

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

Efecto de la preeclampsia en la morbilidad materna y neonatal
asociada al desprendimiento prematuro de placenta.

AUTORA:

Cabrera Romero, Andrea Dayanara

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

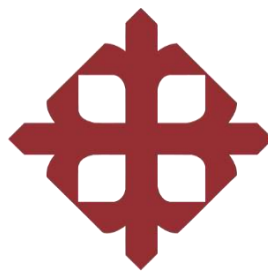
MÉDICO

TUTOR:

De Vera Alvarado, Jorge Eliecer

Guayaquil, Ecuador

22 de septiembre del 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Cabrera Romero, Andrea Dayanara**, como requerimiento para la obtención de título de **Medico**.

TUTOR



Firmado electrónicamente por:
**JORGE ELIECER DE
VERA ALVARADO**

Validar Únicamente con FirmaEC

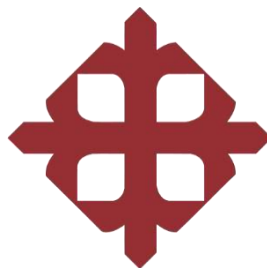
Dr. De Vera Alvarado, Jorge Eliecer

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis, Mgs

Guayaquil, 22 de septiembre del 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Cabrera Romero, Andrea Dayanara

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Efecto de la preeclampsia en la morbilidad materna y neonatal asociada al desprendimiento prematuro de placenta**, previo a la obtención del Título de médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme la citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 22 de septiembre del 2025

AUTORA

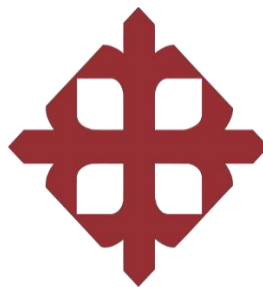


Firmado electrónicamente por:
**ANDREA DAYANARA
CABRERA ROMERO**

Validar únicamente con FirmaRC

f. _____

Cabrera Romero, Andrea Dayanara



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Cabrera Romero, Andrea Dayanara**

Autorizo a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Efecto de la preeclampsia en la morbilidad materna y neonatal asociada al desprendimiento prematuro de placenta**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 22 de septiembre del 2025

AUTORA



Verificado digitalmente por:
**ANDREA DAYANARA
CABRERA ROMERO**

Validar Únicamente con FirmaEC

f. _____

Cabrera Romero, Andrea Dayanara



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

TT, Cabrera Romero, Avance 3, p75

< 1%
Textos
sospechosos



- + 1% Similitudes
 - 0% similitudes entre consultas
 - 0% entre las fuentes mencionadas
- + 0% Idiomas no reconocidos (ignorados)
- + 0% Textos potencialmente generados por la IA (ignorados)

Nombre del documento: TT, Cabrera Romero, Avance 3, p75 .doc
ID del documento: f0c3eb66d40ef995b04eb86a5d5b2b9c1c3340ff
Tamaño del documento original: 337.5 KB

Depositante: Jorge Eliecer De Vera Alvarado
Fecha de depósito: 18/8/2025
Tipo de carga: Interfaz
Fecha de fin de análisis: 18/8/2025

Número de palabras: 6743
Número de caracteres: 45.940

Ubicación de las similitudes en el documento:



Firmado electrónicamente por:
**JORGE ELIECER DE
VERA ALVARADO**

Validar únicamente con FirmaEC

AGRADECIMIENTO

En este apartado quiero expresar mi inmensa gratitud a Dios, por la vida, la salud y la fortaleza que me ha concedido en cada paso de este camino, y de manera muy especial, por la bendición de haberme dado a mi madre, cuyo amor incondicional, apoyo constante y ejemplo de lucha han sido el pilar fundamental de mi vida.

A mi mamá, Dolly Romero, quien sola ha podido sacarme adelante, quiero que sepa que este título es más suyo que mío, y que siempre deseo ser su mayor fuente de orgullo, así como ella lo ha sido para mí toda la vida.

A mi hija, Danna Cedeño, quien desde el primer instante en el que la tuve entre mis brazos se convirtió en la razón más grande de felicidad, amor y esperanza en mi vida, quien me devolvió las ganas de seguir adelante.

A mi tío, Jixon Romero, quien siempre ha sido como un padre para mí, quiero agradecerle por estar a mi lado en los momentos más significativo de mi vida.

A mi familia, Gina, Barbarita, Sandra, Gina, Andrea y Andreina que siempre estuvieron presentes con palabras de aliento y muestras de cariño.

A mi pareja, Miguel Eduardo, por sus consejos de perseverancia, además de su comprensión, paciencia y apoyo incondicional en los momentos de cansancio y dificultad, acompañándome con amor y confianza en este proceso.

A mis amigos, Elizabeth, Frank y Steven, quienes me acompañaron en este proceso, estando a mi lado en las buenas y en las malas, y a Ruddy, Anaisa, Carolina y Anahí, quienes hicieron que aquella época desconocida y en un inicio llena de inseguridades llamada internado, se convirtiera en mi segundo hogar, no importa lo lejos que estén siempre los llevo conmigo.

A mi tutor de tesis, Dr. Jorge De Vera, por su guía, dedicación y conocimientos compartidos que enriquecieron este trabajo.

Agradezco inmensamente a un docente patólogo, cuya vocación fueron fundamentales para que yo pudiera descubrir la especialidad que deseo y espero Dios me permita cumplirlo.

Finalmente, expreso mi más profundo agradecimiento a todos los docentes que han formado parte de mi formación académica, en especial a aquellos que enseñan con verdadera vocación, paciencia y dedicación. Gracias a ellos no solo recibimos conocimientos, sino también valiosas experiencias de vida, aprendiendo a mantener siempre la empatía y el respeto hacia los demás.

DEDICATORIA

Con todo mi amor, dedico este logro a la mejor madre que Dios pudo darme, Dolly Romero, por su amor incondicional, su ejemplo de perseverancia y su apoyo constante.

A mi hija, la personita que más amo en la vida, aquella fuente de alegría y esperanza. Quien me dio las ganas y la perseverancia para alcanzar esta meta, a quien espero siempre se sienta orgullosa de mi.

A mi pareja, por su comprensión, paciencia y acompañamiento incondicional, estando a mi lado en cada paso de este proceso.

A mi familia, quienes me acompañan y me cuidan desde siempre.

A cada uno de ustedes, les agradezco profundamente por su apoyo incondicional. Esto es para ustedes, con todo mi cariño y gratitud.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. JOUVIN LÓPEZ, JOSE LUIS
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

DR. VASQUEZ CEDEÑO, DIEGO ANTONIO
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

OPONENTE

INDICE

Contents

RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT	XIV
INTRODUCCION.....	2
CAPITULO I.....	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	4
1.3 OBJETIVOS	5
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	5
1.3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
1.4 JUSTIFICACIÓN	5
CAPITULO II.....	7
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1 GENERALIDAD DE LA PREECLAMPSIA.....	7
2.1.1 DEFINICIÓN	7
2.1.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	7
2.1.3 FISIOPATOLOGÍA	8
2.1.4 CARACTERISTICAS CLINICAS	9
2.2 DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	10
2.2.1 DEFINICIÓN	10
2.2.2 ETIOLOGÍA	10
2.2.3 EPIDEMIOLOGÍA	10

2.2.4 FACTORES DE RIESGO	11
2.2.5 ABORDAJE	11
2.3 RELACIÓN ENTRE LA PREECLAMPSIA Y EL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA.....	13
CAPITULO III.....	15
3. MATERIALES Y MÉTODOS	15
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION.	15
3.2 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE RECOLECCION Y ANALISIS DE DATOS.....	15
3.3 MANEJO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.....	15
3.4 POBLACION Y MUESTRA.....	16
3.4.1 POBLACION	16
3.4.2 MUESTRA.....	16
3.4.2.1 Criterios de inclusión y exclusión	16
3.4.2.1.1 Criterios de inclusión.....	16
3.4.2.1.1 Criterios de exclusión.....	16
3.5 OPERALIZACION DE VARIABLES.....	17
CAPITULO IV	18
4. RESULTADOS Y DISCUSION.....	18
4.1 RESULTADOS.....	18
4.2 DISCUSION	22
CAPITULO V	27
5. CONCLUSIONES	27

RESUMEN

Introducción: El desprendimiento prematuro de placenta, presente en el 0,5–2% de los nacimientos y responsable del 2,28% de la mortalidad materna en Ecuador, se asocia principalmente con trastornos hipertensivos, en especial la preeclampsia. **Objetivo:** Determinar el efecto de la preeclampsia en la morbilidad materna y neonatal asociada al desprendimiento prematuro de placenta en las gestantes atendidas en el Hospital General Universitario de Guayaquil durante el período de 2020 a 2024. **Metodología:** El presente trabajo de investigación tuvo un diseño observacional, nivel analítico, retrospectivo y transversal. **Resultados:** Se identificaron 341 gestantes con desprendimiento prematuro de placenta, La mayoría presentó 1–2 gestas (59,8%) y partos vaginales (54,8%). La prevalencia de preeclampsia fue del 17,8%, predominando los casos leves (48,8%). La complicación más frecuente fue la hemorragia (67,4%), la severidad de la preeclampsia se asoció significativamente con hemorragia (OR = 3,45; IC 95%: 1,23–4,56), histerectomía (OR = 6,0; IC 95%: 0,91–39,4) y muerte materna (OR = 4,25; IC 95%: 1,26–8,45). En el análisis multivariado, se identificaron como factores de riesgo: edad materna > 35 años (OR = 2,65; IC 95%: 1,01–6,93), hipertensión crónica (OR = 4,12; IC 95%: 1,52–11,15), evolución > 7 días (OR = 3,38; IC 95%: 1,17–9,74), hemorragia (OR = 3,21; IC 95%: 1,09–9,48), histerectomía (OR = 4,87; IC 95%: 1,03–22,96) y muerte materna (OR = 5,94; IC 95%: 1,07–32,91). **Conclusión:** El desprendimiento prematuro de placenta se relaciona con una alta prevalencia de preeclampsia, principalmente en su forma leve, asociada a complicaciones como hemorragia, histerectomía, mortalidad materna y parto pretérmino. **Palabras claves:** preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, morbimortalidad, complicaciones, factores de riesgo.

ABSTRACT

Introduction: Premature placental abruption, present in 0.5–2% of births and responsible for 2.28% of maternal mortality in Ecuador, is mainly associated with hypertensive disorders, especially preeclampsia. **Objective:** To determine the effect of preeclampsia on maternal and neonatal morbidity associated with premature placental abruption in pregnant women treated at the Guayaquil University General Hospital during the period from 2020 to 2024. **Methodology:** This research study had an observational, analytical, retrospective, and cross-sectional design. **Results:** A total of 341 pregnant women with premature placental abruption were identified. Most had 1–2 pregnancies (59.8%) and vaginal deliveries (54.8%). The prevalence of preeclampsia was 17.8%, with mild cases predominating (48.8%). The most frequent complication was hemorrhage (67.4%), and the severity of preeclampsia was significantly associated with hemorrhage (OR = 3.45; 95% CI: 1.23–4.56), hysterectomy (OR = 6.0; 95% CI: 0.91–39.4), and maternal death (OR = 4.25; 95% CI: 1.26–8.45). In the multivariate analysis, the following risk factors were identified: maternal age > 35 years (OR = 2.65; 95% CI: 1.01–6.93), chronic hypertension (OR = 4.12; 95% CI: 1.52–11.15), progression > 7 days (OR = 3.38; 95% CI: 1.17–9.74), hemorrhage (OR = 3.21; 95% CI: 1.09–9.48), hysterectomy (OR = 4.87; 95% CI: 1.03–22.96), and maternal death (OR = 5.94; 95% CI: 1.07–32.91). **Conclusion:** Premature placental abruption is associated with a high prevalence of preeclampsia, mainly in its mild form, associated with complications such as hemorrhage, hysterectomy, maternal mortality, and preterm delivery.

Keywords: preeclampsia, premature placental abruption, morbidity and mortality, complications, risk factors.

INTRODUCCIÓN

El desprendimiento prematuro de placenta se define como la separación total o parcial de una placenta normalmente insertada luego de la semana 22 hasta antes del parto. Ocurre en el 0.5 al 2% de los nacimientos (1). Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en 2017 el desprendimiento prematuro de placenta representó el 2.28% de las causas principales de mortalidad materna ecuatoriana (2).

Existen múltiples factores asociados de a desprendimiento prematuro de placenta, tales como antecedentes de preeclampsia, cesárea, parto prematuro, rotura prematura de membranas, edad materna avanzada y multiparidad (3). Se estima que el 50% se da en el contexto de trastornos hipertensivos, destacando la preeclampsia como principal factor asociado (1,3).

La preeclampsia se define como un trastorno hipertensivo del embarazo cifras tensionales sostenidas superiores a 140/90 mmHg asociada a proteinuria en embarazadas con edad gestacional mayor a 20 semanas (4– 6). Aproximadamente 50.000 mujeres mueren anualmente de preeclampsia. En Ecuador afecta al 8.3% de las gestaciones y es responsable de la mortalidad neonatal en un 14% (6).

Diversos estudios han demostrado que la preeclampsia, cuando se presenta como comorbilidad en el desprendimiento prematuro de placenta (DPP), agrava significativamente el pronóstico materno-neonatal (8–10). Sin embargo, los estudios comparativos entre pacientes con DPP con y sin preeclampsia son limitados, siendo el más relevante un análisis retrospectivo en la población china (3,4).

Las gestantes con preeclampsia experimentan peores resultados maternos-neonatales, en comparación con las gestantes que experimentaron solo desprendimiento de placenta. Asimismo, este estudio concluyó que el desprendimiento de placenta fue más grave en pacientes con preeclampsia

(3). Esto resalta la necesidad de realizar estudios específicos que se apliquen a la realidad de nuestro país.

CAPITULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo del embarazo caracterizado por el desarrollo de hipertensión arterial y daño a los órganos maternos, lo que puede poner en peligro la salud tanto de la madre como del recién nacido (1,2). Su aparición suele ser insidiosa, especialmente en mujeres embarazadas que no reciben atención prenatal adecuada, lo que dificulta la intervención temprana y aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas graves, como el desprendimiento prematuro de la placenta (3,4).

En países con sistemas de salud organizados, la monitorización obstétrica continua, el control adecuado de los factores de riesgo y la atención prenatal han reducido la incidencia de estas complicaciones graves. Sin embargo, en algunas regiones de América Latina, en particular en Ecuador, las desigualdades en el acceso a la atención prenatal, la falta de conocimiento de los signos de alerta y la disponibilidad limitada de atención especializada aumentan el riesgo de eventos perinatales adversos, como hemorragias, partos prematuros, retraso del crecimiento fetal e incluso mortalidad materna o neonatal (5,6). A nivel nacional, pocos estudios documentan con precisión la relación entre la preeclampsia y el desprendimiento de placenta, así como su impacto en la morbilidad materna y neonatal.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es el efecto de la preeclampsia en la morbilidad materna y neonatal asociada al desprendimiento prematuro de placenta en las gestantes atendidas en el Hospital General Universitario de Guayaquil durante el período de 2020 a 2024?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el efecto de la preeclampsia en la morbilidad materna y neonatal asociada al desprendimiento prematuro de placenta en las gestantes atendidas en el Hospital General Universitario de Guayaquil durante el período de 2020 a 2024.

1.3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los antecedentes gineco-obstétricos de las gestantes con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta.
- Identificar la frecuencia de preeclampsia en las gestantes con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta.
- Determinar la severidad de la preeclampsia presentada en las gestantes con desprendimiento prematuro de placenta
- Evaluar las complicaciones obstétricas y perinatales de las gestantes con preeclampsia asociada al desprendimiento prematuro de placenta

1.4 JUSTIFICACIÓN

La preeclampsia incrementa significativamente la morbilidad materna y neonatal asociada al desprendimiento prematuro de placenta (DPP) (1-3). Existe evidencia de que la coexistencia de preeclampsia y DPP se asocia con una presentación más temprana del desprendimiento, mayor gravedad clínica y peores desenlaces tanto para la madre como para el neonato (4,7).

En cuanto a la morbilidad materna, las pacientes con preeclampsia y DPP presentan una mayor frecuencia de formas graves de desprendimiento (grado III), con un odds ratio de 5,27 para DPP grave en comparación con mujeres sin preeclampsia (4). Además, se observa un aumento en la necesidad de transfusión sanguínea y una tendencia a mayor incidencia de complicaciones como coagulación intravascular diseminada (CID) y apoplejía uteroplacentaria, aunque algunas diferencias no alcanzan significación estadística en todos los estudios. El riesgo de ingreso a

unidades de cuidados intensivos maternos también es mayor en estos casos. La fisiopatología subyacente incluye daño endotelial sistémico, activación de la coagulación y mayor susceptibilidad a complicaciones hemorrágicas y trombóticas, exacerbadas por la hipertensión y la disfunción endotelial propias de la preeclampsia (4,7,8).

Respecto a la morbilidad neonatal, la combinación de preeclampsia y DPP se asocia con mayor incidencia de parto pretérmino, bajo peso al nacer, puntuaciones de Apgar más bajas y mayor riesgo de muerte fetal o neonatal. El riesgo de restricción del crecimiento intrauterino y de ingreso a unidades de cuidados intensivos neonatales también es superior en este grupo. La severidad de los desenlaces adversos neonatales se relaciona tanto con la prematuridad inducida por la necesidad de finalizar la gestación como con la hipoxia aguda secundaria al desprendimiento placentario (4,7,8).

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 GENERALIDAD DE LA PREECLAMPSIA

2.1.1 DEFINICIÓN

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo de la gestación, generalmente acompañada de proteinuria, que se presenta con mayor frecuencia después de las 20 semanas de gestación y con frecuencia cerca del término y se define por una presión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg y menor ($<$) 160 mmHg y/o presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg y < 110 mmHg, pudiendo tener afectación de órgano diana o no (1-4).

2.1.2 EPIDEMIOLOGÍA

La preeclampsia es una de las principales complicaciones hipertensivas del embarazo, con una prevalencia global estimada de entre el 5 % y el 8 % de los embarazos. En países de ingresos bajos y medios, como Ecuador, su frecuencia tiende a ser mayor, lo que puede explicarse por el acceso limitado a los servicios prenatales y los determinantes sociales de la salud. A nivel nacional, se estima que entre el 6 % y el 10 % de las mujeres embarazadas padecen esta afección, que es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna (2,4,6).

Entre los factores de riesgo predominantes se encuentran la edad materna extrema (<20 y >35 años), los antecedentes personales o familiares de preeclampsia y las afecciones preexistentes como la obesidad, la hipertensión crónica o la diabetes gestacional, cuya prevalencia ha aumentado debido al incremento sostenido de las enfermedades metabólicas en la población ecuatoriana (1-3,6).

2.1.3 FISIOPATOLOGÍA

Aunque no se conoce por completo la fisiopatología de la preeclampsia, se ha propuesto que entre los factores que contribuyen a esta disfunción se encuentran la disfunción placentaria y los cambios inmunológicos que culminan en una mala perfusión uteroplacentaria. Es importante destacar que los mecanismos subyacentes que se cree que contribuyen a la disfunción vascular en la preeclampsia son similares a los de las enfermedades cardiovasculares y ateroscleróticas en las mujeres no embarazadas (3,5,7,8).

Estas similitudes pueden ayudar a explicar por qué la preeclampsia se asocia con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular en etapas posteriores de la vida. (2) En los cambios fisiológicos del embarazo, los citotrofoblastos invaden el miometrio uterino y las arterias espirales para crear una rica red de anastomosis vasculares que, en última instancia, perfundirán la placenta y el feto (3,5,7,8).

El complejo proceso de desarrollo de la preeclampsia puede verse facilitado por una combinación de placentación anormal e isquemia, que da lugar a la liberación de proteínas proinflamatorias y antiangiogénicas en la circulación materna, lo que en última instancia da lugar a una disfunción endotelial que conduce al síndrome clínico que se observa en las pacientes con preeclampsia (3,5,7,8).

Los dos biomarcadores más estudiados e implicados, especialmente en relación con el desarrollo de la preeclampsia, son la tirosina quinasa soluble similar a FMS-1 (sFlt-1) y el factor de crecimiento placentario (PIGF). sFlt-1 es un factor antiangiogénico que inhibe la neovascularización. Se encuentran niveles más altos de sFlt-1 en pacientes con preeclampsia y en las placentas de pacientes con preeclampsia. Los niveles de PIGF son más bajos y la relación entre sFlt-1 y PIGF está elevada en pacientes con preeclampsia (3,5,7,8).

En general, la patogenia de la preeclampsia es extremadamente compleja y probablemente multifactorial. Los principios principales propuestos en el desarrollo sugieren que la placentación anormal resulta en una remodelación inapropiada de la arteria espiral y la hipoxia tisular resultante causa daño endotelial que conduce a una patología hipertensiva. Mientras tanto, los cambios en el sistema inmunológico materno en pacientes con preeclampsia facilitan un bajo nivel de inflamación crónica, que continúa perpetuando el ciclo de daño endotelial (3,5,7,8).

Esta combinación puede resultar en desequilibrios en los factores angiogénicos y antiangiogénicos. La compleja interacción entre la patología placentaria, la inflamación y los cambios en la angiogénesis finalmente resulta en el síndrome clínico conocido como preeclampsia y contribuye a resultados adversos para la salud en las pacientes durante el embarazo y el posparto (3,5,7,8).

2.1.4 CARACTERISTICAS CLINICAS

La elevación de la presión arterial puede ocasionar distintas manifestaciones clínicas, entre ellas, las más comunes son: cefalea intensa, holocraneana, epigastralgias, visión borrosa, escotomas, y edema de miembros inferiores. En ausencia de síntomas, los análisis de laboratorio realizados para todas las indicaciones pueden indicar el desarrollo de una preclampsia que debe alertar al médico. En general, los pacientes verifican la tensión arterial en cada encuentro, y la tendencia general de la tensión arterial es importante para los pacientes que realizan el diagnóstico final de una preclampsia para detectar una tensión arterial elevada durante su crecimiento (1,2,5,8-10).

Además de los síntomas del paciente, el feto puede presentar una patología compatible con una preclampsia. Bien que esto no sea preciso en las directivas americanas del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), las organizaciones internacionales recomiendan incluir el retraso del crecimiento fetal y otras señales de insuficiencia uteroplacentaria en el diagnóstico de preclampsia. Todo cambio en el *croissance* o el bienestar del feto debe realizarse en lugar de una evaluación adecuada por parte del médico (1,2,5,8-10).

2.2 DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

2.2.1 DEFINICIÓN

El desprendimiento placentario se define como la separación completa o parcial de una placenta normalmente implantada antes del parto, ocurre en el 0,4-1 % de los embarazos. Es una de las principales causas de sangrado vaginal en la segunda mitad de la gestación (1,3,11,12).

2.2.2 ETIOLOGÍA

La etiología del desprendimiento placentario no se ha dilucidado por completo, aunque se reconocen varios factores predisponentes. Estos factores de riesgo se agrupan en tres grandes categorías: antecedentes personales y médicos, características del embarazo actual y acontecimientos traumáticos. Entre los antecedentes clínicos, destacan los siguientes: tabaquismo, consumo de cocaína durante el embarazo, edad materna avanzada (≥ 35 años), hipertensión crónica y antecedentes de DP en embarazos anteriores (1,3,11,12).

2.2.3 EPIDEMIOLOGÍA

El desprendimiento complica entre el 0,6% y el 1,2% de los embarazos. Las gestantes con un desprendimiento en un embarazo tienen hasta 10 veces más riesgo de recurrencia en un embarazo posterior; el riesgo de recurrencia es 25 veces mayor en un tercer embarazo cuando 2 embarazos previos se complican con un desprendimiento. La prevalencia de esta condición ha tenido un aumento significativo en la última década en países como los Estados Unidos y Canadá, pero ha disminuido en otros países europeos, como Finlandia, Dinamarca, Noruega, Suecia y España (1,3,11-13).

El motivo de esta divergencia no está claro, pero puede estar relacionado con los diferentes perfiles de factores de riesgo de estas distintas poblaciones. Las diferencias en las tasas de prevalencia del tabaquismo, la obesidad y el uso de multivitamínicos y las diferencias en la implementación de programas universales de fortificación con folato en estos países pueden ayudar a explicar algunas de las diferencias en los cambios temporales en

las tasas de desprendimiento entre los países (1,3,11-13).

2.2.4 FACTORES DE RIESGO

El riesgo de desprendimiento es de 3 a 4 veces mayor entre las gestantes con hipertensión crónica y de 4 a 6 veces mayor entre aquellas con preeclampsia, particularmente preeclampsia con características graves y preeclampsia superpuesta. Otros factores de riesgo clínicos para el desprendimiento incluyen diabetes mellitus pregestacional y gestacional, ruptura prematura de membranas (PROM), corioamnionitis y oligohidramnios (11-16).

El tabaquismo se asocia con un riesgo de desprendimiento de 1,7 a 2 veces mayor, con una fuerte asociación dosis-respuesta con la cantidad de cigarrillos fumados por día. En una revisión sistemática y metaanálisis de estudios observacionales que incluyeron 1.358.083 embarazos, fumar durante el embarazo se asoció con un aumento del 90 % en las probabilidades de desprendimiento (OR, 1,9; IC del 95 %, 1,8-2,0), y hasta una cuarta parte de todos los desprendimientos fueron atribuibles al tabaquismo (11-16).

2.2.5 ABORDAJE

El manejo inicial se centra en la estabilización materna, incluyendo la colocación de catéteres intravenosos de gran calibre (p. ej., calibre 16 o 18) y la reanimación con líquidos cristaloides. Se deben realizar análisis de laboratorio urgentes para evaluar la hemoglobina y el recuento de plaquetas, así como los parámetros de coagulación, así como un análisis de grupo sanguíneo y anticuerpos para la compatibilidad de glóbulos rojos (11,14,17).

La prueba de Kleihauer-Betke está indicada en pacientes con sangrado vaginal Rh(D) negativo para guiar la administración adecuada de inmunoglobulina Rh(D), y no proporciona información sobre la gravedad del desprendimiento. Pueden ser necesarios hemoderivados y factores de coagulación con sangre de tipo O-negativo no cruzada disponible de

inmediato y la activación de protocolos de transfusión masiva cuando esté clínicamente indicado (15-19).

El bienestar fetal debe evaluarse después de iniciar los esfuerzos de estabilización materna. Es posible una amplia gama de patrones anormales de FCF, lo que refleja la fisiopatología subyacente de esta afección. En desprendimientos agudos y graves, a menudo hay una bradicardia fetal marcada con variabilidad ausente, que es un patrón de FCF pretérminal. Esta bradicardia fetal puede ocurrir de repente o puede ser anunciada por desaceleraciones variables, tardías o prolongadas (15,17,20).

En el desprendimiento cardíaco crónico, puede haber patrones normales de FCF y tocodinamometría, lo que permite un manejo conservador inicial. Sin embargo, cuando el feto se encuentra en estado de deterioro, con frecuencia se presentan desaceleraciones variables o tardías, con o sin taquicardia fetal, y variabilidad mínima o nula (15,21,22).

Las medidas de reanimación intrauterina, como los cambios de posición materna y la administración de oxígeno suplementario, pueden tener un beneficio limitado. Se pueden considerar los corticosteroides prenatales para promover la maduración fetal antes de las 36 6/7 semanas de gestación (cuando se prevé el parto en 7 días y antes de las 37 semanas de gestación), pero no se debe posponer el parto para administrar esteroides en el período prematuro tardío (34 0/7 a 36 6/7 semanas de gestación) (15,21,22).

No se deben utilizar tocolíticos durante este rango de edad gestacional. El sulfato de magnesio no se utiliza durante este rango para la neuro protección, aunque se debe utilizar para la profilaxis de las convulsiones en casos de preeclampsia con características graves. Después del parto, puede haber evidencia de un coágulo adherente en la superficie fetal de la placenta. Si se forma un hematoma intraplacentario y autolimita la cantidad de sangrado, el desprendimiento puede detectarse en el parto con la observación de un hematoma organizado en un área de la placenta infartada (15,21,22).

2.3 RELACIÓN ENTRE LA PREECLAMPSIA Y EL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

La asociación entre la preeclampsia y el desprendimiento prematuro de placenta (DPP) representa una combinación obstétrica de alto riesgo, tanto para la madre como para el neonato. Diversas investigaciones han documentado que la presencia concomitante de preeclampsia incrementa de forma significativa la probabilidad de que el DPP adopte formas clínicas graves, con mayor incidencia de complicaciones hemáticas, hemodinámicas y perinatales. En este contexto, la preeclampsia actúa como un modulador negativo del pronóstico al inducir daño endotelial generalizado, alteraciones en la perfusión placentaria y una activación sostenida de la cascada de coagulación (2,4,23-25).

En relación con las complicaciones maternas, la coexistencia de estas condiciones provoca un desprendimiento con mayor severidad, y alta tasa de requerimiento de transfusión de hemoderivados, y otras complicaciones como coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal aguda y shock hipovolémico. Estas pacientes, además, muestran una probabilidad aumentada de ingreso a unidades de cuidados intensivos maternos. La fisiopatología de estas complicaciones se relaciona con la disfunción vascular e inflamatoria propia de la preeclampsia, que compromete la estabilidad placentaria y la integridad vascular uterina, predisponiendo a un desenlace abrupto y hemorrágico (2,4,23-25).

En cuanto al impacto neonatal, la coexistencia de DPP y preeclampsia se vincula con una mayor tasa de parto pretérmino, bajo peso al nacer y puntuaciones de Apgar deprimidas. Estas condiciones se explican tanto por la hipoxia aguda secundaria al desprendimiento placentario como por la necesidad de interrupción temprana del embarazo para preservar la vida materno-fetal. A esto se suman consecuencias adversas como restricción del crecimiento intrauterino, mayor ingreso a unidades de cuidados intensivos neonatales, e incremento en la incidencia de patologías neurológicas graves como leucomalacia periventricular, hemorragia intraventricular y parálisis cerebral. Incluso en neonatos a término, el DPP

con preeclampsia se asocia con una mortalidad significativamente mayor en comparación con embarazos sin estas complicaciones (2,4,23-25).

CAPITULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION.

Este trabajo de investigación tiene un nivel descriptivo, de tipo observacional, de corte transversal y según la temporalidad de la toma de datos es retrospectivo. El estudio se llevará a cabo en el Hospital Universitario de Guayaquil.

3.2 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE RECOLECCION Y ANALISIS DE DATOS

Los datos de los pacientes se obtendrán mediante la revisión de las historias clínicas que constan en el sistema operativo de la institución. En esta revisión se recogerán las variables de estudio de cada paciente y se trasladarán a una base de datos creada en el programa de Microsoft Excel 2021.

3.3 MANEJO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Los datos recopilados se procesaron utilizando el software IBM SPSS Statistics versión 26.0. Para las variables cuantitativas, como la edad materna y la edad gestacional, se calcularon las medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (desviación estándar) tras verificar la normalidad de su distribución mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Para comparar las variables cuantitativas entre los grupos de mujeres con preeclampsia leve y grave, se utilizará la prueba t de Student en caso de distribución normal o la prueba no paramétrica de Mann-Whitney cuando los datos no satisfagan la hipótesis de normalidad.

Las variables cualitativas, como la presencia de complicaciones obstétricas (por ejemplo, hemorragia, parto prematuro) y complicaciones neonatales (bajo peso al nacer, asfixia perinatal), se describieron utilizando frecuencias

absolutas y relativas. Para analizar la asociación entre el tipo de preeclampsia y la aparición de estas complicaciones, se aplicará la prueba de chi cuadrado o, en el caso de frecuencias esperadas inferiores a 5, la prueba exacta de Fisher. Asimismo, con el fin de cuantificar el riesgo de complicaciones en las mujeres con preeclampsia grave en comparación con las que padecen preeclampsia leve, se calcularán las odds ratio (OR) con intervalos de confianza (IC) del 95 %. Se considerará estadísticamente significativo un valor $p < 0,05$.

3.4 POBLACION Y MUESTRA

3.4.1 POBLACION

La población se conformará por las pacientes con diagnóstico de desprendimiento prematuro de la placenta (CIE-10 O450, O458, O459) atendidas en el Hospital General Universitario de Guayaquil durante el período de 2020 a 2024.

3.4.2 MUESTRA

No se realizará un muestreo probabilístico, en cambio será por conveniencia según los criterios de inclusión de la investigación.

3.4.2.1 Criterios de inclusión y exclusión

3.4.2.1.1 Criterios de inclusión:

- Gestantes mayores a los 18 años
- Gestantes con diagnóstico de desprendimiento prematuro de la placenta.
- Gestantes atendidas en el Hospital General Universitario de Guayaquil durante el período de 2020 a 2024.

3.4.2.1.1 Criterios de exclusión:

- Gestantes con historia clínica incompleta.

3.5 OPERALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición	Tipo	Resultado final
Edad materna	Edad cronológica de la paciente al momento del parto, registrada en años completos	Cuantitativa discreta	18-19 / 20-34 / ≥35
Número de gestaciones	Número total de embarazos previos incluyendo el actual	Cuantitativa discreta	1 – 2 3 - 4 > 5
Edad gestacional al diagnóstico de DPP	Semanas completas de gestación al momento del desprendimiento	Cuantitativa continua	<34 / 34-36 / ≥37
Presencia de preeclampsia	Diagnóstico clínico confirmado de preeclampsia según criterios establecidos	Cualitativa categórica dicotómica	Sí / No
Severidad de la preeclampsia	Clasificación clínica según presión arterial, proteinuria y daño a órganos	Cualitativa categórica politómica	Leve / Moderada / Grave
Hemorragia obstétrica	Pérdida sanguínea mayor a 500 ml en parto vaginal o >1000 ml en cesárea	Cualitativa categórica dicotómica	Sí / No
Requerimiento de transfusión	Registro clínico de administración de hemoderivados posterior al parto	Cualitativa categórica dicotómica	Sí / No
Tipo de parto	Vía de finalización del embarazo	Cualitativa categórica politómica	Cesárea / Parto vaginal

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 RESULTADOS

Se identificaron a 341 gestantes con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta que cumplían los criterios de inclusión, atendidas en el Hospital General Universitario de Guayaquil durante enero del 2020 a diciembre del 2024.

4.1.1 Objetivo específico 1:

Tabla 1. Antecedentes gineco-obstétricos de las gestantes con desprendimiento prematuro de placenta.

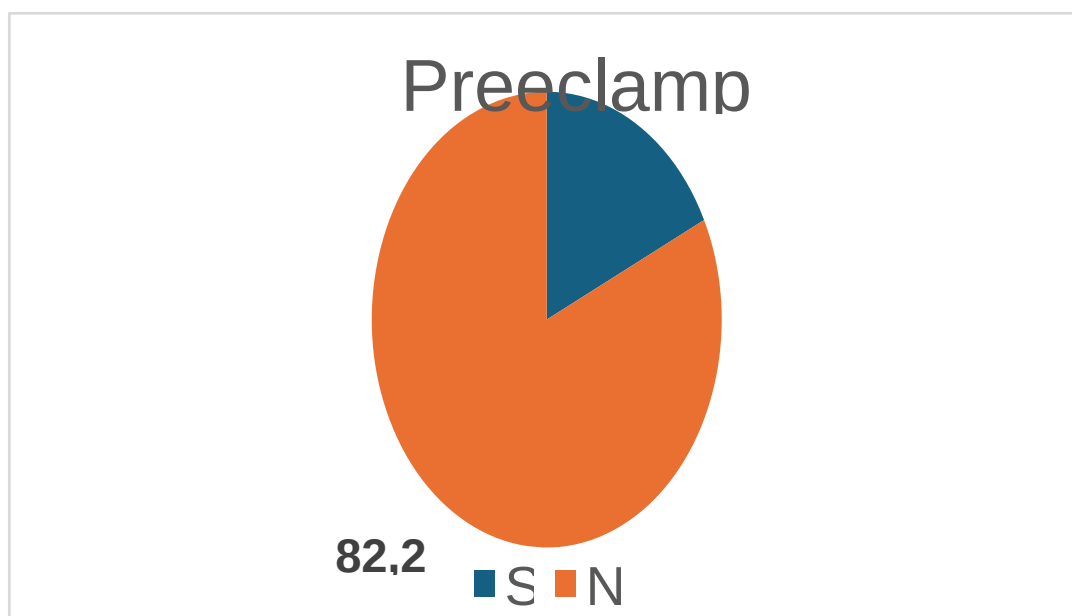
Variables		Nro	%
Gestas	1 – 2	204	59,8
	3 - 4	49	14,5
	> 5	18	5,4
Partos	1 – 2	187	54,8
	3 - 4	54	15,8
	> 5	11	3,3
Abortos	1 – 2	61	17,8
	3 - 4	6	1,7
Cesáreas	1 – 2	59	17,4
	3 - 4	7	2,1
	> 5	0	0

Fuente: Hospital General Universitario de Guayaquil durante el período de 2020 a 2024

La tabla 1 muestra que el 59,8% de las gestantes con desprendimiento prematuro de placenta presentaron entre una y dos gestas. De estas, el 54,8% tuvo entre uno y dos partos vaginales, mientras que el 17,4% dio a luz por cesárea. Además, el 17,8% reportó entre uno y dos abortos.

4.1.2 Objetivo específico 2:

Figura 1. Distribucion de la frecuencia de preeclampsia en las gestantes con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta.

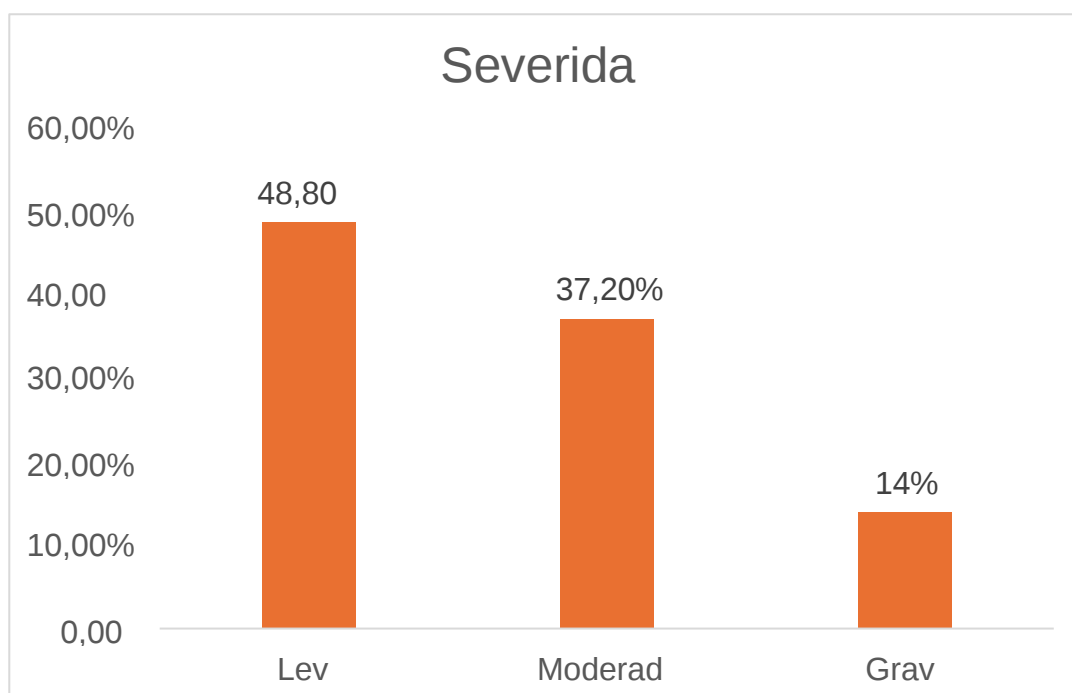


Fuente: Hospital General Universitario de Guayaquil durante el período de 2020 a 2024

La figura 1 señala que la prevalencia de preeclampsia entre las gestantes con desprendimiento prematuro de placenta fue del 17,8%.

4.1.3 Objetivo específico 3:

Figura 2. Severidad de la preeclampsia en las gestantes con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta.



Fuente: Hospital General Universitario de Guayaquil durante el período de 2020 a 2024

La tabla 2 muestra que el grado de severidad más frecuente de la preeclampsia fue el leve (48,8%), seguido del moderado (37,2%).

4.1.4 Objetivo específico 4:

Tabla 2. Complicaciones obstétricas y perinatales de las gestantes con preeclampsia asociada al desprendimiento prematuro de placenta.

Complicaciones	Nro	%
Obstetricas		
Hemorragia	29	67,4
Desprendimiento grado III	8	18,6
Necesidad de transfusión sanguínea	15	34,9
Insuficiencia renal aguda	7	16,3
Apoplejía uterina	4	9,3
Histerectomía	12	27,9
Muerte materna	1	2,3
Perinatales		
Parto pretérmino	39	90,7
Restricción del crecimiento intrauterino	13	30,2
Bajo peso al nacer	15	34,9
Sufrimiento fetal agudo	9	20,9
Asfixia neonatal	4	9,3
Mortalidad neonatal precoz	2	4,7

Fuente: Hospital General Universitario de Guayaquil durante el período de 2020 a 2024

La tabla 2 muestra que entre las complicaciones obstétricas más frecuentes se encuentran la hemorragia obstétrica (67,4%), la necesidad de transfusión sanguínea (34,9%) y la histerectomía (27,9%). En cuanto a las complicaciones perinatales, las más comúnmente identificadas fueron el parto pretérmino (90,7%) y el bajo peso al nacer (34,9%).

4.1.5 Objetivo general:

Tabla 3. Relación entre las complicaciones obstétricas y los grados de severidad de la preeclampsia en gestantes con desprendimiento de placenta.

Complicación obstétrica	Leve (n=21)	Moderada (n=16)	Grave (n=6)	Valor p	OR (IC 95%)
Hemorragia	12 (57,1%)	11 (68,8%)	6 (100%)	0,031*	3,45 (1,23 – 4,56)
Desprendimiento grado III	3 (14,3%)	4 (25,0%)	1 (16,7%)	0,754	2,36 (0,59–9,35)
	5	7	3		

Transfusión sanguínea	(23,8%)	(43,8%)	(50,0%)	0,243	2,36 (0,59–9,35)
Insuficiencia renal aguda	1	4	2	0,072	5,33 (0,79–10,4)
	(4,8%)	(25,0%)	(33,3%)		
Apoplejía uterina	1	2	1	0,486	0,69 (0,2– 0,9)
	(4,8%)	(12,5%)	(16,7%)		
Histerectomía	3	6	3	0,048*	6,0 (0,91–39,4)
	(14,3%)	(37,5%)	(50,0%)		
Muerte materna	0	0	1	0,042*	4,25 (1,26 – 8,45)
	(0,0%)	(0,0%)	(16,7%)		

* **Valor estadísticamente significativo (p < 0,05).**

Fuente: Hospital General Universitario de Guayaquil durante el período de 2020 a 2024

La tabla 3 muestra una asociación estadísticamente significativa entre la gravedad de la preeclampsia y tres complicaciones obstétricas. Las hemorragias fueron más frecuentes en los casos graves (100 %), con un OR de 3,45 (IC del 95 %: 1,23-4,56; p = 0,031). La histerectomía también aumentó con la gravedad, con un OR de 6,0 (IC del 95 %: 0,91-39,4; p = 0,048). La muerte materna se produjo solo en casos graves, con un OR de 4,25 (IC del 95 %: 1,26-8,45; p = 0,042).

Tabla 4. Relación entre las complicaciones perinatales y los grados de severidad de la preeclampsia en gestantes con desprendimiento de placenta.

Complicación perinatal	Leve (n=21)	Moderada (n=16)	Grave (n=6)	Valor p	OR (IC 95%)
Parto pretérmino	17	15	6	0,037	6,0 (0,28–12,9)
	(81,0%)	(93,8%)	(100%)		
RCIU	5	5	3	0,345	3,5 (0,53–22,9)
	(23,8%)	(31,3%)	(50,0%)		
Bajo peso al nacer	5	7	3	0,230	2,4 (0,6–9,6)
	(23,8%)	(43,8%)	(50,0%)		
Sufrimiento fetal agudo	3	4	2	0,371	2,9 (0,38–22,8)
	(14,3%)	(25,0%)	(33,3%)		
Asfixia neonatal	0	3	1	0,112	0,56 (0,7 – 0,9)
	(0,0%)	(18,8%)	(16,7%)		
Mortalidad neonatal precoz	0	2	0	0,202	0,43 (0,23 – 0,7)
	(0,0%)	(12,5%)	(0,0%)		

* **Valor estadísticamente significativo (p < 0,05).**

Fuente: Hospital General Universitario de Guayaquil durante el período de 2020 a 2024

La tabla 4 muestra una asociación estadísticamente significativa entre la gravedad de la preeclampsia y la aparición de partos prematuros, que fue más frecuente en los casos moderados (93,8 %) y graves (100 %), con un valor p de 0,037 y un OR de 6,0 (IC del 95 %: 0,28-12,9).

Tabla 5. Análisis multivariado de factores asociados a la severidad de la preeclampsia en gestantes con desprendimiento prematuro de placenta.

Variable independiente	OR	IC 95%	Valor p
Edad materna > 35 años	2,65	1,01 – 6,93	0,047 *
Paridad ≥ 3	1,89	0,76 – 4,71	0,173
HTA crónica	4,12	1,52 – 11,15	0,005*
Tiempo de evolución > 7 días	3,38	1,17 – 9,74	0,025*
Hemorragia obstétrica	3,21	1,09 – 9,48	0,035 *
Histerectomía	4,87	1,03 – 22,96	0,045 *
Muerte materna	5,94	1,07 – 32,91	0,042 *
Parto pretérmino	2,79	0,85 – 9,12	0,091
Restricción crecimiento intrauterino	2,34	0,66 – 8,24	0,187
Bajo peso al nacer	2,56	0,71 – 9,17	0,151

* Valor estadísticamente significativo ($p < 0,05$).

Fuente: Hospital General Universitario de Guayaquil durante el período de 2020 a 2024

En la tabla 5 se muestra el análisis multivariado mediante regresión logística, que identificó factores asociados con la severidad de la preeclampsia en gestantes con desprendimiento prematuro de placenta. Se encontró que una edad materna mayor a 35 años se asoció significativamente con mayor severidad (OR ajustado = 2,65; IC 95%: 1,01–6,93; $p = 0,047$). También, los antecedentes de hipertensión arterial crónica aumentaron el riesgo de formas moderadas o graves (OR = 4,12; IC 95%: 1,52–11,15; $p = 0,005$), al igual que un tiempo de evolución mayor a siete días desde el inicio de los síntomas hipertensivos (OR = 3,38; IC 95%: 1,17–9,74; $p = 0,025$). Entre las complicaciones obstétricas, se asociaron significativamente con mayor severidad: la hemorragia (OR = 3,21; IC 95%: 1,09–9,48; $p = 0,035$), la histerectomía (OR = 4,87; IC 95%: 1,03–22,96; $p = 0,045$) y la muerte materna (OR = 5,94; IC 95%: 1,07–32,91; $p = 0,042$).

4.2 DISCUSION

La preeclampsia asociada al desprendimiento prematuro de placenta representa una combinación de alto riesgo tanto para la madre como para el feto. En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos de las embarazadas con desprendimiento prematuro de placenta, se observó que el 59,8 % de ellas había tenido entre uno y dos embarazos, y el 54,8 % había tenido entre uno y dos partos vaginales. Este resultado contrasta con el observado por Ni

S et al (16) en un estudio realizado en China con 229 casos, donde el 69,4 % de las pacientes tenían menos de dos embarazos, con un claro predominio de partos vaginales (75,3 %). De manera similar, Liñayo-Chouza J (17) informó que el 34,8 % de las pacientes con esta afección en su estudio realizado en México eran nulíparas. Por otro lado, Gálvez Sulluchuco KG (18) indicó en su investigación que el 88,5 % de las mujeres embarazadas eran multíparas. Estos antecedentes ginecológicos y obstétricos reflejan una mayor incidencia de desprendimiento de placenta en mujeres multíparas, aunque los porcentajes varían de un estudio a otro, probablemente debido al tamaño de la muestra y a las características sociodemográficas de cada población analizada.

La prevalencia de preeclampsia es las pacientes con desprendimiento prematuro de placenta fue del 17,8%. Este dato se asemeja lo descrito por Ni S et al (16), en el que el 23,6% de las gestantes fueron diagnosticadas con este trastorno hipertensivo. No obstante, Liñayo-Chouza J (17), destaca que la preeclampsia fue documentada solo en el 6,4% de las gestantes con desprendimiento prematuro de membrana. Un resultado totalmente distinto, es el identificado de, Gálvez Sulluchuco KG (18), en el que el 69,2% de las pacientes tuvieron preeclampsia. La coexistencia de estas dos afecciones puede explicarse por los mecanismos fisiopatológicos implicados, en los que el daño endotelial y la microangiopatía, inducidos por factores inflamatorios asociados al desprendimiento prematuro de placenta, favorecen el desarrollo de la preeclampsia.

En relación con el grado de severidad de la preeclampsia en las pacientes con desprendimiento prematuro de placenta, se reportó que la más frecuente fue el grado leve (48,8%). De la misma línea los estudios de Ni S et al (16) y Liñayo-Chouza J (17), mencionan que la presentación de la preeclampsia fue leve en la mayor parte de los casos, 44,5 y 63,7% respectivamente. Un resultado distinto es el de Gálvez Sulluchuco KG (18), que menciona que la preeclampsia severa fue la más observada en las gestantes con esta condición. La gravedad de la preeclampsia depende de múltiples factores, entre ellos el riesgo obstétrico, que viene determinado por los antecedentes personales, las comorbilidades preexistentes y las que surgen durante el

embarazo. Por lo tanto, las diferencias en la gravedad de la enfermedad están estrechamente relacionadas con las características clínicas y obstétricas de las mujeres embarazadas analizadas.

La complicación obstétrica más común fue la hemorragia obstétrica (67,4%). Esto se compara con lo descrito por Ni S et al (16), en el que el 16,11% de las pacientes tuvieron hemorragia, con requerimiento de transfusión. Liñayo-Chouza J (17), menciona que la complicación materna que más se observó fue la hemorragia en un 23,6%. Gálvez Sulluchuco KG (18), por lo contrario, resalta que la mayor parte de las pacientes con desprendimiento prematuro de placenta necesitaron intervención quirúrgica, en el que mucho de ellas presentaron hemorragia intensa (13,8%), requiriendo una histerectomía de emergencia (5,8%). Las complicaciones maternas en presencia de preeclampsia asociada a un desprendimiento prematuro de placenta conllevan a un riesgo mucho mayor para la vida de la paciente. Esto se evidencia en las distintas complicaciones presentadas, por lo que existe una interacción crítica y compleja a nivel vascular.

En cuanto a las complicaciones perinatales, la que más se observó fue el parto pretérmino (90,7%). Por lo contrario, Ni S et al (16), menciona que la restricción de crecimiento intrauterino fue la complicación perinatal más común en el 29,4% de los casos. Liñayo-Chouza J (17), coincide con los resultados de este estudio en el que también describieron al parto pretérmino (43,5%), mediante una cesárea de emergencia, como la complicación que más se evaluó. Gálvez Sulluchuco KG (18), también demuestra que el parto pretérmino es común en este tipo de pacientes, en más del 50% de los casos. El parto prematuro está directamente relacionado con la preeclampsia y el desprendimiento prematuro de la placenta, ya que la interrupción del embarazo mediante cesárea es el tratamiento recomendado en muchos casos, incluso en las primeras etapas del embarazo. Sin embargo, esta conclusión no puede generalizarse, ya que depende de factores locales relacionados con la atención materna, los protocolos institucionales y el estado clínico de la paciente.

Las complicaciones maternas asociadas con la gravedad de la preeclampsia fueron las siguientes: hemorragia ($p = 0,031$), histerectomía ($p = 0,048$) y muerte materna, registrada en un caso en el grupo grave ($p = 0,042$). Estos resultados concuerdan con los reportados por Gálvez Sulluchuco KG (18), quien identificó una asociación significativa entre la preeclampsia grave y la hemorragia y la mortalidad materna ($p < 0,001$). De manera similar, Ni S et al (16) observaron que las pacientes en estado crítico debido a la preeclampsia tenían un mayor riesgo de hemorragia masiva y requerían histerectomía de urgencia. En cuanto a las complicaciones perinatales, solo el parto prematuro mostró una asociación estadísticamente significativa con la gravedad de la preeclampsia ($p = 0,037$). Este resultado también fue corroborado por Ni S et al. (16), quienes destacaron la relación entre el parto prematuro y las formas graves de la enfermedad. Las complicaciones maternas y perinatales pueden explicarse por el impacto del daño endotelial y la cascada inflamatoria desencadenada por la preeclampsia, cuyos efectos se agravan a medida que aumenta la gravedad del cuadro clínico.

Las complicaciones maternas asociadas con la gravedad de la preeclampsia fueron: hemorragia (OR = 3,21; IC 95%: 1,09–9,48; $p = 0,035$), histerectomía (OR = 4,87; IC 95%: 1,03–22,96; $p = 0,045$) y muerte materna, registrada en un caso del grupo grave (OR = 5,94; IC 95%: 1,07– 32,91; $p = 0,042$). Estos hallazgos coinciden con los reportados por Gálvez Sulluchuco KG (18), quien encontró una asociación significativa entre preeclampsia grave, hemorragia y mortalidad materna ($p < 0,001$). De forma similar, Ni S et al (16) observaron que las pacientes en estado crítico por preeclampsia presentaban mayor riesgo de hemorragia masiva y requerían histerectomía de urgencia.

En cuanto a los factores maternos, se identificó una asociación significativa entre la edad materna >35 años (OR = 2,65; $p = 0,047$), los antecedentes de hipertensión arterial crónica (OR = 4,12; $p = 0,005$) y un tiempo de evolución >7 días desde el inicio de los síntomas hipertensivos (OR = 3,38; $p = 0,025$) con formas más graves de la enfermedad. Estos factores también han sido descritos en la literatura como predictores de mal pronóstico en preeclampsia severa. Respecto a las complicaciones perinatales, aunque se

observó una mayor frecuencia de parto pretérmino, RCIU y bajo peso al nacer en los casos graves, estas asociaciones no fueron estadísticamente significativas. No obstante, Ni S et al (16) sí reportaron una relación significativa entre el parto prematuro y la severidad de la preeclampsia ($p = 0,037$), lo que sugiere que el impacto perinatal puede variar según la población estudiada. Estos resultados refuerzan la hipótesis de que el daño endotelial y la respuesta inflamatoria sistémica en la preeclampsia se intensifican con la progresión del cuadro clínico, incrementando el riesgo de complicaciones maternas y perinatales graves.

La principal limitación de este estudio radica en su diseño retrospectivo y transversal, que no permitió realizar un seguimiento de las pacientes ni identificar las complicaciones a medio y largo plazo. Esta particularidad metodológica puede limitar la generalización de los resultados.

Una de las fortalezas de este estudio es su contribución a la epidemiología nacional, ya que proporciona datos relevantes sobre la salud de las madres y los recién nacidos. Al describir las complicaciones obstétricas y perinatales asociadas a una mayor morbilidad y mortalidad, este estudio proporciona información valiosa que puede contribuir a mejorar los protocolos de tratamiento y la atención prenatal.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES

1. Un porcentaje considerable de las gestantes con desprendimiento prematuro de placenta tuvieron entre uno y dos gestaciones, predominando el parto vaginal.
2. La preeclampsia en las pacientes con desprendimiento prematuro de placenta representó una prevalencia clínicamente relevante.
3. El grado de severidad de la preeclampsia más frecuente reportada en las gestantes con desprendimiento prematuro de placenta fue el leve.
4. La complicación obstétrica más común en las gestantes preeclámplicas con desprendimiento prematuro de membrana fue la hemorragia obstétrica. En relación con las complicaciones perinatales, la que más se observó en la población fue el parto pretérmino.
5. La gravedad de la preeclampsia se asoció significativamente con complicaciones maternas como hemorragia, histerectomía y mortalidad materna, así como con el parto prematuro como única complicación perinatal significativa, resultados corroborados por estudios previos.
6. Diversos factores maternos y complicaciones obstétricas guardan relación con la severidad de la preeclampsia, lo que resalta la importancia de una detección oportuna y un manejo integral para prevenir desenlaces graves.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López Ángeles CM, Alexis Valoy KP. Factores de riesgos asociados a desprendimiento prematuro de placenta en gestantes que acuden al Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia junio, 2022-noviembre, 2022 [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; 2023 [citado 2025 jun 20]. Disponible en: <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/5189>
2. Carpio Montero DA. Prevalencia de desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en un hospital de la ciudad de Guayaquil [Tesis de licenciatura]. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2019 [citado 2025 jun 20]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/12461>
3. Han M, Liu D, Zeb S, Li C, Tong M, Li X, Chen Q. Are maternal and neonatal outcomes different in placental abruption between women with and without preeclampsia? *Placenta*. 2019 Sep 15; 85:69–73. doi: 10.1016/j.placenta.2019.07.003
4. Velumani V, Durán Cárdenas C, Hernández Gutiérrez LS. Preeclampsia: una mirada a una enfermedad *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 2021 64 (5), 7-18.
5. Ni S, Wang X, Cheng X. The comparison of placental abruption coupled with and without preeclampsia and/or intrauterine growth restriction in singleton pregnancies. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2021 May;34(9):1395-1400. doi: 10.1080/14767058.2019.1637850.
6. Brito Once PM. *Prevalencia y factores de riesgo en la preeclampsia: Revisión sistemática* [Tesis de licenciatura]. Universidad de Guayaquil; 2024.
7. Akkaya H, Uysal G, Yilmaz G. Comparison of maternal neonatal outcomes of normotensive and hypertensive placental abruptions: A novel approach. *Medicine (Baltimore)*. 2024 Jun 28;103(26):e38633. doi: 10.1097/MD.00000000000038633.

8. Zhang L, Yang H, Sun Y, Liu S. Preterm placental abruption and its association with adverse maternal and neonatal outcomes: a retrospective study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2025 May 28;25(1):620. doi: 10.1186/s12884-025-07718-6.
9. Cárdenas Guambaña MC. Prevalencia, incidencia y factores de riesgo de la preeclampsia. Revisión sistemática [Tesis de licenciatura]. Universidad de Guayaquil; 2023.
10. Moreira Flores MM, Montes Vélez RS. Incidencia y severidad de la preeclampsia en el Ecuador. *Dominio de las Ciencias*. 2022;8(1):8.
11. De Moreuil C. Factores asociados con un mal resultado fetal en el desprendimiento de placenta. *Hipertensión gestacional*. 2021;23:59-65.
12. DesJardin J. Desprendimiento placentario como factor de riesgo de insuficiencia cardíaca. *Am J Cardiol*. 2020;131:17-22.
13. Brandt JS, Ananth CV. Placental abruption at near-term and term gestations: pathophysiology, epidemiology, diagnosis, and management. *Am J Obstet Gynecol*. 2023;228(5):S1313–29.
14. Bączkowska M, Kosińska-Kaczyńska K, Zgliczyńska M, Brawura-Biskupski-Samaha R, Rebizant B, Ciebia M. Epidemiología, factores de riesgo y resultados perinatales del desprendimiento de placenta: datos anuales detallados y perspectivas clínicas del centro terciario polaco. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(9):5148.
15. Harmon AC, Brown MA, Ryan L, Magee LA, von Dadelszen P, Zeeman GG. Preeclampsia: fisiopatología, detección y tratamiento. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482335/>
16. Ni S, Wang X, Cheng X. The comparison of placental abruption coupled with and without preeclampsia and/or intrauterine growth restriction in singleton pregnancies. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2021 May;34(9):1395-1400. doi: 10.1080/14767058.2019.1637850.
17. Liñayo-Chouza J, Álvarez-Silvares E, Domínguez-Vigo P, Alves-Pérez MT, Castro-Vilar L. Morbilidad y mortalidad a largo plazo en mujeres con antecedente de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera. *Ginecol Obstet Mex*. 2019;87(3):167–76.

18. Gálvez Sulluchuco KG. Factores predisponentes al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del Hospital Santa María del Socorro Ica 2019–2020 [tesis]. Ica: Universidad Nacional “San Luis Gonzaga”; 2022.
19. Vizcarra Mamani OM. Desprendimiento prematuro de placenta: estudio de un caso en el Hospital II Essalud-Moquegua. 2024.
20. Chirinos Vargas KME. Relación de la morbilidad materna con la morbimortalidad perinatal en recién nacidos a término. Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa 2017-2018. 2023.
21. Celis Moreno AZ, Diaz Archila N, Rueda Ramirez MJ, Ortiz Sierra EY. Complicaciones de la preeclampsia: una revisión de la literatura.
22. Zhang L, Yang H, Sun Y, Liu S. Preterm placental abruption and its association with adverse maternal and neonatal outcomes: a retrospective study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2025 May 28;25(1):620. doi: 10.1186/s12884-025-07718-6.
23. Calagua Quispe MP. Factores condicionantes del desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en Establecimiento de Salud III-I-2018. 2021.
24. Corroenne R, Yepez M, Barth J, Pan E, Whitehead WE, Espinoza J, Shamshirsaz AA, Nassr AA, Belfort MA, Sanz Cortes M. Chorioamniotic membrane separation following fetal myelomeningocele repair: incidence, risk factors and impact on perinatal outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2020 Nov;56(5):684- 693. doi: 10.1002/uog.21947.
25. Li J, Yan J, Jiang W. The role of maternal age on adverse pregnancy outcomes among primiparous women with singleton birth: a retrospective cohort study in urban areas of China. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2023 Dec;36(2):2250894. doi: 10.1080/14767058.2023.2250894

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Cabrera Romero, Andrea Dayanara** C.C # **0957099252** autor del trabajo de titulación: **Efecto de la preeclampsia en la morbilidad materna y neonatal asociada al desprendimiento prematuro de placenta**, previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **22 de septiembre de 2025**



Cabrera Romero, Andrea Dayanara

CC: 0957099252

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:		Efecto de la preeclampsia en la morbilidad materna y neonatal asociada al desprendimiento prematuro de placenta.	
AUTOR(ES)		Cabrera Romero, Andrea Dayanara	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)		Dr. De Vera Alvarado, Jorge Eliecer	
INSTITUCIÓN:		Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
FACULTAD:		Facultad de Ciencias de la Salud	
CARRERA:		Medicina	
TÍTULO OBTENIDO:		Médico	
FECHA DE PUBLICACIÓN:		22 de septiembre de 2025	No. DE PÁGINAS: 29
ÁREAS TEMÁTICAS:		Ginecología y Obstetricia, Salud Pública, Epidemiología	
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:		preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, morbimortalidad, complicaciones, factores de riesgo.	
RESUMEN/ABSTRACT: Introducción: El desprendimiento prematuro de placenta, presente en el 0,5–2% de los nacimientos y responsable del 2,28% de la mortalidad materna en Ecuador, se asocia principalmente con trastornos hipertensivos, en especial la preeclampsia. Objetivo: Determinar el efecto de la preeclampsia en la morbilidad materna y neonatal asociada al desprendimiento prematuro de placenta en las gestantes atendidas en el Hospital General Universitario de Guayaquil durante el período de 2020 a 2024. Metodología: El presente trabajo de investigación tuvo un diseño observacional, nivel analítico, retrospectivo y transversal. Resultados: Se identificaron 341 gestantes con desprendimiento prematuro de placenta, La mayoría presentó 1–2 gestas (59,8%) y partos vaginales (54,8%). La prevalencia de preeclampsia fue del 17,8%, predominando los casos leves (48,8%). La complicación más frecuente fue la hemorragia (67,4%), la severidad de la preeclampsia se asoció significativamente con hemorragia (OR = 3,45; IC 95%: 1,23–4,56), histerectomía (OR = 6,0; IC 95%: 0,91–39,4) y muerte materna (OR = 4,25; IC 95%: 1,26–8,45). En el análisis multivariado, se identificaron como factores de riesgo: edad materna > 35 años (OR = 2,65; IC 95%: 1,01–6,93), hipertensión crónica (OR = 4,12; IC 95%: 1,52–11,15), evolución > 7 días (OR = 3,38; IC 95%: 1,17–9,74), hemorragia (OR = 3,21; IC 95%: 1,09–9,48), histerectomía (OR = 4,87; IC 95%: 1,03–22,96) y muerte materna (OR = 5,94; IC 95%: 1,07–32,91). Conclusión: El desprendimiento prematuro de placenta se relaciona con una alta prevalencia de preeclampsia, principalmente en su forma leve, asociada a complicaciones como hemorragia, histerectomía, mortalidad materna y parto pretérmino.			
ADJUNTO PDF:		☒ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:		Teléfono: +593-959207252	E-mail: andrea.cabrera05@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):		Nombre: Vásquez Cedeño, Diego Antonio	
		Teléfono: +593-43804600	
		E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			