UNIVERSIDAD PRIVADA ARZOBISPO LOAYZA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



CARACTERÍSTICAS MATERNAS Y FETALES DE PACIENTES QUE PRESENTARON DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA EN EL HOSPITAL SERGIO BERNALES- COMAS, 2016-2017

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

AUTORAS:

Bachiller. Miranda Pilco, Silvia Brigitte

Bachiller. Nicolas Alberco, Daniela Katerin

ASESOR:

Dr. Allyn Zavaleta Pesantes

LIMA – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A Dios, por haberme brindado sabiduría a lo largo del camino, protegerme y guiarme en todo momento.

A mis amados padres y a mi abuelita Nelly, por su apoyo incondicional, cuyo esfuerzo se ve reflejado en este nuevo logro de mi vida.

Silvia

A Jesús, por el don de la vida a lo largo de mi formación profesional.

A mis padres, sus sabios consejos y ejemplos de perseverancia, que me ayudan a cumplir mis metas.

Daniela

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas, que contribuyeron con sus valiosas sugerencias, críticas constructivas e intelectuales para cristalizar la presente tesis.

A la Universidad Privada Arzobispo Loayza, que nos permitió adquirir enseñanzas y formarnos como profesionales.

A la Mg. Giovanini Martínez Asmad y al Dr. Cesar Hoyos Bracamonte, por su gentil colaboración, ofrecer su eficaz conocimiento científico y contribuir con sus valiosos aportes, para el desarrollo del instrumento y de la matriz de consistencia.

A nuestro asesor de tesis, Dr. Allyn Oswaldo Zavaleta Pesantes, por su entrega, dedicación y su ardua experiencia científica en la concreción de la tesis.

A todos ellos, infinitas gracias.

Las autoras

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Nosotras: Silvia Brigitte Miranda Pilco con DNI 73039757 y Daniela Katerin Nicolas Alberco con DNI 47910819, Bachilleres de la Escuela Profesional de Obstetricia; con la tesis titulada: “Características maternas y fetales de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales, Comas, 2016-2017”. Declaramos bajo juramento que:

La tesis es de nuestra autoría.

Hemos respetado las normas Vancouver, de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada, total ni parcialmente.

La tesis no ha sido publicada, ni presentada anteriormente para obtener el título profesional o grado académico previo.

Los datos presentados en los resultados: son reales, no han sido falseados, duplicados, ni copiados; y por consiguiente, los resultados que se presentan en la tesis constituirán aportes a la realidad investigada.

De incumplir el juramento, asumimos las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Privada Arzobispo Loayza.

Lima, 26 de febrero del 2019.

Miranda Pilco, Silvia Brigitte DNI 73039757	Nicolas Alberco, Daniela Katerin DNI 47910819

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado:

Dando cumplimiento al Título IV, Capítulo III del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, presentamos el trabajo de investigación denominado: “Características maternas y fetales de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales, Comas, 2016-2017”.

Línea de investigación (Clasificación OCDE):

Área : Ciencias Médicas y de la Salud

Sub área : Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia y Ginecología

Tema : Desprendimiento prematuro de placenta

INDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA ii
AGRADECIMIENTOS iv
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD v
PRESENTACIÓN vi
INDICE DE CONTENIDO vii
INIDICE DE TABLAS ix
RESUMEN x
ABSTRACT xi
INTRODUCCIÓN xii
CAPÍTULO I 1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 1
1.1. Descripción del problemas 2
1.2. Formulación del problema 3
1.2.1. Problema general 3
1.2.2. Problemas específicos 3
1.3. Objetivos 3
1.3.1. Objetivo general 3
1.3.2. Objetivos específicos 4
1.4. Justificación 4
1.5. Limitaciones 4
CAPÍTULO II 6
MARCO TEÓRICO 6
2.1 Antecedentes del problema 7
2.2 Base teóricas 10
2.3. Definición de términos básicos 23
CAPÍTULO III 24
MARCO METODOLÓGICO 24
3.1. Formulación de hipótesis 25
3.2. Variable 25
3.2.1. Definición conceptual 25
3.2.2. Definición operacional 25
3.2.3. Operacionalización de variables 27

3.3. Tipo de estudio....28
3.4. Diseño de estudio....28
3.5. Población, muestra y muestreo....28
3.5.1. Población....28
3.5.2. Criterios de selección....29
3.5.3. Muestra y muestreo....30
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos....30
3.6.1. Técnicas de recolección de datos....30
3.6.2. Instrumento de recolección de datos....30
3.6.3. Validez y confiabilidad de los instrumentos....31
3.6.4. Procedimiento de recolección de datos....31
3.7. Técnicas para el procesamiento y análisis de datos....31
3.8. Consideraciones éticas....32
CAPÍTULO IV....33
RESULTADOS....33
4.1. Análisis descriptivo....34
4.2. Discusión de resultados....40
CONCLUSIONES....43
SUGERENCIAS....44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS....45
ANEXOS....49
Anexo 1: Matriz de consistencia....50
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos....51
Anexo 3: Autorización para la recolección de datos....53
Anexo 4: Base de datos....54

INIDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Operacionalización de la variable	27
Tabla 2	Relación de historias clínicas de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales	29
Tabla 3	Características sociodemográficas de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta	34
Tabla 4	Características obstétricas de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta	36
Tabla 5	Características fetales de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta	38
Tabla 6	Otros datos de las pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta atendidas en el Hospital Sergio Bernales.	39

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características maternas y fetales de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales-Comas, 2016-2017. Tipo y diseño de estudio: Observacional, retrospectivo, transversal, univariado, descriptivo. Población: 88 pacientes que presentaron patología de estudio. Instrumento: Una ficha de recolección de datos. Resultados: La edad más frecuente fue de ≥ 35 años, con un 45 (50.6%), siendo la mayoría convivientes, con estudios secundarios; 38 (43.2%) presentó ruptura prematura de membranas, 37 (42%) fueron multíparas, 72 (81.8%) fueron pretérminos, 42 (47.7%) de las madres no tuvieron un control prenatal adecuado (<6 CPN). En relación a las características fetales: En la prematuridad, 61 (68.5%) fueron prematuros moderados a tardíos (32-37 semanas). El sufrimiento fetal agudo se presentó en 54 (61.4%). Conclusión: La paridad, la edad materna ≥35 años y el sufrimiento fetal agudo, son las características más presentes en el desprendimiento prematuro de placenta.

Palabras claves: Desprendimiento prematuro de placenta, Abruptio placentae.

ABSTRACT

Objective: To determine the maternal and fetal characteristics of patients who presented placental abruption at the Sergio Bernales-Comas Hospital, 2016-2017. Type and design of study: Observational, retrospective, transversal, univariate, descriptive. Population: All the patients presented premature placental abruption, finding 88 patients presented this pathology. Instrument: A data collection form. Results: The most frequent age was ≥ 35 years old, with 45 (50.6%), being the majority cohabitants, with secondary studies; 38 (43.2%) presented premature rupture of membranes, 37 (42%) were multiparous, 72 (81.8%) were preterm, where 42 (47.7%) of the mothers did not had adequate prenatal control (<6 CPN). Twenty-six (29.5%) had a history of placental abruption. The 24 (27.3%) presented hypertension induced in pregnancy. Regarding fetal characteristics: In prematurity, 61 (68.5%) were moderate to late preterm (32-37 weeks). Acute fetal distress occurred in 54 (61.4%). Conclusion: Parity, maternal age ≥35 years and acute fetal distress are the most frequent characteristics of premature placental abruption.

Key words: placental abruption, Abruptio placentae

INTRODUCCIÓN

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, es una patología que aqueja a mujeres de diversos grupos etarios, sin discriminar características sociales, culturales, étnicas, religiosas, afectando al desarrollo adecuado del embarazo. Es considerada como una de las causas más frecuentes de hemorragia en el embarazo.

Su incidencia es de 0,5% a 1%, de 1 por cada 150 partos (1), aumentando las cifras en multíparas, embarazos múltiples y gestantes mayores de 35 años de edad.

La mayoría de las pérdidas perinatales se deben a la muerte intrauterina antes del ingreso a un hospital, mientras que las muertes neonatales están primordialmente relacionadas con la prematuridad.

Las pacientes que presenten la patología son aquellas con un alto riesgo materno-fetal, porque a los problemas propios del cuadro de la enfermedad, se le agrega la multiparidad, edad avanzada ≥35 años, entre otras características presentes, condicionando a un manejo difícil de estas pacientes; por lo que con un control prenatal oportuno y adecuado, se podrá detectar a tiempo los factores de riesgos y así poder minimizar las complicaciones materno-fetales.

Este trabajo de investigación es importante, debido a que permite conocer e identificar aquellas pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta y que están más expuestas a producirse una hemorragia obstétrica, asimismo, porque colabora, mediante los hallazgos, observar, definir y hallar las complicaciones obstétricas.

La investigación está dividida en IV capítulos:

Capítulo I, detalla el planteamiento del problema, donde se presenta lo que viene sucediendo con respecto al tema de investigación: desprendimiento prematuro de placenta; así mismo, se indica el propósito de la investigación, la formulación el problema, objetivo, justificación y las limitaciones.

Capítulo II, presenta el marco teórico, en el cual presenta los antecedentes de la investigación internacional como nacional y el marco conceptual de la variable: características en pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta.

Capítulo III, se refiere al marco metodológico, en el que no se considera formular hipótesis, ya que no se pretende pronosticar datos ni eventos; se conceptualiza cada variable para explicarla operacionalmente, se describe y explica el tipo y diseño de estudio; además de la población de estudio. En los criterios de selección se desarrollan las características de las pacientes estudiadas, y aquellas pacientes que no lo cumplan. En la técnica e instrumento de recolección, se indica el procedimiento a seguir para realizar la recopilación de los datos, en el procesamiento para análisis de los datos se expone las técnicas estadísticas que corresponden según el tipo y nivel de medición de la variable, finalmente se incluye algunas consideraciones éticas.

Capítulo IV, resultados de la investigación, presenta el análisis descriptivo y la discusión de los resultados. Finalmente, se presenta las conclusiones, sugerencias y las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

Según el Instituto Nacional Materno Perinatal, define al desprendimiento prematuro de placenta, como la separación parcial o total de la placenta normoinserta, después de las 22 semanas de gestación y antes del alumbramiento (2).

El problema de esta intercurrencia del embarazo es que compromete generando morbi mortalidad, materna y neonatal, de presentación súbita u oculta genera desde morbilidad neonatal hasta muerte fetal intrauterina y hemorragia obstétrica.

La hemorragia obstétrica es hoy en día una de las causas más frecuentes de morbilidad u mortalidad materna, así como también un factor muy importante en la morbimortalidad perinatal. En el 30% de los casos, el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) representa la segunda causa de las hemorragias (3).

A nivel mundial constituye el 31% de las hemorragias del tercer trimestre presentando una incidencia muy variable que oscila de 0.12% a 3% (4).

A nivel nacional estos datos cambian de 0.2% a 2% lo cual concuerda con datos estadísticos del Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé de 0.45% y en el Instituto Nacional Materno Perinatal de 1%; la tasa de mortalidad fetal se encuentra entre 20% y el 40% (5).

Durante nuestras prácticas pre profesionales se presentaron casos de desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales, razón

por el cual fue un aspecto decisivo que nos incentivó a la realización de esta investigación, con el propósito de identificar las características de pacientes que presentaban dicha patología.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características maternas y fetales de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales, Comas, 2016-2017?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales, Comas, 2016-2017?
2. ¿Cuáles son las características obstétricas de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales, Comas, 2016-2017?
3. ¿Cuáles son las características fetales de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales, Comas, 2016-2017?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar las características maternas y fetales de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales, Comas, 2016-2017?

1.3.2. Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales, Comas, 2016-2017?
2. Identificar las características obstétricas de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales, Comas, 2016-2017?
3. Identificar las características fetales de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales, Comas, 2016-2017.

1.4. Justificación

En nuestro estudio buscamos aportar en lo referente a las características de pacientes que hayan presentado desprendimiento prematuro de placenta; ya que es un tema que dará a conocer los valores estadísticos sobre las características de las pacientes que han presentado dicha patología e identificarlas oportunamente; que serán de utilidad a todo personal de obstetricia del Hospital Nacional Sergio Bernales, con la finalidad de mejorar la salud de las gestantes en beneficio del binomio madre-hijo, estar en permanente estudio y continua revisión en el Hospital Sergio Bernales, Comas.

1.5. Limitaciones

Por ser una investigación descriptiva, solamente tendrá validez interna, los resultados que se obtengan, no se pueden extrapolar a la población de otros

hospitales, sólo se podrán extrapolar en el Hospital Sergio Bernales y también considerando el período al cual pertenece la información del estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del problema

2.1.1 Internacionales

Okby y colaboradores, realizaron el estudio, “Desprendimiento placentario en embarazos gemelares, factores de riesgo y resultados perinatales”. Con el objetivo de indagar en los factores de riesgo y el resultado del embarazo de pacientes con embarazos gemelares complicados con desprendimiento de la placenta. Se realizó un estudio retrospectivo, comparando embarazos gemelares con y sin desprendimiento de la placenta, durante los años 1988 a 2014. Resultados, hubo 5.266 partos con gemelos, de los cuales 108 (2.1%) tuvieron abrupción placentaria. La edad materna avanzada (≥35 años) fue de 48.8%, multiparidad de 43.2%, ruptura prematura de membranas 39.4% y partos Pretérminos 76.3%. El desprendimiento de placenta se asoció significativamente con el peso muy bajo al nacer, puntajes de Apgar<7 a los 5 min de 12.1% y mortalidad perinatal. En conclusión, los embarazos gemelares, la edad materna avanzada, la paridad alta y la ruptura prematura de membranas son factores de riesgo para el desprendimiento de la placenta (6).

Elizalde, Calderón, García y Díaz, en su estudio, “Abruptio placentae: morbimortalidad y resultados perinatales”. El objetivo fue distinguir la morbimortalidad materna y resultados perinatales en el Hospital de Ginecología y Obstetricia, Instituto Materno Infantil del Estado de México. Se realizó el estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal. Resultados, la edad más afectada fue de

20-35 años con 61.6%. Con respecto a los antecedentes gineco-obstétricos, 66.3% fueron multigestas, 32.6% tuvo cuadros hipertensivos, 24.3% ruptura prematura de membranas, y el 11.6% sobredistensión uterina, como el embarazo gemelar o polihidramnios, y el 28% tuvieron antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta. En lo correspondiente a los resultados neonatales, 25.6% tuvo una edad gestacional <37 semanas. Concluyeron que la morbimortalidad perinatal está establecido por el grado del desprendimiento placentario y la edad gestacional en la que aparece (7).

Macheku y colaboradores, en su estudio, “Frecuencia, factores de riesgo y resultados feto-maternos de abruptio placentae en el norte de Tanzania”. El objetivo fue establecer la frecuencia y los factores de riesgo de abruptio placentae y los resultados feto-maternos posteriores en mujeres con abruptio placentae. Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo, utilizando datos del Kilimanjaro Christian Medical Center (KCMC) entre Julio de 2000 y Diciembre 2010. Los resultados fueron una frecuencia de abruptio placentae 0.3% (112 / 39,993), hipertensión crónica (OR 4.1, IC 95% 1.3-12.8%), cesárea previa (OR 1.3, IC 95% 1.2-4.2%), abruptio placentae previo (OR 2,3; IC del 95%: 1,8-3,4%), menos de 6 controles prenatales (OR 1,3; 95% 1,1-2,4%) y alta paridad (OR 1,4; IC del 95%: 1,2-8,6%). En referencia al feto incluyen bajo peso al nacer (OR 5.9, IC 95% 3.9-8.7%) y un puntaje bajo de Apgar (debajo de 7) al 1 minuto y a los 5 minutos (OR 17.6, IC 95% 11.3-27.3%) (8).

2.1.2 Nacionales

Acho, Pichelingue, Díaz y Paredes, en su estudio, “Hemorragia de la segunda mitad del embarazo, en un hospital nacional de Lima”. El objetivo consistió en precisar la frecuencia de hemorragias de la segunda mitad del embarazo. Investigación descriptiva, realizada en el Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú, en el período de Enero 2008 a Diciembre 2009. Los participantes son las gestantes con hemorragia de la segunda mitad del embarazo. Resultados, la edad varió entre los 14 y 43 años, 62,7% (n=101) presentó desprendimiento prematuro de placenta, 34,8% (n=56) placenta previa y 2,5% (n= 4) rotura uterina; 7,5% (n=12) tenía un control prenatal adecuado, igual o mayor de 6 controles, y 92,6% (n=149) menos de 5 controles; 77,6% (n=125) tenían entre 36 y 40 semanas, y 13% (n=21) entre 32 y 35 semanas. Por tanto concluyeron que la hemorragia de la segunda mitad del embarazo comprometió 1,68% de la población obstétrica en el período estudiado y produjo morbimortalidad materna y perinatal (9).

Pacora, en su estudio, “El desprendimiento prematuro de placenta es una manifestación de enfermedad vascular severa en el embarazo (2005)”. Tiene el objetivo de determinar la prevalencia y factores de riesgo del desprendimiento prematuro de placenta. Se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en Lima durante 19 años. Los resultados en el primer período, se identificó 284 casos, siendo 0.4% de los embarazos (464/

107 854). Presentaron ausencia de control prenatal un 71%, multiparidad un 74%, anemia crónica un 1,4%, parto pretérmino, sufrimiento fetal un 61,4%, muerte neonatal. Concluyeron que el desprendimiento prematuro de placenta se asocia con mayor morbilidad materna/perinatal, parto prematuro y mortalidad perinatal (10) .

2.2 Base teóricas

2.2.1 Desprendimiento prematuro de placenta

1. Concepto. El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI), también denominado abruptio placentae, se caracteriza por la separación parcial o total de la placenta de su inserción en el útero, después de las 22 semanas y antes del alumbramiento (2, 11,12).
2. Incidencia. Es de 0.5% a 1%, siendo aproximadamente 1 por cada 150 partos. La tasa de muerte fetal es 20 a 35% aproximadamente, el 15% no se percibe tono cardíaco fetal al ingresar al hospital (1).
3. Etiología. Todavía es desconocida, aunque parece ser debida a defectos en la decidua y los vasos uterinos que favorecerían la ruptura brusca del útero-placentaria (13).
4. Fisiopatología. Existen ciertas hipótesis que explican el desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada, una de ellas es la hemorragia que inicia por rotura de un pequeño vaso arterial de la decidua basal, provocado por la elevación del tono y de la presión intramiometrial, de esta

manera la sangre que llega al útero tiene dificultades para ser evacuada, aumentando la presión sanguínea de los espacios intervellosos, lo que produce colapso de las arterias espirales, la sangre acumulada en estos espacios constituye el hematoma retroplacentario localizado entre la placenta y la pared uterina, a medida que el hematoma aumenta de tamaño la placenta se separa aún más dando como resultado el desprendimiento placentario (14).

Otro mecanismo podría ser la elevación brusca de la presión venosa de los vasos uterinos, transmitida al espacio intervelloso, produciendo congestión del lecho venoso, rotura vascular, hemorragia y posteriormente separación placentaria (7).

5. Factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Según Williams, entre ellos tenemos (15):

   a. Edad materna mayor a 35 años
   b. Paridad aumentada
   c. Hipertensión inducida en el embarazo
   d. Ruptura prematura de membranas
   e. Embarazo múltiple
   f. Trombofilias
   g. Consumo de tabaco de cigarrillos
   h. Consumo de cocaína
   i. Bajo peso al nacer

j. Desprendimiento prematuro de placenta previo

k. Leiomioma uterino

6. Clasificación. Según el Instituto Nacional Materno Perinatal, clasifica a esta patología en grados de gravedad de forma creciente (2,16):

a. Grado 1 (desprendimiento leve <30%):

- Sangrado vaginal leve.
- Irritabilidad uterina.
- Signos vitales maternos normales.
- Nivel de fibrinógeno normal.
- Monitoreo fetal con patrón normal (FCF normal: 120-160 latidos por minuto).

b. Grado 2 (desprendimiento moderado 30-50%):

- Sangrado vaginal leve ha moderado oscura.
- Contracciones uterinas frecuentes que pueden llegar a ser tetánicas.
- El útero es hipertónico y doloroso a la palpación.
- La presión sanguínea materna normal, pero aumenta la frecuencia cardíaca y pueden haber signos de Ortostatismo.
- El nivel de fibrinógeno puede estar descendiendo.
- El monitoreo se evidencia compromiso fetal, sufrimiento fetal (FCF > 160 latidos por minuto).

c. Grado 3 (desprendimiento severo >50%):

- Sangrado vaginal de moderado a severo, puede permanecer oculto hasta un 20%.
- El útero está tetánico y marcadamente doloroso.
- Compromiso hemodinámico materno marcado, que puede llegar a shock hipovolémico.
- Signos clínicos y/o laboratoriales de coagulopatía de consumo.
- Fibrinógeno <100 mg/dl
- El feto suele estar muerto.

7. Diagnóstico clínico de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. La intensidad del cuadro clínico puede variar extraordinariamente desde formas asintomáticas hasta formas graves que ponen en peligro la vida de la gestante y ocasionan la muerte fetal (11). Se caracteriza (1,17):
   a. Dolor abdominal intenso, que ocurre como consecuencia de la distensión uterina producida por el sangrado retroplacentario.
   b. Sangrado vaginal, en caso de desprendimiento la sangre es oscura de color pardusco con o sin coágulos.
   c. Estado de choque materno, provocado por el dolor intenso y la hipovolemia ocasionada por el sangrado.
   d. Por la gravedad que reviste el desprendimiento de placenta. Así mismo por la urgencia que confiere el manejo de dicho desprendimiento, se utilizan muy pocos métodos auxiliares que nos ayuda a diagnosticar dicha patología.

8. Exámenes auxiliares de ayuda diagnóstica. Se consideran exámenes de coagulación, laboratorio e imágenes (2):

a. Pruebas de coagulación, incluyen (18):
b. Recuento de plaquetas: Valores normales (150 000 - 450 000 / mL).
c. Tiempo de coagulación (Lee-White): Valores normales (5-10 minutos).
d. Tiempo de protrombina: Valores normales (10-14 segundos >60%).
e. Tiempo de tromboplastina parcial activado: Valores normales (25-45 segundos).
f. Fibrinógeno: Valores normales (200-400mg/dL).
g. Laboratorio:
h. Hemograma completo
i. Grupo sanguíneo y factor Rh
j. Tiempo de coagulación
k. Glucosa, úrea y creatinina
l. Perfil hepático
m. Pruebas cruzadas
n. Examen completo de orina
o. Imágenes:
p. Ecografía obstétrica. No descarta sospecha clínica de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y sirve para determinar el bienestar fetal.

q. Ecografía transvaginal, también sirve para descartar si es placenta previa.

r. Monitoreo fetal electrónico.

9. Complicaciones. Las complicaciones más comunes de accidente obstétrico son las siguientes (7,19):

a. Maternas

- Hipovolemia
- Coagulación intravascular diseminada
- Insuficiencia renal aguda
- Atonía uterina
- Apoplejía uteroplacentaria
- Muerte

b. Fetales

- Restricción de crecimiento uterino
- Hipoxia
- Parto prematuro
- APGAR bajo
- Óbito

10. Manejo del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta Está condicionado al estado del feto y de la madre (11,20):

a. Grado de afectación materna. Es importante tener en cuenta las cuestiones siguientes:

- Valorar signos vitales de la madre cada ½ hora.

- Trasladar de inmediato a la paciente para un servicio con posibilidades quirúrgicas.
- Historia clínica de la enfermedad para poder precisar la causa.
- Realizar exámenes de laboratorio.
- Canalizar vía endovenosa con catéter N°18 e iniciar infusión de solución salina 0.9%.
- Coordinar con el banco de sangre los hemoderivados compatibles con la paciente.
- Oxigenoterapia constante.
- Colocación de sonda vesical permanente y valoración de diuresis.
- Se realiza la amniotomía, lo cual reduce la presión intrauterina y favorece el cese del desprendimiento placentario.
- Valorar la altura uterina cada 15 o 30 min (su aumento debe alertar que se está aumentando sangre dentro del útero).
- En el examen físico no debe hacer el tacto vaginal.

b. Manejo conservador en el feto: Ante un desprendimiento leve con feto pretérmino, con ausencia de compromiso materno y con una buena monitorización fetal.
   - Reposo absoluto. Perfusión intravenosa, dieta absoluta y control de diuresis.
   - Cardiotocograma contiínuo y si no hay alteraciones realizar controles cada 8- 12 horas.

- Control ecográfico del hematoma cada 12- 24 horas.
- Proceder a la maduración pulmonar con corticoides según pauta estándar a toda gestante.
- Frente a un agravamiento fetal o materno se procederán a un tratamiento activo inmediato.

c. Manejo activo. Ante una gestación a término, desprendimiento moderado o severo, compromiso fetal o materno se ha de terminar con la gestación.
   - Se puede proceder al parto vaginal cuando no haya compromiso vital para la madre y el cardiotocograma sea satisfactorio debido a que se ha evidenciado un aumento de la mortalidad fetal.
   - Generalmente la vía más utilizada es la cesárea, en donde es importante el control de la hemostasia.
   - Ante un feto muerto se recomienda el parto vaginal excepto ante complicaciones maternas.

2.2.2. Características maternas

Se expone algunas características, que a continuación se analizan y que pueden participar en mayor o menor medida en dicha enfermedad (21).

Se han descrito una serie de circunstancias que están asociadas con esta patología (10,13):

1. Características sociodemográficas:

a. Edad materna. Las mujeres de ≥35 años de edad tienen mayores complicaciones maternas y perinatales, y al igual que las menores de 19 años tienen aumentada probabilidad de presentar desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (22). Tomamos en cuenta de forma categorizada en:
   - ≤ 19 años
   - 20-34 años
   - ≥ 35 años

b. Grado de instrucción. Hace referencia a los estudios realizados por una persona, de manera que puede influir como factor de riesgo durante la gestación, por lo cual no llevan un óptimo control y manejo de su embarazo, pudiéndose detectar a tiempo la presencia del desprendimiento prematuro de placenta, consideramos los intervalos (23):
   - Ninguna
   - Primaria
   - Secundaria
   - Superior técnica
   - Superior universitaria

c. Estado civil. Según la Oficina General de Epidemiologia, el 87% de las muertes maternas relacionadas al desprendimiento prematuro de placenta normoinserta corresponde a mujeres casadas o convivientes y un 14% a

mujeres solteras (23). Consideramos las siguientes categorías (23):

- Soltera
- Conviviente
- Casada

2. Características obstétricas:

   a. Paridad. En estudios epidemiológicos, se ha detectado que la paridad aumentada favorece al aumento de incidencia de desprendimiento prematuro de placenta (24). En las multíparas y gran multíparas hay un 66.3% de probabilidad de presentar un desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (7). Tomamos en cuenta:
      - Nulípara
      - Primípara
      - Multípara
      - Gran multípara
   b. Edad gestacional. El desprendimiento placentario puede ocasionar partos pretérminos, poniendo en riesgo la vida del feto. Según la OMS se categorizó en (25):
      - Pretérmino: < 37 semanas
      - A término: De 37 a 41 semanas
      - Post término: ≥ 42 semanas
   c. Antecedente de desprendimiento prematuro de placenta. Existe un riesgo de recidiva de 10%, aumentando hasta un

25% cuando ha tenido dos o más episodios de desprendimiento placentario (5,15).

d. Control prenatal. Es el seguimiento y evaluación integral de la gestante y el feto (16). Según el estudio encontrado por Pacora (10), un 71% de las pacientes tuvo un deficiente o ausente control prenatal asociándose al desprendimiento prematuro de placenta. Hemos tomamos en cuenta los siguientes indicadores:
   - Sin control prenatal, aquellas gestantes que tienen 0 controles prenatales.
   - Control prenatal insuficiente, aquellas gestantes que tienen menos de 6 controles prenatales.
   - Control prenatal adecuado, aquellas gestantes que tienen ≥ 6 controles prenatales.

e. Anemia post parto. Es la afección donde la sangre contiene una hemoglobina por debajo de lo normal, las pacientes pueden tener una hemorragia grave durante el parto o muchas de ellas ya presentan anemia, y estas pueden empeorar como resultado de la pérdida de sangre, causado por el desprendimiento prematuro de placenta (26). Tomamos en cuenta los siguientes indicadores (24):
   - Sin anemia: > 11 g/dl
   - Anemia leve: 10.9-10 g/dl
   - Anemia moderada: 9.9-7 g/dl
   - Anemia severa:< 7 g/dl

f. Hipertensión inducida por el embarazo. Cerca del 40% de las pacientes afectadas con desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta presenta un estado hipertensivo produciendo lesiones vasculares que originan un hematoma retroplacentario (12,24).

g. Ruptura prematura de membranas. Puede producirse un aumento de incidencia cuando se producen cambios en la presión intrauterina que favorecerían el desprendimiento (11). La ruptura prematura de membranas complica un 0.6- 0.7% de los embarazos (27).

h. Embarazo múltiple y polihidramnios. Pueden conllevar a una descompresión súbita del útero, por la ruptura prematura de membranas o parto del primer gemelo, con disminución de la presión hidrostática capaz de producir un desprendimiento placentario.

   El exceso volumen del líquido amniótico se ha relacionado con eventos adversos que incluyen nacimientos pretérminos y desprendimiento de placenta (28,29).

2.2.3. Características fetales

La tasa de mortalidad perinatal es de aproximadamente un 12% (frente al 0.6% de los nacimientos sin desprendimiento).

En países desarrollados, el 10% de todos los nacimientos pretérminos y el 10-20% de todas las muertes perinatales son causados por el desprendimiento prematuro de placenta (30).

De las cuales se han descrito las siguientes características fetales (30):

1. Sufrimiento fetal agudo. Es un disturbio metabólico que conlleva a la hipoxia y a la acidosis fetal, pudiendo provocar graves lesiones e incluso la muerte (31). La frecuencia es de 6-15% de los partos. Tomamos en cuenta los siguientes indicadores (30):

    a. Apgar al 1 min:
        - Depresión severa: 0-3
        - Depresión moderada: 4-6
        - Excelente condición: ≥7
    b. Apgar a los 5 min:
        - Depresión severa: 0- 3
        - Depresión moderada: 4- 6
        - Excelente condición: ≥7

2. Prematuridad. Aquel donde la edad gestacional menor a 37 semanas o 259 días (31,32). Según la OMS, lo clasificó en (32):

    a. Prematuros extremos (menos de 28 semanas)
    b. Muy prematuros (28 a 32 semanas)
    c. Prematuros moderados a tardíos (32 a 37 semanas)
    d. A término (mayor a 37 semanas)

2.3. Definición de términos básicos

- APGAR. Es la evaluación del estado de salud general del recién nacido, la puntuación se valora al minuto y a los 5 minutos (33).
- Atonía uterina. Es la falta de contracción del útero después del parto, lo que produce el colapso de los vasos de la pared uterina y la detención sangrado (15).
- Hipertensión inducida en el embarazo (HIE). Se caracterizada por la presión arterial alta durante el embarazo. La hipertensión gestacional puede conducir a una condición seria llamada preeclampsia (34).
- Hipoxia. Disminución del aporte del contenido de oxígeno en el organismo (35).
- Paridad. Es el número total de embarazos, refiriéndose al número de embarazos a términos, pretérminos, abortos o molas e hijos vivos (36).
- Polihidramnios. Es la acumulación excesiva de líquido amniótico (28)
- Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). Según descrita en la curva Lubchenco, considera que un feto presenta RCIU cuando se le estima un peso inferior al percentil 10 en la distribución de peso según edad gestacional (37).
- Shock Hipovolémico. Estado de shock causado por una falta de volumen intravascular, generalmente como consecuencia de una hemorragia aguda (38).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Formulación de hipótesis

En el presente estudio no se considera formular hipótesis por poseer un alcance descriptivo, ya que no se pretende pronosticar datos ni eventos.

Según Hernández Sampieri: “No todas las investigaciones se plantean hipótesis. El hecho de que formulemos o no hipótesis depende de un factor esencial: el alcance inicial del estudio” (39).

3.2. Variable

Variable de estudio: Características maternas y fetales de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta.

3.2.1. Definición conceptual

Es un rasgo o una singularidad que identifica a la mujer gestante de las demás, aquellos aspectos o variables que configuran el estado e identidad, en relación al desprendimiento prematuro de placenta y las características presentes en dicha patología.

3.2.2. Definición operacional

Con la finalidad de recolectar la información de las características en pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta, se utilizó una ficha de recolección de datos que contó con tres dimensiones, las características sociodemográficas (edad materna, estado civil y grado de instrucción), las características obstétricas (paridad, edad gestacional, antecedente de desprendimiento

prematuro de placenta, anemia postparto Hb<11g/dl, control prenatal, hipertensión inducida por el embarazo, ruptura prematura de membranas, gestación múltiple y polihidramnios, y las características fetales (sufrimiento fetal agudo y prematuridad).

3.2.3. Operacionalización de variables

Tabla 1. Operacionalización de la variable: Características maternas y fetales de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta.

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Valores finales	Escala de Medición	Instrumento
Características maternas y fetales de desprendimiento prematuro de placenta	Características sociodemográficas	Edad materna	1	≤19años/ 20-34años/ ≥35 años	Numérica	Ficha de recolección de datos
		Estado civil	2	Soltera/ Conviviente/ Casada	Nominal politómica	
		Grado de instrucción	3	Ninguna/ Primaria/ Secundaria/ Superior técnico/ Superior universitario	Ordinal	
	Características Obstétricas	Paridad	7	Nulípara/ Primípara/ Multípara/ Gran multípara	Politómica	
		Edad gestacional	8	Pretérmino (< 37semanas)/ A término (37-41 semanas)/ Post término (>41 semanas)	Ordinal	
		Control prenatal	9	Sin CPN/ Insuficiente(<6 CPN)/ Adecuado (6 CPN)	Ordinal	
		Anemia postparto	10	Sin anemia (>11 g/dL)/ Leve (10.9 - 10.0g/dL)/ Moderada (9.9 – 7.0g/dL)/ Severa (<7 gr/dL)	Ordinal	
		Antecedentes de DPP	11	Si/ No	Nominal dicotómica	
		HIE	12	Si/ No	Nominal dicotómica	
		RPM	12	Si/ No	Nominal dicotómica	
		Polihidramnios	12	Si/ No	Nominal dicotómica	
		Gestación múltiple	12	Si/ No	Nominal dicotómica	
	Características fetales	SFA	13	Si/ No	Nominal dicotómica	
		Prematuridad	13	Prematuros extremos/ Muy prematuros Prematuros moderados a tardíos/ A término	Ordinal	

Fuente: Elaborada para el estudio

3.3. Tipo de estudio

Según la intervención fue observacional, según la toma de datos es retrospectivo, según el número de ocasiones en que se recolecta la información fue transversal, según el número de variables, es descriptivo porque el análisis estadístico es univariado (39).

3.4. Diseño de estudio

La presente investigación está enmarcada dentro de los diseños epidemiológicos. Es un estudio de la frecuencia de las características maternas y fetales en pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta (39).

Se presenta el siguiente esquema:

O× ⟵ n

n = Pacientes con desprendimiento prematuro de placenta

O×= Características maternas y fetales de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

Población de estudio: Comprendida por el binomio madre-recién nacido con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales, Comas, durante el año 2016-2017. Encontrándose que 88 pacientes presentó dicha patología.

3.5.2. Criterios de selección

1. Inclusión

   a. Pacientes con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales, Comas, 2016- 2017.
   b. Pacientes con historia clínica completa en el Hospital Sergio Bernales, Comas, 2016- 2017.

2. Exclusión

   a. Pacientes con desprendimiento prematuro de placenta e historia clínica incompleta en el Hospital Sergio Bernales, Comas, 2016- 2017.
   b. Pacientes con desprendimiento prematuro de placenta e historia clínica extraviada en el Hospital Sergio Bernales, Comas, 2016-2017.

Tabla 2. Relación de historias clínicas de pacientes que presentaron DPP en el Hospital Sergio Bernales

Historias clínicas de pacientes con DPP	2016	2017
Pacientes con diagnóstico de DPP	81	62
Historias clínicas incompletas	19	14
Historias clínicas extraviadas	15	7
Historias clínicas completas	47	41
Total	88	

Fuente: Elaborada para el estudio

3.5.3. Muestra y muestreo

No hubo cálculo de muestra ni muestreo, porque se trabajó con la población de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta durante el 2016– 2017 en el Hospital Sergio Bernales.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1. Técnicas de recolección de datos

Para Supo, la técnica aplicada fue la documentación, porque corresponden a estudios retrospectivos donde es la única forma disponible de recopilar información, no cuentan con instrumentos de medición, porque no realizan mediciones (40).

3.6.2. Instrumento de recolección de datos

El instrumento utilizado para el estudio fue una ficha de recolección de datos, constituida por tres dimensiones; la primera, las características sociodemográficas, que describen a sus indicadores que son la edad materna, grado de instrucción y estado civil; la segunda, las características obstétricas, teniendo como indicadores a la paridad, antecedente de desprendimiento prematuro de membranas, edad gestacional, control prenatal, hipertensión inducida en el embarazo, gestación múltiple, polihidramnios, ruptura prematura de membranas, anemia postparto; y la tercera, las características fetales que se basaron en indicadores como el sufrimiento fetal agudo y la prematuridad.

3.6.3. Validez y confiabilidad de los instrumentos

Por ser una ficha de recolección de datos no se realizó validación de contenido ni de confiabilidad.

3.6.4. Procedimiento de recolección de datos

Para recolectar los datos se siguió los siguientes pasos:

1. Se aprobó en primer lugar el proyecto de tesis.
2. Luego se hicieron los trámites administrativos entre la universidad y el Hospital Sergio Bernales, con el fin de obtener el permiso correspondiente para poder acceder a las historias clínicas del 2016- 2017.
3. Con las autorizaciones obtenidas se programó las visitas a las oficinas de estadística y archivo.
4. A través de la aplicación de nuestro instrumento, realizamos la recolección de datos en el área de archivos de historias clínicas del hospital en los horarios establecidos por el jefe del servicio.
5. Culminada la recolección de los datos, se confecciono una base de datos para posteriormente ser utilizados mediante el programa SPSS versión 22.

3.7. Técnicas para el procesamiento y análisis de datos

Se preparó una matriz de datos en Excel y haciendo uso del software de análisis de datos SPSS versión 22, se procesó la información según el tipo de variable y los objetivos del estudio, luego se presentó en tablas.

Para el análisis de los datos, se tomó en cuenta el nivel del estudio descriptivo o univariado. Se obtuvo frecuencias y porcentajes. Los datos se presentaron en tablas, luego se describió e interpretó, para finalmente discutir los resultados con los antecedentes investigativos.

3.8. Consideraciones éticas

Los principios bioéticos, siendo los siguientes, el respeto de beneficencia, se refiere a la obligación de suprimir o aliviar el daño y actuar en función del bienestar de la persona. El principio de no maleficencia, remite el no hacer daño de manera intencional a las que están comprendidas en nuestro estudio, no causar dolor, no privar de placer, ni discapacidad evitable. El respeto a la autonomía, consiste en que cada persona es capaz de optar por sus propias decisiones en función a la información obtenida, someterse a los procedimientos, tomando en cuenta los riesgos y beneficios. El principio de justicia, hizo que realicemos una adecuada distribución de los recursos, proveer a cada paciente un adecuado nivel de atención, y disponer de los recursos indispensables para garantizar una apropiada atención de salud.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo

Tabla 3. Características sociodemográficas de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta.

	Frecuencia (n=88)	**Porcentaje (%)**
Edad		
≥35 años	45	50,6
20- 34 años	31	35,2
≤19 años	12	13,5
Estado civil		
Conviviente	60	68,2
Soltera	18	20,5
Casada	10	11,4
Grado de instrucción		
Ninguna	1	1,1
Primaria	3	3,4
Secundaria	72	81,8
Superior técnica	6	6,8
Superior universitaria	6	6,8

Fuente. Ficha de recolección de datos para historias clínicas de pacientes con DPP atendidas en el Hospital Sergio Bernales, 2016-2017.

Según la tabla 3, se muestra los datos de las características sociodemográficas de las 88 pacientes en estudio. En cuanto a la edad materna: 45 (50.6%) eran ≥ 35 años, 31 (35.2%) tuvieron una edad entre 20 y

34 años y 12 (13.6%) tenían ≤ 19 años. En relación al estado civil: 60 (68.2%) eran convivientes, 18 (20.5%) eran solteras y 10 (11.4%) casadas. En grado de instrucción 1 (1.1%) no tenían ningún grado de instrucción, 3 (3.4%) eran de primaria, 72 (81.8%) tuvieron secundaria, 6 (6.8%) eran superior técnico y 6 (6.8%) eran superior universitario.

Tabla 4. Características obstétricas de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta.

	Frecuencia (n=88)	Porcentaje (%)
Paridad		
Multípara	37	42,0
Primípara	27	30,7
Nulípara	22	25,0
Gran multípara	2	2,3
Edad gestacional(parto)		
Pretérmino (<37 semanas)	72	81,8
A término(37 a 41 semanas)	16	18,2
Post término (>41 semanas)	0	0
Control prenatal		
Sin control prenatal	11	12,5
Insuficiente (<6 CPN)	42	47,7
Adecuado (≥ 6CPN)	35	39,8
Anemia post parto		
Sin anemia (>11g/dl)	33	37,5
Leve(10.9 - 10.0 g/dl)	25	28,4
Moderada (9.9 - 7.0 g/dl)	29	33,0
Severa (<7 g/dl)	1	1,1
Patología materna	**Frecuencia (n=88)**	**Porcentaje (%)**
Antecedente de DPP	26	29,5
Hipertensión inducida en el embarazo	24	27,3
Ruptura prematura de membranas	38	43,2
Embarazo múltiple	3	3,4
Polihidramnios	4	4,5

Fuente. Ficha de recolección de datos para historias clínicas de pacientes con DPP atendidas en el Hospital Sergio Bernales, 2016-2017.

Según la tabla 4, se presenta las características obstétricas de las pacientes, donde en referencia a la paridad, 37 (42%) eran multíparas, 27 (30.7%) primigestas, 22 (25%) nulíparas y sólo 2 (2.3%) gran multíparas. Respecto a la edad gestacional del parto, 72(81.8%) presentaron parto pretérmino, 16(18.2%) parto a término y no hubo partos post término. Referente al control prenatal, 11 (12.5%) no tuvieron control prenatal, 42 (47.7%) tuvieron un insuficiente control prenatal y 35 (39.8%) presentaron un adecuado control prenatal. En cuanto a la anemia post parto se observó que 33 (37.5%) no tuvieron anemia, 25 (28.4%) anemia leve, 29 (33%) anemia moderada y sólo 1 (1.1%) anemia severa. En relación con el antecedente de DPP, sólo 26 (29,5%) lo presentaron. En cuanto a la hipertensión inducida en el embarazo, se presentó en 24 (27,3%) de los casos. Referente a la ruptura prematura de membranas 38 (43.2%) lo presentaron. Respecto al embarazo múltiple, tuvieron 3 (3.4%). Y polihidramnios 4 (4.5%) lo padecieron.

Tabla 5. Características fetales de pacientes que presentaron DPP atendidas en el Hospital Sergio Bernales, 2016-2017.

	Frecuencia(n=88)	**Porcentaje (%)**
Sufrimiento fetal agudo	54	61,4
Prematuridad		
Prematuros extremos (<28 semanas)	2	2,2
Muy prematuros (28-32 semanas)	2	2,2
Prematuros moderados a tardíos (32-37semanas)	61	68,5
A término (>37 semanas)	23	25,8

Fuente. Ficha de recolección de datos para historias clínicas de pacientes que presentaron DPP atendidas en el Hospital Sergio Bernales, 2016-2017**.**

Según la tabla 5, con respecto a las características fetales, el sufrimiento fetal agudo, presentó un 54 (61.4%). En relación a la prematuridad, 2 (2.2%) fueron prematuros muy extremos. 2 (2.2%) muy prematuros, 61 (68.5%) prematuros moderados a tardíos y 23 (25.8%) a términos.

Tabla 6. Otros datos de las pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta atendidas en el Hospital Sergio Bernales.

	Frecuencia(n=88)	**Porcentaje (%)**
Consumo de tabaco (>10 cigarrillos al día)	4	4,5
Consumo de cocaína	0	0

Fuente. Ficha de recolección de datos para historias clínicas de pacientes que presentaron DPP atendidas en el Hospital Sergio Bernales, 2016-2017**.**

En la tabla 6, se aprecia otros datos adquiridos de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta. En relación al consumo de tabaco, 4 (4.5%) reconocieron haber consumido. Y en referencia al consumo de cocaína, negaron haberlo consumido.

4.2. Discusión de resultados

Del presente estudio se puede observar que la edad materna, de manera significativa se encontró que el 50.6% eran ≥ 35 años, 35.2% entre 20 y 34 años, y 13.6% tenían una edad ≤ 19 años. A diferencia de la investigación realizada por Elizalde y colaboradores (7), donde el 17.4% tuvieron una edad ≤ 20 años, 61.6% de 21 a 35 años y 21% mayor de 35 años, de la misma manera se encontró en el estudio de Acho y colaboradores (9), donde se observó que 16.2% se encontraban entre 36 y 49 años, 67.7% entre 20 y 35 años, y 16.2% tuvieron un edad ≤19 años.

Con respecto al estado civil, la mayoría de pacientes estudiadas son convivientes 68.2%. A diferencia de la investigación realizada por Acho y colaboradores (9), donde 77% pertenecían al grupo de casadas y convivientes.

Se encontró que la multiparidad aumenta la probabilidad de ocurrencia del desprendimiento prematuro de placenta, de manera que el 42% fueron multíparas. Discrepante resultado encontró Elizalde y colaboradores (7), donde 66.3% fueron multíparas. Caso contrario en la investigación de Pacora (10), donde 74% eran multíparas. A diferencia del estudio realizado por Macheku y colaboradores (8)**,** donde 1,2% a 8,6% fueron multíparas.

Se obtuvo en la edad gestacional, que 81.8% fueron partos pretérminos (<37 semanas) y un 18,2% son partos a términos. Desigual resultado encontramos en el estudio de Okby y colaboradores (6), donde 76.3% tuvieron partos pretérminos.

En nuestro estudio el control prenatal no ha sido óptimo, ya que 47.7% tuvieron un control insuficiente. Este hallazgo difiere con el estudio realizado por Acho y colaboradores (9), donde 92.6% tuvieron menos de 5 controles. Caso contrario se encontró en la investigación de Macheku y colaboradores (8)**,** donde 1,1% a 2,4% tuvieron menos de 6 controles prenatales.

La anemia post parto, en el estudio, 37.5% no la presentaron, 33% tuvieron una anemia moderada, 28,4% tuvieron anemia leve y 1.1% se encontró que tuvo anemia severa. Notoria y similar evidencia también se encontró en la investigación realizada por Pacora (10)**,** donde 1.4% presentaron anemia severa.

En referencia al antecedente de desprendimiento prematuro de placenta, el 29.5% si lo presentaron en gestaciones anteriores. Hallazgo semejante encontramos en la investigación hecha por Elizalde y colaboradores (7), donde se evidenció que el 28% si lo presentó. Caso contrario se encontró en el estudio realizado por Macheku y colaboradores (8)**,** donde 1.8% a 3.4% si lo presentaron.

Se identificó que 27.3% de las pacientes estudiadas desarrollaron hipertensión inducida en el embarazo. Caso contrario en el estudio ejecutado por Elizalde y colaboradores (7), donde 34.6% manifestó cuadros hipertensivos del embarazo.

En cuanto al polihidramnios, 4.5% lo tuvieron y el 3.4% tuvo embarazo múltiple. A diferencia del estudio de Pacora (10)**,** donde tuvo un 0.4% de casos presentes de polihidramnios y embarazo múltiple.

Se obtuvo que el 43.2% tuvieron ruptura prematura de membranas. Contrario hallazgo se identificó en el estudio de Elizalde y colaboradores (7), donde se expresa que fueron 24.3%, difiere la investigación realizada por Pacora (10), donde sólo fue un 4%.

Con respecto al sufrimiento fetal agudo, se encontró 61.4% casos. Caso contrario en el estudio de Pacora (10)**,** donde hubo 46.5%.

CONCLUSIONES

Primera. Se observó que la edad materna más frecuente fueron las mujeres mayores a 35 años, siendo la mayoría convivientes con un grado de instrucción secundario.

Segunda. Se identificó que en la paridad la mayoría de los casos fueron multíparas, donde hubo partos pretérminos, control prenatal insuficiente (<6 CPN) y ruptura prematura de membranas, siendo estas las principales características presentes en los casos de desprendimiento prematuro de placenta.

Tercera. Se identificó que el sufrimiento fetal agudo y la prematuridad en referencia a los prematuros moderados a tardíos, son las principales características más presentes en la patología de estudio.

SUGERENCIAS

Primero. A todo el personal de Obstetricia del Hospital Nacional Sergio Bernales, mantener un constante monitoreo y control prenatal de las gestantes, de tal manera que favorezca el desarrollo de un embarazo apropiado, en beneficio del binomio madre-hijo, porque permitirá mejorar la salud de la gestante y prevenir cualquier riesgo.

Segundo. Realizar una adecuada anamnesis a la madre gestante durante sus controles para un buen llenado de las historias clínicas, para poder facilitar los datos correctos para estudios posteriores.

Tercero. Concientizar a la población en un adecuado control durante el embarazo para así poder disminuir el porcentaje de factores de riesgo que puede conllevar a un desprendimiento prematuro de placenta u otra patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINSA. Guías de Prácticas Clínicas Servicio de Medicina Materno-Fetal. Hospital Santa Rosa: Ministerio de Salud; 2010 p. 114.

2. MINSA. Guía de Prácticas Clínicas y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal: Ministerio de Salud; 2010 p. 385.

3. Ahued J, Fernandez del Castillo C, Bailón R. Ginecología y Obstetricia Aplicadas. Segunda edición. México, D.F: El Manual Moderno; 2003. 1140 p.

4. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar -ENDES. 23. ª ed. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2014. 27-469 p.

5. Torres E. Factores de Riesgo Factores asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo de Enero del 2003 a Diciembre del 2003 [Licenciatura en Obstetricia]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007.

6. Okby R, Atawna T, Wainstock T, Sergienko R, Sheiner E. American Journal of Obstetrics & Ginecology. 2017; 26(2):551.

7. Elizalde V, Calderón A, García A, Díaz M. Abruptio Placentae: morbimortalidad y resultados perinatales. Med E Investig. 2015;3(2):109-15.

8. Macheku G, Philemon R, Oneko O, Mlay P, Masenga G, Obure J, et al. Frecuencia, factores de riesgo y resultados feto-maternos de abruptio placentae en el norte de Tanzania: Un estudio de cohorte retrospectivo basado en el registro. Rev Gestación Nacim. 2015;7(242):5-21.

9. Acho S, Pichilingue J, Díaz J, Paredes J. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo, en un Hospital Nacional de Lima. Rev Peru Ginecol Obstet. 2011; 57(4):247.

10. Pacora P. El desprendimiento prematuro de placenta es una manifestación de enfermedad vascular severa en el embarazo. Rev Peru Ginecol Obstet. 2005; 51(N°1):39-48.

11. Bajo J, Melchor J, Mercé L. Fundamentos de Obstetricia. Primera edición. Madrid: Sego; 2007. 1162 p.

12. González J, Laílla J, Fabre E, González E. Obstetricia. Sexta edición. España: El Sevier; 2013. 805 p.

13. Vispo S, Casal JI, Casal J, Waisblatt L, Karatanasópuloz C. Abruptio Placentae. Rev Postgrado Cátedra VI Med. 2001; 6(214):21.

14. Solís T, Marroquín H, Montenegro I. Factores de riesgo asociados a desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, en un Hospital del Sureste Mexicano. Difus Cienc. Junio de 2017;5(2):58-61.

15. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. 23 edición. México: Mc Graw Hill; 2011. 1405 p.

16. Amir M. Ginecología y Obstetricia. Sexta edición. 104: MBOSS; 2013. 104 p.

17. Rigol O. Obstetricia y Ginecología. Cuarta edición. La Habana: Ciencias Médicas; 2004. 438 p.

18. López Santiago N. Pruebas de coagulación. Acta Pediátrica de México. 2016; 37(4):241.

19. Oryazún E, Kusanovic J. Urgencias en Obstetricia. Rev Clínica Médica Condes. 2011; 22(3):316-31.

20. Vázquez J. Embarazo, parto y puerperio. Principales complicaciones. Primera edición. La Habana: Ciencias Médicas; 2010. 314 p.

21. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. Sexta edición. Argentina: El Ateneo; 2005. 728 p.

22. Ayala F, Guevara E, Rodriguez M, Ayala R, Quiñones L, Ayala D, et al. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. Rev Peru Investig Materno Perinat. 2016;2(5):9-15.

23. MINSA. Mortalidad materna 2002-2011. Perú: Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Epidemiología; 2013 p. 331.

24. Cabero L, Saldivar D. Obstetricia y Medicina Materno-Fetal. Tercera edición. Médica Panamericana; 2007. 1422 p.

25. OMS. Edad gestacional [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255733/WHO_NMH_NHD_14.5_spa.pdf?sequence=1

26. Markova V, Norgaard A, Jorgensen K, Langhoff-Roos J. Tratamiento para las pacientes con anemia ferropénica después del parto [Internet]. Cochrane. 2015. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD010861/tratamiento-para-las-pacientes-con-anemia-ferropenica-despues-del-parto

27. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía Práctica Clínica para la ruptura prematura de membranas pretérmino. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2015 p. 33.

28. Viruega D. Abruptio Placentae: Una Grave Patología [Grado de Medicina]. [España]: Universidad de Cantabria; 2016.

29. Phineiro P. Desprendimiento prematuro de la placenta [Internet]. 2019 [citado 10 de Marzo de 2019]. Disponible en: https://www.mdsaude.com/es/2017/03/desprendimiento-prematuro-de-la-placenta.html

30. Laffita A, Ariosta J, Cutié J. Apgar bajo al nacer y eventos del periparto. Rev Cuba Obstet Ginecol. 2004; 30 (1):21.

31. MINSA. Guía de Prácticas Clínicas para atención del Recién Nacido. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2007 p. 146.

32. OMS. Nacimientos prematuros [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018 [citado 25 de Septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth

33. Aguirre D. Test de Apgar [Internet]. Asociación Española de Pediatría. 2018 [citado 20 de Octubre de 2018]. Disponible en: https://www.aeped.es/rss/en-familia/test-apgar

34. National Heart Lung and Blood Institute. La Hipertensión Gestacional: Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE) [Internet]. American Pregancy Association. 2015 [citado 20 de Octubre de 2018]. Disponible en: http://americanpregnancy.org/es/pregnancy-complications/pregnancy-induced-hypertension/

35. Morales S, Licea D, Serrano Y, Olivia L. Diccionario Médico [Internet]. Diccionario Médicopedia. 2017 [citado 31 de Marzo de 2018]. Disponible en: https://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Hipoxia

36. Diccionario Médico. Paridad [Internet]. Academic. 2017 [citado 21 de Octubre de 2018]. Disponible en: http://www.esacademic.com/dic.nsf/es_mediclopedia/45821/paridad

37. Pérez J, Contreras D, Muñoz H, Delgado A, Otaño L, Hung V. Restricción de Crecimiento Intrauterino. Venezuela: Hospital Universitario de Caracas; 2013 p. 19. Report No.: 2.

38. Nozar M, Fiol V, Martínez A, Pons J, Alonso J, Briozzo L. Importancia de la monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal intraparto como predictor de los resultados neonatales. Rev Med Urug. 2008;24(2):101.

39. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Seminarios de investigación científica: Metodología de la investigación para las ciencias de la salud [Internet]. Quinta edición. México: Metodología de la investigación; 2014 [citado 28 de Septiembre de 2018]. 653 p. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/0B3ub0PCfTZJcUXVNSy00OHpZNWc/view?usp=drive_web&usp=embed_facebook

40. Supo J. Seminarios de investigación científica: Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. Segunda edición. Arequipa, Perú: Bioestadístico EIRL; 2014. 340 p.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título. Características maternas y fetales de pacientes que presentaron de desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales, Comas, 2016-2017

PROBLEMAS	**OBJETIVOS**	**VARIABLE**	**METODOLOGÍA**
General	**General**	**Variable**	**Tipo y diseño**
¿Cuáles son las características maternas y fetales de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales, Comas, 2016-2017?	Determinar las características maternas y fetales de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales, Comas, 2016-2017	Características maternas y fetales de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta	Observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo. **Población** 88 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. **Técnica** Documentación **Instrumento** Ficha de recolección de datos. **Procesamiento y Análisis de Datos** Estadística descriptiva Programa Software SPSS, Excel.
Específicos	**Específicos**		
¿Cuáles son las características sociodemográficas de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales, Comas, 2016-2017? ¿Cuáles son las características obstétricas de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales, Comas, 2016-2017? ¿Cuáles son las características fetales de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales, Comas, 2016-2017?	Identificar las características sociodemográficas de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales, Comas, 2016-2017? Identificar las características obstétricas de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales, Comas, 2016-2017? Identificar las características fetales de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales, Comas, 2016-2017.		

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Características maternas y fetales de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales, Comas, 2016- 2017

ID: …… **Fecha:…….**

Características maternas en pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta:

1. Características sociodemográficas:

a. Edad: ……. Años.

b. Estado civil:
Soltera ( )
Conviviente ( )
Casada ( )

c. Grado de instrucción:
Ninguna ( )
Primaria ( )
Secundaria ( )
Superior técnica ( )
Superior universitaria ( )

2. Características obstétricas:

a. Edad gestacional: ……... semanas.

G_P_ _ _ _

b. Paridad:
Nulípara ( )
Primípara ( )
Multípara ( )
Gran multípara ( )

c. Control prenatal:
Sin CPN ( )
Insuficiente CPN-<6 CPN ( )
Adecuado CPN->6 CPN ( )

d. Anemia postparto:
Leve ( )
Moderada ( )
Severa ( )

e. Antecedente de DPP: Sí ( ) No ( )

f. Patología materna:

- Hipertensión inducida en el embarazo: Sí ( ) No ( )
- Ruptura prematura de membranas: Sí ( ) No ( )
- Polihidramnios: Sí ( ) No ( )
- Embarazo múltiple: Sí ( ) No ( )

3. Características fetales:

a. Sufrimiento fetal agudo: Sí ( ) No ( )

- Apgar al minuto:
Depresión severa: 0- 3 ( )
Depresión moderada: 4-6 ( )
Excelente condición: ≥7 ( )
- Apgar a los 5 minutos:
Depresión severa: 0-3 ( )
Depresión moderada: 4-6( )
Excelente condición: ≥7 ( )

b. Prematuridad

Prematuros extremos: Menos de 28 semanas ( )
Muy prematuros: De 28 a 32 semanas ( )
Prematuros moderados a tardíos: 32 a 37 semanas ( )
A términos: >37 semanas ( )

4. Otros datos:

a. Consumo de tabaco: Sí ( ) No ( )
b. Consumo de cocaína: Sí ( ) No ( )

Anexo 3: Autorización para la recolección de datos

PERU | MINISTERIO DE SALUD | HOSPITAL SERGIO E. BERNALES | OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION

"Año del Dialogo y la Reconciliación"

MEMO N°.- 0177 -2018-OF-ADEI-HSEB

A : **Srta. MIRANDA PILCO Silvia Brigitte**
Srta. NICOLAS ALBERCO Daniela Katerin

Asunto : Autorización para aplicación de Instrumento de Proyecto de Tesis

Fecha : 16 ABR 2018

Mediante el presente me dirijo a usted, para dar respuesta al documento de la referencia y comunicarle que esta Jefatura luego de revisar su Trabajo de Investigación Titulado: **"Características maternas y fetales en pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio E. Bernales - Comas 2016 - 2017".**

Esta Oficina aprueba su Proyecto de Investigación para la aplicación del Instrumento.

Atentamente,

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES
DR. OSCAR OTOYA PETIT
CMP. Nº 19131 - RNE. 8929
JEFE DE LA OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION

C. c
Archivo
OOOP/Sofia

Anexo 4: Base de datos

ID	año	Edad	Eciv il	Gins	Tabaco >10 cig.	Coc aina	E.Ges t	gest a	partoA T	partoP T	abort o	hvivo s	Parida d	a DPP	Hb g/Dl	Anemi a	CP N	PM-HIE	PM-RPM	PM GM	PM-PH	apgar 1min	apgar 5min	SFA	Prem
1	2017	41	2	3	2	2	40	3	2	0	0	2	3	2	10.6	2	3	1	2	2	2	1	2	1	4
2	2016	38	3	4	2	2	39	7	4	0	2	4	3	2	9.1	3	3	2	2	2	2	2	3	1	4
3	2017	24	2	5	2	2	39	4	2	0	1	1	3	1	10.5	2	2	1	2	2	2	1	3	1	4
4	2017	36	2	1	2	2	39	2	0	0	1	0	1	2	14.1	1	3	1	1	2	2	2	3	1	4
5	2017	17	2	3	2	2	40	1	0	0	0	0	1	2	9.2	3	2	2	1	2	2	2	3	1	4
6	2017	25	2	3	2	2	37	3	1	1	0	2	3	2	12	1	3	2	1	2	2	1	3	1	3
7	2016	36	2	3	2	2	38	6	4	0	1	4	3	2	8.9	3	2	2	1	2	2	2	3	1	4
8	2016	27	2	3	2	2	40	3	1	0	1	1	2	2	10.2	2	2	2	1	2	2	3	3	2	4
9	2016	22	2	3	2	2	38	1	0	0	0	0	1	2	11.2	1	1	2	1	2	2	2	3	1	4
10	2016	34	3	3	2	2	39	2	1	0	0	1	2	1	9.9	3	3	2	2	2	2	2	3	2	4
11	2016	18	2	3	2	2	34	2	1	0	0	1	2	2	11.6	1	1	1	2	2	2	2	3	1	3
12	2016	27	3	3	2	2	39	4	3	0	0	3	3	2	8.5	3	2	2	2	2	2	2	3	1	4
13	2016	37	2	3	2	2	39	3	1	0	1	1	2	2	12	1	2	2	1	2	2	2	3	1	4
14	2016	38	2	2	2	2	28	4	3	0	0	3	3	2	10.2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	2
15	2016	37	2	3	2	2	35	3	0	1	1	1	2	1	11	1	2	2	1	2	1	2	2	2	3
16	2016	35	3	3	2	2	40	2	1	0	0	1	2	2	8.1	3	2	1	2	2	2	2	2	1	4
17	2016	32	2	3	2	2	38	4	1	0	2	1	2	2	11.3	1	3	2	2	2	2	2	3	2	4
18	2017	36	2	3	2	2	39	5	4	0	0	4	3	2	8.5	3	1	2	1	2	2	2	3	1	4
19	2017	20	1	3	1	2	36	1	0	0	0	0	1	2	8.8	3	2	1	2	2	2	2	2	1	3
20	2017	38	2	3	2	2	38	4	1	0	2	1	2	2	10.8	2	3	2	2	1	2	2	3	1	4
21	2016	38	3	3	2	2	39	4	2	0	1	2	3	2	12.6	1	3	2	2	2	2	3	3	2	4
22	2016	35	2	3	2	2	41	2	0	0	1	0	1	2	13.7	1	3	1	2	2	2	3	3	2	4
23	2017	35	2	4	2	2	37	2	1	0	0	1	2	2	12.8	1	2	2	2	2	2	3	3	2	3
24	2017	35	2	5	2	2	35	7	5	1	0	6	4	1	10.6	2	2	2	1	2	2	2	3	2	3
25	2017	26	2	3	2	2	39	3	1	0	1	1	2	2	11.2	1	2	1	2	2	2	2	3	1	4
26	2017	17	2	3	2	2	38	1	0	0	0	0	1	2	11	1	1	2	1	2	2	2	3	1	4
27	2017	29	2	3	2	2	37	3	1	1	0	2	3	2	10.3	2	3	2	1	2	2	3	3	2	3
28	2017	36	2	4	1	2	39	4	2	0	1	2	3	2	10.2	2	3	1	2	2	2	2	3	1	4
29	2017	16	1	3	2	2	39	1	0	0	0	0	1	2	12.8	1	3	2	2	2	2	2	3	1	4
30	2017	34	3	3	2	2	38	2	0	0	1	0	1	2	10.9	2	2	2	1	2	2	2	3	1	4
31	2017	26	2	3	2	2	38	4	1	1	1	1	3	1	10.2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	4
32	2017	31	2	3	2	2	38	3	1	0	1	1	2	1	12.3	1	3	1	2	2	2	2	2	1	4
33	2016	35	2	3	2	2	38	3	2	0	0	2	3	1	11	1	3	1	1	2	2	2	3	1	4
34	2016	16	1	3	2	2	38	2	1	0	0	1	2	1	10.3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	4
35	2017	18	2	3	2	2	41	2	0	0	1	0	1	2	9	3	1	2	1	2	2	2	2	1	4
36	2017	36	2	3	2	2	35	2	1	0	0	1	2	2	12	1	3	1	2	1	2	2	3	1	3
37	2017	42	2	3	2	2	38	3	2	0	0	2	3	2	9.9	3	2	2	1	2	2	2	2	1	4
38	2017	38	2	5	2	2	29	6	3	0	2	3	3	2	10.1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2
39	2016	25	1	4	2	2	40	1	0	0	0	0	1	2	9.8	3	2	2	1	2	2	2	3	1	4
40	2016	37	2	3	2	2	38	3	1	0	1	1	3	2	10.8	2	2	2	1	2	2	2	2	2	4
41	2016	36	2	3	2	2	40	6	5	0	0	5	4	1	9.7	3	2	2	2	2	2	2	3	1	4

42	2016	20	1	3	1	2	39	2	0	1	0	0	2	1	12.1	1	2	2	2	2	2	3	3	2	4
43	2016	27	2	3	2	2	38	4	2	0	1	2	3	2	11	1	2	2	1	2	2	2	3	1	4
44	2016	32	2	3	2	2	37	2	1	0	0	1	2	2	12.5	1	1	2	1	2	2	2	3	1	4
45	2016	39	2	3	2	2	38	2	1	0	0	1	2	2	9.7	3	3	2	1	2	2	2	2	1	4
46	2016	17	2	3	2	2	37	2	1	0	0	1	2	2	9	3	3	1	1	2	2	2	3	1	4
47	2016	29	2	3	2	2	39	3	1	1	0	2	3	2	10.8	2	3	2	1	2	2	2	3	2	4
48	2016	34	2	3	2	2	38	3	2	0	0	2	3	2	9.4	3	2	2	1	2	2	3	3	1	4
49	2016	25	2	5	2	2	36	3	2	0	0	2	3	2	11	1	2	1	2	2	2	2	3	2	3
50	2016	33	2	3	2	2	41	1	0	0	0	0	1	2	9	3	2	2	2	2	1	2	3	2	4
51	2016	19	1	3	2	2	36	2	1	0	0	1	2	2	11.3	1	3	2	2	2	2	2	2	1	3
52	2016	38	2	3	2	2	39	2	1	0	0	1	2	2	12.6	1	2	2	2	2	2	2	2	1	4
53	2016	29	1	3	2	2	37	3	1	1	0	2	3	1	11	1	2	2	1	2	2	2	2	1	3
54	2016	36	2	5	2	2	39	2	0	0	1	0	1	2	11.8	1	3	2	1	2	2	2	3	1	4
55	2016	38	1	3	2	2	39	3	2	0	0	2	3	2	11.3	1	3	2	2	2	1	1	2	1	4
56	2016	38	1	3	2	2	37	2	1	0	0	1	2	1	9	3	1	2	2	2	2	2	3	2	3
57	2017	38	2	3	2	2	40	4	1	1	1	2	3	2	9.8	3	2	2	2	2	2	2	3	2	4
58	2016	24	1	3	2	2	37	2	0	0	1	0	1	2	8.6	3	3	1	2	2	2	2	2	1	3
59	2016	32	1	3	2	2	35	4	2	0	1	2	3	2	9.4	3	2	1	2	2	2	2	2	2	3
60	2017	16	2	3	2	2	39	1	0	0	0	0	1	2	11.6	1	2	2	1	2	2	2	3	1	4
61	2017	36	1	2	2	2	39	1	0	0	0	0	1	2	10.3	2	3	2	2	1	2	2	2	2	4
62	2017	35	3	3	2	2	40	2	0	0	1	0	1	2	13.5	1	1	2	1	2	2	3	3	1	4
63	2016	38	3	3	2	2	37	7	4	0	2	4	3	2	11	1	1	2	2	2	2	3	3	2	3
64	2017	29	2	3	2	2	38	2	0	0	1	0	1	2	10.6	2	2	1	2	2	1	2	3	2	4
65	2016	33	1	3	2	2	39	2	1	0	0	0	2	1	9.9	3	3	1	2	2	2	2	2	2	4
66	2016	35	1	3	2	2	37	4	2	0	1	2	3	1	8.9	3	3	2	1	2	2	2	3	2	3
67	2017	17	2	3	1	2	39	1	0	0	0	0	1	2	8.7	3	3	2	1	2	2	2	3	2	4
68	2016	22	2	4	2	2	36	2	0	0	1	0	1	2	10.5	2	2	2	1	2	2	2	3	2	3
69	2016	37	2	4	2	2	26	3	0	1	0	1	2	1	10.1	2	2	2	2	2	2	2	3	1	1
70	2017	33	2	3	2	2	40	1	0	0	0	0	1	2	11.1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	4
71	2017	37	2	3	2	2	37	4	1	0	2	1	2	2	11.7	1	3	2	2	2	2	2	3	2	3
72	2017	37	2	3	2	2	36	6	2	0	3	2	3	1	11	1	3	1	1	2	2	2	2	2	3
73	2017	35	2	3	2	2	39	2	1	0	0	1	2	1	9.8	3	2	2	1	2	2	2	2	2	4
74	2016	31	2	3	2	2	38	5	3	0	1	3	3	2	10	2	3	2	2	2	2	2	2	2	4
75	2017	37	1	3	2	2	40	2	1	0	0	1	2	1	9.5	3	2	2	1	2	2	1	2	1	4
76	2016	39	1	3	2	2	38	2	0	1	0	1	2	1	6.5	4	2	1	2	2	2	2	2	1	4
77	2016	34	2	3	2	2	39	3	2	0	0	2	3	1	9.5	3	2	2	2	2	2	2	2	2	4
78	2016	31	2	3	2	2	39	4	3	0	0	3	3	1	10.1	2	3	2	1	2	2	2	3	2	4
79	2016	36	2	3	2	2	33	3	2	0	0	2	3	1	10	2	2	2	1	2	2	2	3	1	3
80	2017	19	2	3	2	2	26	1	0	0	0	0	1	2	9	2	3	1	2	2	2	2	2	2	1
81	2017	35	2	5	2	2	37	3	1	0	1	1	2	1	11.6	1	3	1	2	2	2	2	3	1	3
82	2017	18	1	3	2	2	36	1	0	0	0	0	1	2	9.2	3	2	2	1	2	2	2	2	1	3
83	2017	37	2	3	2	2	38	3	1	1	0	2	3	2	9	3	3	2	2	2	2	2	3	2	4
84	2017	37	2	3	2	2	40	4	3	0	0	3	3	1	8.1	3	2	2	2	2	2	2	2	1	4
85	2017	46	3	3	2	2	38	3	2	0	0	2	3	2	10	2	2	2	1	2	2	2	2	1	4
86	2017	38	2	3	2	2	38	3	2	0	0	2	3	2	12	1	3	1	2	2	2	2	3	2	4
87	2017	38	1	3	2	2	37	3	1	1	0	2	3	1	10.3	2	2	2	2	2	2	2	3	1	3
88	2016	41	3	2	2	2	38	4	2	1	0	3	3	1	10.5	2	3	2	2	2	2	1	1	1	4