvo 2-4 partos Gran multipara: tuvo >5 partos	Ordinal
Control Prenatal	Número de atenciones o controles en la que acude la gestante ante un profesional de la salud para el bienestar de la misma y del producto de la concepción.	Se definirá por el número de atenciones o controles registrados en la historia clínica de la paciente incluida en el estudio. Agrupando posteriormente dicha cantidad en menos de 6 controles y de 6 controles a más	<6 CPN >6 CPN	Numérica Discreta
Antecedente de DPP	Es la presencia de antecedente de Desprendimiento Prematuro de Placenta.	Será definido por lo registrado en la historia clínica y clasificado como SI: si se encontrara dicho antecedente o NO: si no se encontrara descrito DPP en la anterior gestación.	Si () No ()	Nominal
Preeclampsia	Es la presencia de hipertensión y proteinuria anormal en toda mujer con embarazo mayor de 20 semanas.	Será definido por el diagnóstico de preeclampsia descrito o registrado en la historia clínica de la paciente en el estudio. Clasificándola como Si, en caso se hallase el diagnóstico; y No: en cuyo caso no se hallase el diagnóstico.	Si () No ()	Nominal

<p>Parto pretérmino previo</p>	<p>Es la presencia de antecedente de partos antes de la semana 37 de gestación.</p>	<p>Será definido por lo registrado en la historia clínica y/o perinatal de la gestante incluida en el estudio y clasificada como SI: si se encontrara dicho antecedente o NO: si no se encontrara descrito parto pretérmino en la anterior gestación.</p>	<p>Si () No ()</p>	<p>Nominal</p>
<p>Embarazo Múltiple</p>	<p>Es el desarrollo de 2 o más fetos en la cavidad uterina.</p>	<p>Se definirá por la presencia de diagnóstico de embarazo múltiple en la gestación actual descrita o registrada en la historia clínica del sujeto incluido en el estudio. Clasificándola como Si: si se encuentra descrito dicho diagnóstico en la historia y No: si no se encontrara descrito dicho diagnóstico en la historia de la gestante.</p>	<p>Si () No ()</p>	<p>Nominal</p>
<p>Cesárea Previa</p>	<p>Cuando la gestación inmediatamente anterior a la actual culmino a través de vía abdominal</p>	<p>Será definido por lo registrado en la historia clínica y clasificado como SI: si se encontrara dicho antecedente o NO: si no se encontrara descrito.</p>	<p>Si () No ()</p>	<p>Nominal</p>
<p>Ruptura Prematura de Membranas</p>	<p>Definida como la rotura espontánea de membranas amnióticas (amnios y corion) después de las 20 semanas de gestación y antes de que comience el trabajo de parto.</p>	<p>Será definido por el diagnóstico de ruptura prematura de membranas descrito o registrado en la historia clínica de la paciente para su determinada selección e inclusión en el estudio. Clasificándola como Si, en caso se hallase el diagnóstico; y No: en cuyo caso no se hallase el diagnóstico.</p>	<p>Si () No ()</p>	<p>Nominal</p>
<p>Tabaquismo</p>	<p>Presencia o antecedente de consumo de cigarrillo o sustancias que contienen nicotina, antes o durante el embarazo.</p>	<p>Se definirá por lo registrado en la historia clínica de la gestante incluida en el estudio clasificado como SI: con antecedente de consumo de cigarrillo o NO: sino encontrase</p>	<p>Si () No ()</p>	<p>Nominal</p>
<p>Consumo de cocaína</p>	<p>Presencia o antecedente de consumo de cocaína antes o durante el embarazo.</p>	<p>Se definirá por lo registrado en la historia clínica de la gestante incluida en el estudio y clasificado como SI: si se encontrara dicho antecedente o NO: si no se encontrara descrito</p>	<p>Si () No ()</p>	<p>Nominal</p>
<p>Traumatismo externo</p>	<p>Cualquier evento (accidente de tránsito, caídas o golpes abdominales directos) en el cual se produce un intercambio de energía con el cuerpo humano que produce lesión.</p>	<p>Será definido por lo registrado en la historia clínica y clasificado como SI: si se encontrara descrito o NO: si no se encontrara descrito.</p>	<p>Si () No ()</p>	<p>Nominal</p>



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRIÓN
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"



OFICIO N° 2299 -2018/HN.DAC-C-DG/OADI

Callao, 20 JUN. 2018

Señor:
Willy Alfredo Moncada Quispe
Alumno
Facultad de Medicina Humana
Universidad Científica del Sur
Presente.-

Asunto: *Autorización de Proyecto de Investigación*
Referencia: 1).- Expediente N° 2896 – N° Doc. HCA 009382-2018
2).- Memorandum N° 055-2018--HNDAC-OADI/CIEI

De mi mayor consideración:

Tengo a bien dirigirme a usted, saludándolo cordialmente y en atención al documento de la referencia, mediante el cual solicita la aprobación para realizar el Proyecto de Investigación titulado:

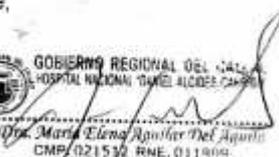
"DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA EN PACIENTES CESAREADAS EN HOSPITAL PÚBLICO EN EL CALLAO"

Proyecto evaluado y aprobado por el Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI), no habiéndose encontrado objeción en dicho proyecto de acuerdo a los estándares considerados en el Reglamento y Manual de Procedimientos del mencionado comité, la versión aprobada se encuentra en los archivos de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación (OADI).

En tal sentido, la Dirección General contando con la opinión técnica favorable del CIEI adscrito a la OADI, da la **AUTORIZACION** para la ejecución del proyecto de investigación en mención y tendrá vigencia de un año contados desde la fecha de la presente autorización y que se ejecutara bajo la responsabilidad del tesista.

Sin otro particular, hago llegar a usted las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALDOEE CARRIÓN
Dra. María Elena Aguilar Del Aguino
DMP/021532 RNE. 011409
DIRECTORA GENERAL

MADA/JHC/mmdm
CC. OADI
Archivo

www.hndac.gob.pe | Av. Guardia Chalaca N° 2176 Bellavista
unidad.docencia_hndac@hotmail.com | Teléfono: 614-7474 Anexos 3303-3312
oadi_hndac@hotmail.com

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



CONSTANCIA N° 200-CIEI-CIENTÍFICA-2019

El presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Científica del Sur (CIEI-CIENTÍFICA) da constancia que el proyecto de investigación, cuyos datos se registran a continuación, ha sido **aprobado** por el CIEI-CIENTÍFICA.

Código de registro: **425-2019-PRE15**
 Título: **Desprendimiento prematuro de placenta en pacientes cesareadas en hospital público en el Callao**
 Investigador(a): **Willy Alfredo Moncada Quispe**

La aprobación del proyecto de investigación implica que el documento presentado a evaluación cumple con los lineamientos de Universidad en materia de investigación y ética, los cuales se sustentan en la normativa internacional vigente.

En tal sentido, esta aprobación carecerá de valor si es que el proyecto de investigación arriba indicado es modificado de cualquier forma. Toda enmienda, añadido, eliminación o eventualidad (eventos adversos, etc.) posterior a la fecha de aprobación debe ser reportado al CIEI-CIENTÍFICA.

La vigencia de la aprobación de este documento es de dieciocho (18) meses (**hasta el 15 de abril del 2021**), periodo en el que puede desarrollarse el proyecto. Cualquier trámite para su renovación deberá ser enviado antes del término de la vigencia de este documento, debiendo suspenderse todo desarrollo hasta que la renovación sea aprobada.

Villa El Salvador, 16 de octubre de 2019




Méd. Fernando M. Runzer Colmenares
 Presidente
 Comité Institucional de Ética en Investigación