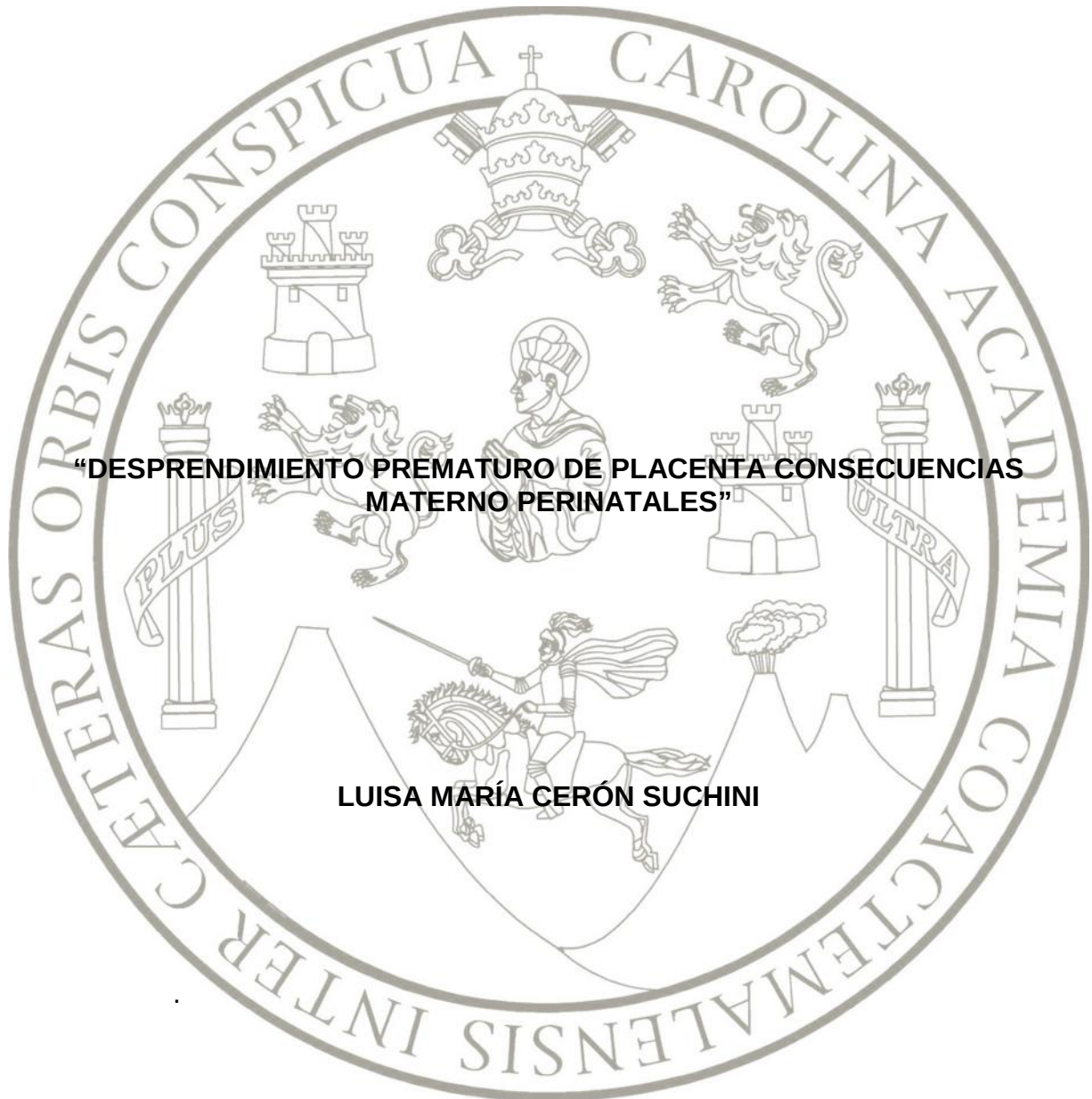


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias en Ginecología y Obstetricia

Marzo 2014



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Luisa María Cerón Suchini

Carné Universitario No.: 100019954

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **"Desprendimiento prematuro de placenta consecuencias materno perinatales"**

Que fue asesorado: Dr. Carlos Francisco Castro Bamaca

Y revisado por: Dr. Julio Francisco Hernández Regalado

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para marzo 2014.

Guatemala, 04 de marzo de 2014


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado




Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General*
Programa de Maestrías y Especialidades



/lamo



Of. 98/2012
Dr. MEG/Inmc

Cuilapa Santa Rosa 26 de julio de 2013

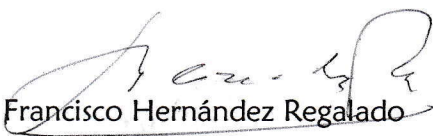
Señores:
UNIDAD DE TESIS
Facultad de Ciencias Médicas
Presente:

Respetables Señores:

El revisor de tesis de la especialidad de Ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, hace constar que ha sido revisado y corregido el informe final de tesis de la Dra. Luisa María Cerón Suchini de la especialidad de Ginecología y obstetricia Carne Universitario No. 100019954, titulado: "DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA" CONSECUENCIAS MATERNO PERINATALES.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,


Dr. Julio Francisco Hernández Regalado
Revisor
Maestría en Ginecología y obstetricia
Hospital Regional de Cuilapa



Of. 99/2012
Dr. MEG/Inmc

Cuilapa Santa Rosa 26 de julio de 2013

Señores:
UNIDAD DE TESIS
Facultad de Ciencias Médicas
Presente:

Respetables Señores:

El Asesor de tesis de la especialidad de Ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, hace constar que ha sido revisado y corregido el informe final de tesis de la Dra. Luisa María Cerón Suchini de la especialidad de Ginecología y obstetricia Carne Universitario No. 100019954, titulado: "DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA" CONSECUENCIAS MATERNO PERINATALES.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,



Dr. Carlos Francisco Castro Bamaca
Asesor de Tesis
Maestría en Ginecología y obstetricia
Hospital Regional de Cuilapa

INDICE

	Página
CONTENIDO	
RESUMEN	i
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	
22.1 Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta	2
2.1.1 Definición	2
2.1.2 Fisiopatología	2
2.1.3 Factores de riesgo	5
2.1.4 Anatomía patológica	6
2.1.5 Evolución	8
2.1.6 Complicaciones de la forma grave	8
2.1.7 Diagnóstico	9
2.1.8 Ultrasonido	9
2.1.9 Exámenes de laboratorio	10
2.1.10 Diagnostico diferencial	10
2.1.11 Tratamiento	11
2.1.12 Complicaciones	13
2.1.13 Choque Hemorrágico	14
2.1.14 Ruptura o Hipotonía Uterina (útero de Couvelaire)	14
2.1.15 Fetales	14
2.1.16 Recurrencia	14
III. OBJETIVOS	15
3.1 Objetivo General	15
3.2 Objetivos Específicos	15
IV MATERIAL Y METODOS	16
4.1 Población y muestra	16
4.2 Criterios de inclusión	16
4.3 Criterios de exclusión	16
4.4 Definición de variables	17
4.5 Análisis y presentación de la información	18

4.6 Metodología	18
4.7 Marco Operativo	19
A. Técnica de recolección de datos	19
B. Trabajo de campo	19
C. Procesamiento de la información	19
V. RESULTADOS	21
VI. DISCUSION Y ANALISIS	27
6.1 Conclusiones	29
6.2 Recomendaciones	30
VII. Referencias bibliográficas	31
VIII. Anexos	34
Permiso del autor para copiar el trabajo	36

INDICE DE TABLAS

Cuadro No.	Titulo	Pàgina
1	Antecedentes gineco- obstetricos según la edad de las pacientes con diagnostico de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta ingresados al servicio de gineco-obstetricia del hospital regional de cuilapa de enero a diciembre del 2011.	21
2	Control prenatal según paridad de las pacientes con diagnostico de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta ingresados al servicio de gineco-obstetricia del hospital regional de cuilapa de enero a diciembre del 201.	22
3	Grado de desprendimiento placentario según la edad gestacional de las pacientes con diagnostico de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta ingresados al servicio de gineco-obstetricia del hospital regional de cuilapa de enero a diciembre del 2011.	23
4	Presentación clínica del cuadro según la edad gestacional de las pacientes con diagnostico de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta ingresados al servicio de gineco-obstetricia del hospital regional de cuilapa de enero a diciembre del 2011.	24
5	Patología materna asociada a embarazo relacionada a desprendimiento prematuro de placenta ingresados al servicio de gineco-obstetricia del hospital regional de cuilapa de enero a diciembre del 2011.	25
6	Morbilidad fetal según sexo y grado de desprendimiento placentario de placenta de las pacientes con diagnostico de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta ingresados al servicio de gineco-obstetricia del hospital regional de cuilapa de enero a diciembre del 2011.	26

RESUMEN

El presente estudio fue realizado en el departamento de Ginecología-Obstetricia del Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa, durante el periodo comprendido de enero 2010 a diciembre del 2012, en el cual se incluyeron a todas las pacientes con diagnóstico confirmado de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. La información se obtuvo mediante una fuente indirecta, analizando los expedientes clínicos de las pacientes. **OBJETIVO:** determinar la morbilidad y mortalidad materna perinatal asociada al desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. **RESULTADOS:** La morbilidad y mortalidad materna perinatal se encontró en el 3.44% presentando una patología asociada, siendo la hipertensión inducida al embarazo, eclampsia, 3 pacientes (5.17%) con traumatismo; no encontrando ningún caso de mortalidad materna. La edad más frecuente se encuentra entre 16-25 años (51.72%) con un promedio de edad de 20.5 años, siendo el valor máximo 47 años y el valor mínimo de 12 años. La edad gestacional encontrada fue durante el tercer trimestre correspondiendo al 96.5%, este entre las 28 y 40 semanas. La paridad es del 39.65% correspondiendo a primigestas y 22.43% trigestas. La patología materna asociadas al embarazo el 3.44% presentaban hipertensión inducida al embarazo, eclampsia. En el control prenatal de las pacientes el 55.17% si obtuvieron el mismo, encontrándose 26 pacientes que no llevaron. Del total de recién nacidos producto de cesárea obtenidos en el estudio, el 87.93% no presentaron patología, obteniéndose 3 casos (5.16%) de prematuridad, 2 casos de asfixia perinatal y como complicación de desprendimiento, 2 casos correspondiendo a mortinato y óbito fetal.

I. INTRODUCCIÓN

El desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, constituye una de las principales causas de morbilidad materna, fetal y neonatal; hallazgos epidemiológicos señalan que es una complicación relativamente frecuente y ocurre en aproximadamente el 6% a 8% de todos los embarazos. Es una de las manifestaciones de enfermedad vascular en el embarazo, ya que ocurre por rotura de la arteria espiral del útero, lo que permite que la placenta se separe total o parcialmente de la pared del útero antes del segundo periodo del parto.

En el pasado, desprendimiento de la placenta fue más común en mujeres mayores de nivel socioeconómico más bajo, en las mujeres que fueron mal alimentadas, y en aquellos con cinco o más embarazos anteriores. Se considera una complicación obstétrica recurrente, el riesgo de desprendimiento placentario se elevaba diez veces en embarazos posteriores, a entre cuatro y cinco por ciento.

Hay muchas posibles complicaciones fetales y neonatales de desprendimiento prematuro de placenta. La morbilidad perinatal y la tasa de mortalidad asociada con el desprendimiento es tan alta como 20% a 40%, que representan el 15% de las muertes perinatales.

El interés del presente estudio descriptivo-prospectivo es conocer en nuestra realidad la relevancia de este problema sobre la salud materno perinatal, describiendo las características de la población, patologías obstétricas asociadas, mortalidad fetal, morbimortalidad neonatal y el estado materno anteparto; ampliando así el conocimiento de casos relacionados a esta entidad y dando la pauta para formular planes y programas estratégicos de prevención y tratamiento, evitando el incremento de la morbi-mortalidad materno fetal.

II. ANTECEDENTES

2.1 DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMALMENTE INSERTADA

2.1.1 DEFINICIÓN

El Desprendimiento Prematuro de Placenta Normalmente Insertada (DPPNI), no es más que la separación de la placenta después de las 20 semanas de gestación y antes del parto, secundaria a una hemorragia en la decidua basal; constituye una de las principales causas de hemorragia en el tercer trimestre del embarazo en todo el mundo.

La incidencia oscila entre uno de cada 86 y uno de cada 206 partos. Esta variabilidad refleja los distintos criterios para el diagnóstico, así como el reconocimiento, en años recientes, de formas leves del trastorno. El abruptio de grado I supone cerca del 40%, el grado II el 45% y el grado III el 15% de los casos diagnosticados clínicamente. El 8% de los casos se produce antes del inicio del trabajo de parto.

La mortalidad fetal es superior al 15% y la materna es tres veces superior a la esperada. La aparición frecuente de sufrimiento fetal agudo, prematuridad, anemia, hace que el número de secuelas tanto sensitivas como motoras sea alto.

Desde la antigüedad se identificó al cuadro clínico caracterizado con la tríada sintomática de hipertonía, metrorragia y muerte fetal, con pronóstico materno comprometido. En 1775, Ricci diferenció la separación prematura de una placenta de inserción normal, de aquella de inserción baja; a la primera llamó “hemorragia accidental”, y a la segunda “hemorragia imprevisible”. Couvelaire introdujo el término de “desprendimiento prematuro de placenta” y describió la aparición de la “apoplejía uterina” (útero de Couvelaire). ²

2.1.2 FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología del proceso se inicia con una hemorragia en la decidua basal. En muchos casos la fuente del sangrado es un pequeño vaso arterial de la decidua basal, que se rompe debido a una alteración patológica de éste, pero en otros casos, la hemorragia se

inicia a partir de un vaso fetoplacentario. El resultado es que la decidua se diseca progresivamente por el hematoma formado, quedando una fina capa de ésta en contacto con la cara materna de la placenta y el resto permanece unida al miometrio.

A medida que el hematoma aumenta y crece, la placenta se separa más y además se produce la compresión del espacio intervelloso vecino, disminuyendo de ésta manera los intercambios. En una primera fase, quizá no exista sintomatología y el proceso sólo se diagnostique al examinar la placenta después del parto, poniéndose de manifiesto en su cara materna, una depresión o geoda, que contiene un coágulo negruzco y parcialmente organizado. La zona placentaria subyacente se destruye. En ciertos casos, el proceso se autolimita y no existen mayores consecuencias.^{4,9}

Desde la introducción de los estudios ecográficos, se ha podido observar cómo en alguna ocasión, éste proceso aparece de manera localizada, en gestaciones de menos de 20 semanas, que posteriormente evolucionaron normalmente. Pero lo más frecuente es que el sangrado continúe y la sangre siga el camino que menor resistencia oponga. Es así que si el punto inicial está en el centro de la superficie de unión placentaria, ocasionalmente la separación, así como la extravasación sanguínea hacia el miometrio e incluso por él pueden hacerla llegar hasta el peritoneo, dando la imagen del útero con su fusión hemorrágica denominado de Couvelaire.^{2,3}

Separando decidua y membranas, la sangre puede llegar a exteriorizarse por la vagina o incluso atravesar las membranas y llegar al saco amniótico, dando una coloración característica al líquido amniótico, pero la cantidad de sangre que puede llegar a exteriorizarse puede ser una pequeña proporción de la que realmente se ha extravasado, lo que condiciona que no sea un buen indicador de la gravedad del proceso. En el 65% de las ocasiones, se puede apreciar pérdida hemática por genitales.

En el estudio microscópico, destaca la presencia de vellosidades edematosas, con roturas vasculares. En la decidua se objetivan zona de necrosis y fenómenos trombóticos, secundarias a lesiones degenerativas de la íntima de las arterias.^{4,17}

Un aspecto muy interesante es la alta tasa de sufrimiento fetal, aún a pesar de pequeños desprendimientos. La lesión de los vasos placentarios y deciduales, pueden poner en

marcha la síntesis de sustancias, que aumenten la contracción uterina, en especial prostaglandinas, lo que condicionaría un incremento de la actividad uterina con el aumento del número, intensidad y duración de las contracciones uterinas, así como del tono uterino, que cuando sobrepasa los 15 mmHg, provocaría una disminución del intercambio gaseoso y por ello sufrimiento fetal.⁴

Es así que cuando se lesiona la célula endotelial de los vasos placentarios y deciduales, se sintetiza endotelina 1, se ha demostrado la presencia de receptores en la placenta humana, lo que en situación de normalidad se interpreta como parte del mecanismo, que provoca vasoconstricción después del alumbramiento, para evitar de ésta manera la hemorragia. También se ha encontrado en la sangre fetal umbilical, la presencia de inmunorreactividad a endotelina 2 y 3 en alta proporción.

Es así que en el desprendimiento se reproduce una situación semejante, que daría como resultado la vasoconstricción secundarias de los vasos deciduales y placentarios, disminuyendo el aporte de sangre al espacio intervelloso, disminuyendo de manera ostensible el intercambio y justificando el distrés fetal.^{3,4,15}

Existen varios mecanismos fisiopatológicos que producen este desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, pero quizás el más importante sea la ruptura por injuria (isquemia) de los vasos sanguíneos de la decidua basal, produciéndose extravasación sanguínea y formación del hematoma, el cual al crecer producirá mayor separación de la masa placentaria y aumentará los desgarros vasculares, llevándolo a extravasación sanguínea.

Otro mecanismo de desprendimiento placentario, sería debido a la elevación brusca de la presión venosa de los vasos uterinos, el cual es transmitido al espacio intervelloso, produciendo congestión del lecho venoso, ruptura vascular, hemorragia y finalmente separación placentaria, con sus consecuencias anteriormente mencionadas.^{3,4}

2.1.3 Factores de riesgo

Hay condiciones patológicas que predisponen a ésta injuria vascular, como son: los síndromes hipertensivos del embarazo (preeclampsia y eclampsia), equivalente a más del 50% de los casos de desprendimientos placentarios.⁶

Existen fenómenos de arteriolisis y esclerotrombosis, que de por sí pueden observarse en la gestación normal, y en los casos de hipertensión inducida por el embarazo, se exageran, produciéndose necrosis de la pared del vaso, pudiendo secundariamente romperse y empezar así la extravasación sanguínea, las enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus, enfermedad renal crónica.²

Otras condiciones importantes que influyen en el desprendimiento placentario, vendría a ser la Deficiencia de ácido fólico, provocando alteraciones en el crecimiento trofoblástico, sobre todo en los estadíos iniciales. El consumo de tabaco (más de 10 cigarrillos al día), se asocia con necrosis de vasos deciduales, debido al fenómeno isquémico, la perfusión de la placenta se reduce por espacio de 15 minutos, después de fumar un cigarrillo.¹⁸

El aumento de la Paridad corre paralelo con el aumento de incidencia de desprendimiento, sobre todo a partir del quinto hijo, la explicación es que mujeres que han tenido pérdida fetal, no es raro que intente otra gestación, también ésta paridad corre paralelo con la edad materna.¹⁹

Otros factores de tipo iatrogénico, como la administración errónea de ciertas sustancias con capacidad de producir contracciones uterinas, como la práctica cada vez más frecuente de las pruebas de estrés, con el fin de conocer el grado de bienestar fetal (Prueba de Oxitocina), requieren de un control exquisito.⁴

También existen factores mecánicos desencadenantes de desprendimiento placentario, como son: el caso de los traumatismos (accidentes automovilísticos, las caídas o golpes directos abdominales). En ciertos traumatismos, sobretudo automovilísticos, al chocar el abdomen materno contra el cinturón de seguridad, entonces se comprime el útero entre el cinturón y la columna vertebral, pudiendo provocar el desprendimiento de ciertas áreas placentarias, sobre todo si la inserción de la placenta está en la cara anterior del útero, equivalente al 5,7 % de los casos y la descompresión brusca del útero (por pérdida de

líquido o después del nacimiento del primer gemelo) equivalente al 5% de los casos de desprendimientos. Esta descompresión brusca del útero, produce disminución brusca del volumen intrauterino, con la consiguiente retracción del miometrio, motivando desprendimiento placentario.⁶

Otro factor importante que produce desprendimiento placentario, vendría a ser el caso de las Malformaciones o Tumores uterinos, así es el caso de los úteros septo, en el que se insertaba la placenta en la zona septal o sobre la base de un mioma. También el cordón umbilical corto (menor de 20 cm) se ha asociado con un aumento de la incidencia de desprendimiento.^{4,15.}

Debemos mencionar otro mecanismo involucrado en la fisiopatología del desprendimiento placentario, como es el desencadenamiento de la cascada de la coagulación, que en los casos más severos, produciría diátesis hemorrágica, comprometiendo la vida de la paciente, complicándose con un cor-pulmonale agudo, una insuficiencia renal o necrosis de la hipófisis anterior (Síndrome de Sheehan).²

Para que ocurra éste accidente obstétrico, debe haber aumento del tono y de la presión miometrial, es así que el miometrio comprime los vasos que los atraviesan, colapsando de ésta manera las venas y no así a las arterias, de tal modo que la sangre sigue entrando al útero y encontrará dificultad para salir, elevando de ésta manera la presión en los capilares, venas y lagos sanguíneos del útero, llevando a la ruptura de los capilares y lagos sanguíneos, originando hematomas y posteriormente desprendimiento placentario con sus complicaciones anteriormente descrita.^{2,3,4}

En el desprendimiento prematuro de placenta se puede producir liberación del factor tisular al compartimiento intravascular y provocar coagulación intravascular diseminada.²⁰

2.1.4 ANATOMIA PATOLÓGICA

Entre la placenta y la pared del útero se derrama la sangre extavasada, que proviene de los vasos maternos de la región.

Al desprenderse los cotiledones placentarios la sangre materna de los espacios intervelllosos se acumula entre la placenta y la pared uterina constituyendo el hematoma

retroplacentario cuyo volumen esta en relación con la extensión del desprendimiento, de la cual van a depender las manifestaciones clínicas y nos va a permitir clasificar a esta patología en grados de gravedad creciente:

- Formas asintomáticas: según la clasificación de Page representaría el grado 0, donde el desprendimiento es menor a 1/6 de superficie placentaria, y el diagnóstico sería retrospectivo, por medio del examen de la placenta en el momento del alumbramiento donde podría observarse una depresión circunscripta con un coágulo sanguíneo oscuro.
- Formas leves: en los desprendimientos menores al 30 % de la superficie placentaria, corresponde al grado I, presentan escasa sintomatología con hemorragia vaginal mínima de color oscuro y pequeños coágulos, dolor abdominal leve, consistencia conservada del útero o levemente hipertónico, feto vivo y estado general conservado de madre.
- Formas de gravedad moderada: en los desprendimientos del 30 - 50 % de la superficie placentaria, corresponde al grado II, el primer síntoma es el dolor agudo en el abdomen, a nivel del útero; la hemorragia externa escasa, de color oscuro o la hemorragia interna en donde aumenta el tamaño del útero por la presencia del hematoma. Estas últimas son de peor pronóstico porque llevan a un diagnóstico tardío y están asociadas a las formas graves.³

La hemorragia también puede ser mixta es decir interna y externa. El útero se presenta hipertónico, de consistencia leñosa y esto no permite palpar las partes fetales. Como resultado de la hipertonía y el desprendimiento ocurre la abolición de una zona importante de la circulación placentaria y el feto muere en el 20 al 30 % de los casos y en el 90 % de los casos presenta sufrimiento fetal agudo.

- Formas graves: el desprendimiento es total y corresponde al grado III, es de comienzo brusco sin aviso previo, presenta hemorragia externa no abundante aunque esta puede faltar, dolor abdominal intenso, estado general comprometido: shock, anemia aguda, con el aspecto típico de una paciente intoxicada, útero leñoso, feto muerto "in útero" en el 100 % de los casos.³

2.1.5 EVOLUCIÓN

Existen tres posibilidades: 1) si el desprendimiento es poco extenso y asintomático, el embarazo puede continuar su curso y llegar a término. 2) Si abarca una zona mayor, con frecuencia el parto se inicia y se realiza con el feto muerto. 3) En ocasiones el parto se efectúa en bloques "parto en avalancha" que es la expulsión sin intervalo de continuidad del feto, coágulos y placenta.

En los casos donde el tratamiento es inadecuado y la evolución desfavorable puede derivar en un cuadro grave de hemorragia y shock, por la instalación de un cuadro de afibrinogenemia, que puede llevar a la muerte materna.⁵

2.1.6 COMPLICACIONES DE LA FORMA GRAVE

A. Accidente de Couvelaire: apoplejía uteroplacentaria

La sangre derramada invade la pared uterina con zonas de extensas hemorragias miometriales que disocian los haces musculares y puede difundirse hacia el tejido subperitoneal, trompas, ovarios y a veces ligamentos anchos. A causa de esta infiltración sanguínea el miometrio pierde su propiedad contráctil. Es más frecuente en embarazos gestósicos.

B. Coagulación Intravascular Diseminada:

Se da en el 30 % en los DPPN masivos con muerte fetal. Se produce por el paso de tromboplastina a la circulación materna y activación de la coagulación. La baja concentración de fibrinógeno plasmático depende del atrapamiento de fibrina en el hematoma retroplacentario, esto provoca que la hemorragia sea incoercible y la sangre no coagule.

C. Insuficiencia Renal Aguda:

El colapso circulatorio periférico y la sobre distensión uterina provocan isquemia en las zonas corticales de los riñones.

D. Shock Hipovolémico:

Se produce por la hemorragia brusca y masiva, con o sin exteriorización de la sangre por los genitales.

E. Necrosis de la Hipófisis: (Síndrome de Sheehan)

La hipófisis anterior puede sufrir una necrosis total o parcial debido a trombos o espasmos de los vasos del sistema porta. Se manifiesta en el puerperio por agalactia como síntoma inicial, ya que son las células secretoras de prolactina las que primero se ven afectadas por la isquemia, posteriormente se evidencian los síntomas de esfera gonadal, tiroidea y suprarrenal. Aunque es poco frecuente, es una complicación importante en el D.P.P.N. ⁴

2.1.7 DIAGNOSTICO

El diagnostico de DPPNI es clínico y la condición se debe sospechar en toda gestante con embarazo mayor de 20 semanas que presenta sangrado por genitales o dolor abdominal o ambos, una historia de trauma o aquellas que presentan trabajo de parto pre término no explicado.

Síntomas de síndrome agudo: dolor abdominal y/o dolor pélvico (70%), hemorragia vaginal (que puede ser escaza color rojo y/o acre) (70%), parto prematuro idiopático (25%).

Signos útero hipertónico y sensible (35%) (Aunque a veces puede no haber hipertonía), hemorragia la cual puede ser abundante (80%) o estar atrapada y no ser visible pero puede aumentar y distender la cavidad uterina, sufrimiento fetal agudo (60%) o signos de muerte fetal (15%). (5)

2.1.8 ULTRASONOGRAFIA

Los recientes avances en las imágenes ecográficas y en su interpretación han mejorado esta proporción, de modo que más del 50% de las pacientes con abruptio confirmado mostrarán

alguna evidencia ecográfica de sangrado. Sin embargo, incluso el abrupcio placentario completo puede pasar desapercibido en una exploración ecográfica durante la fase aguda.

La ecografía puede identificar tres localizaciones predominantes en el abrupcio, que son: subcorial (entre la placenta y las membranas), retroplacentaria (entre la placenta y el miometrio) y preplacentaria (entre la placenta y el liquido amniótico). Los hematomas que se identifican mediante ecografía en las fases precoces de sangrado vaginal y dolor son, con mayor probabilidad, hiperecoicos o isoecoicos con la placenta. Según se resuelve el hematoma, se torna hipoecoico en el plazo de una semana y sonoluscente en el plazo de dos. Debido al carácter cambiante del hematoma, se ha publicado su confusión con un mioma uterino, lóbulo placentario succenturiato, coriangioma o embarazo molar.

La localización y extensión del abrupcio identificado en la ecografía tienen una importancia clínica decisiva. Los hematomas retroplacentarios conllevan un peor pronóstico para la supervivencia fetal que las hemorragias subcoriales. El tamaño de la hemorragia también predice la supervivencia fetal, los grandes hematomas retroplacentarios (mayor de 60ml) se asocian con una mortalidad fetal del 50% o superior, mientras que hemorragias subcoriales similares tienen una mortalidad del 10%.⁵

2.1.9 EXÁMENES DE LABORATORIO

Sanguínea: Hemograma completo, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, fibrinógeno y productos de degradación del fibrinógeno, pruebas de aglutinación de los D-dímeros, la cual se ha usado como marcador temprano, y hemoclasificación.⁴

2.1.10 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- a. Placenta previa: esta presenta hemorragias abundantes, sangre roja, rutilante, líquida, sin dolor y sin hipertensión uterina. El feto generalmente está vivo y la mujer sana con anemia secundaria por hemorragia.
- b. Rotura uterina: en caso de hemorragia interna se piensa en esta patología, pero casi nunca falta el antecedente de operaciones previas en el útero (cesárea o miomectomía

anterior). Presenta un cuadro de abdomen agudo y shock, útero pequeño, que a veces no se palpa, el feto se palpa "debajo de la piel" muy superficial.

c. Rotura del seno marginal: este cuadro tiene similitud con la placenta previa, la hemorragia es silenciosa, por lo común moderada, de sangre roja sin coágulos, no hay dolor ni aumento de tamaño del útero y no afecta el estado general de la embarazada.

d. Colecistitis aguda, apendicitis aguda: en estos cuadros existe dolor abdominal sin hipertonía uterina y sin hemorragia.(9)

2.1.11 TRATAMIENTO

Algunos autores hablan de un tratamiento profiláctico, siendo evidente que el correcto manejo de la embarazada con toxemia gravídica, hipertensión arterial, podrá prevenir la instalación de un cuadro DPPNI.

Realizado el diagnóstico, el tratamiento curativo se adecuará con la gravedad de cada caso. Se deben tomar precauciones para prevenir las posibles consecuencias letales tanto para la madre como para el feto; se debe disponer de cuatro unidades de sangre para transfundir a la madre, se canaliza una vía venosa con una vía de gran calibre y se comienza a infundir una solución de cristaloideos.

Se tomaran muestras sanguíneas para la determinación del hematocrito y estudios de coagulación (fibrinógeno, recuento plaquetario, productos de degradación del fibrinógeno, TP, TPT), muestra para realizar la prueba de coagulo, si no se forma coágulo en un plazo de seis minutos, o si se forma pero se disuelve en 30 minutos, probablemente existe un defecto de la coagulación y el nivel de fibrinógeno sea inferior a 150mg/dl. Se debe de realizar una monitorización fetal continua para registrar la frecuencia cardiaca fetal y actividad uterina. ⁵

En la paciente con un feto a término en la que se realiza el diagnóstico de abrupcio de grado I, es esencial la observación estrecha de los signos de compromiso materno o fetal. Si se conoce que el feto está maduro, se puede intentar la inducción del parto mientras la madre y feto estén estables.

La presencia de un abrupcio grado I en un feto pre termino es muy distinta. Se establece un círculo vicioso, en el que un pequeño abrupcio estimula la irritabilidad uterina, separando más la placenta hasta que el compromiso fetal se hace evidente. Según estudios realizados en las pacientes lo suficientemente estables como para recibir tocolíticos, un tercio variaron en las primeras 48 horas, un tercio en un plazo de siete días y el otro tercio con más de una semana de tiempo transcurrido desde la presentación inicial.

La muerte fetal esta dada en relación con la prematuridad, la tocólisis en este contexto, no parece ser peligrosa para el feto, pero su beneficio puede limitarse a 48 horas, como en el caso del trabajo de parto pre término no asociado con abrupcio.⁷

Cuando se utiliza la tocólisis, el sulfato de magnesio tiene menos efectos secundarios Cardio vasculares que los beta simpatico miméticos. En muchos casos de abrupcio el parto es el tratamiento de elección. Durante el parto, se ha de poner especial atención en varios parámetros maternos y fetales; el 60% de los fetos pueden exhibir signos de distrés fetal intra parto; la monitorización continua es esencial. Es importante la monitorización del estado de volumen materno; una sonda Foley para valorar con exactitud la excreción materna de orina y se debe determinar el hematocrito materno a intervalos de dos a tres horas. Los objetivos son mantener la excreción de orina a una tasa de 1 mililitro por minuto y un valor de hematocrito de al menos 30%.

El abrupcio con frecuencia estimula la cascada de la coagulación, produciendo una CID. El fibrinógeno intra vascular se convierte en fibrina mediante activación de la vía extrínseca de la coagulación. En el contexto clínico habitual, las plaquetas y los factores V y VIII de la coagulación también se ven disminuidos.

En el caso de un abrupcio de grado III, la perdida media es de 2.500 ml o más. En las pacientes con abrupcio grado II o III, se deben infundir 1.000 de cristaloides a la espera de que la sangre esté disponible; para mantener la euvolemia se han de administrar dos o tres ml de por cada 1 ml de sangre perdida.

La interrupción de la gestación se realizará por la vía más rápida sin tener en cuenta la edad gestacional, el útero debe ser evacuado lo más rápido posible, la decisión de realizar parto vaginal dependerá de que las condiciones obstétricas sean ideales para una terminación

rápida y sobre todo cuando existan signos de coagulopatía, se realizará tacto vaginal para estimar las horas que faltan para la terminación del parto, de acuerdo a las condiciones halladas (borramiento, dilatación, altura de la presentación). Además con el tacto, si hay trabajo de parto, se descarta la presencia de placenta previa.

Se romperá las bolsas de las aguas tan pronto como sea posible aun sin tener en cuenta el método de parto a emplearse, con ésta maniobra disminuye la presión intraamniótica, se reduce la extravasación sanguínea y se abrevia significativamente la duración del parto. Si éste no hubiera comenzado, se coloca infusión intravenosa continua de oxitocina.⁷

Existe una controversia acerca del modo apropiado de parto en las pacientes con abrupcio placentario por el pronóstico fetal. Una serie de pacientes acuden con el feto vivo, por lo que no esperan que el feto muera mientras se espera el parto vaginal. Las revisiones retrospectivas han mostrado una tendencia al incremento de la supervivencia fetal en pacientes sometidas a cesárea una vez que el estado materno ha sido estabilizado. En la actualidad, el uso de la monitorización fetal electrónica continua se asocia con una excelente supervivencia fetal, y la cesárea se ha observado para los casos en los que existe distrés fetal u otras indicaciones obstétricas tradicionales. La tasa de cesáreas asociadas al abrupcio oscila entre el 50 – 75%.⁵

2.1.12 COMPLICACIONES

MATERNAS

LA COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA (CID).

La CID es una complicación grave pero infrecuente (13% de los casos; 30% si hay óbito fetal) limitada a los casos de desprendimiento masivo, en general asociado con muerte fetal.

El paso de tromboplastina a la circulación desde la zona de desinserción, forzado por la hipertoniá uterina y facilitada por la alteración de la pared, y el consumo aumentado en el HRP, inducen la coagulopatía y la posterior acelerada fibrinólisis. Hay hipofibrinogenemia <150 mg/dl, aumento de los productos de degradación de la fibrina, disminución de los factores de la coagulación. Se resuelve con la extracción del feto y alumbramiento. La

hemorragia oculta con HRP trágicamente lleva en ocasiones a un diagnóstico tardío, asociándose a formas graves de DPPNI.⁴

2.1.13 CHOQUE HEMORRÁGICO.

2.1.14 RUPTURA O HIPOTONÍA UTERINA (ÚTERO DE COUVELAIRE)

Es la metrorragia que se presenta en el alumbramiento secundaria a la alteración del músculo uterino por infiltración hemática, y al agotamiento de éste derivado de la contractura mantenida. La inercia conduce rápidamente a la anemia aguda.

La mortalidad es variable, según las publicaciones, entre 0.5 al 5% y su tratamiento adecuado ha disminuido la falla renal, Necrosis isquémica de órganos distales (hepáticos, suprarrenales, hipófisis, etc.).

2.1.15 Fetales

Asfixia fetal por hipoxia

Anemia

RCIU

Anomalías del SNC

Muerte fetal.

2.1.16 RECURRENCIA.

Las pacientes con DPPNI tienen un riesgo incrementado de 10 veces en poder presentar el mismo evento en embarazos subsecuentes. Además existe un riesgo incrementado de otras patologías como parto pre término y preeclampsia. A la fecha no se ha mostrado ninguna intervención eficaz en la disminución de este riesgo. Pacientes farmacodependientes, deben ser aconsejadas del efecto secundarias que pueden producir este tipo de sustancias.⁸

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la morbilidad y mortalidad materna perinatal asociada al desprendimiento prematuro de Placenta normoinsera en pacientes ingresadas en hospital regional de Cuilapa durante el periodo comprendido de enero 2010 a diciembre del 2012.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 3.2.1 Determinar la edad de las pacientes con diagnostico de Desprendimiento Prematuro de Placenta.
- 3.2.2 Determinar la edad gestacional de las pacientes objeto de estudio. Establecer la paridad de las pacientes estudiadas.
- 3.2.3 Establecer la paridad de las pacientes estudiadas.
- 3.2.4 Identificar patologías asociadas al embarazo.
- 3.2.5 Comprobar el control prenatal de las pacientes a estudio.
- 3.2.6 Establecer la morbilidad y mortalidad fetal en pacientes con desprendimiento prematuro de placenta.

IV. MATERIAL Y METODOS

4.1 POBLACIÓN Y MUESTRA

El Universo estuvo conformado por todas aquellas pacientes gestantes mayores de 20 semanas.

La Muestra fueron 58 pacientes constituida por todas aquellas con diagnóstico confirmado de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, ingresadas para el estudio descriptivo- prospectivo del Hospital Regional de Cuilapa, con el objetivo de realizar un estudio analítico.

4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes gestantes entre 12 y 50 años de edad.
- Pacientes con más de 20 semanas de embarazo.
- Hemorragia vaginal acompañada o no de dolor
- Pacientes que presenten cambios cervicales o no.
- Pacientes con antecedente de trauma.
- El criterio de inclusión definitivo será el hallazgo de desprendimiento placentario después de cesárea, descrita en el libro de reporte operatorio.

4.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con historia de infección vaginal actual.
- Pacientes con embarazo menor de 20 semanas de gestación.
- Pacientes con diagnóstico de cérvix incompetente.

4.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	MEDICION
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha.	Edad en años referido por la paciente en la ficha clínica.	Cuantitativa	En años, Rangos de edad: Menores de 15 16- 25 años 26- 35 años 36- 45 años Mayores
EDAD GESTACIONAL	Tiempo medido en semanas desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual.	Semanas establecidas en la ficha clínica de acuerdo al examen de la paciente	Cuantitativa	En trimestres: -Segundo -Tercero
PARIDAD	Número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 20 o con un producto de peso mayor de 500g.	Número de partos referidos por la paciente en la historia clínica al ingreso	Cuantitativa	Primigesta Secundigesta Múltipara
CONTROL PRENATAL	Conjunto de actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento planificadas con el fin de lograr una adecuada gestación.	Registrado en la historia clínica haciendo referencia: SI: pacientes con 2 o más controles NO: pacientes con menos de 2 controles	Cualitativa	SI / NO
MORBILIDAD MATERNA	Lesión o incapacidad que ocurre durante el embarazo, parto o durante los 42 días posteriores al parto.	Lo referido por la paciente en la historia clínica y al examen médico	Cualitativa	Enfermedades, procedimientos quirúrgicos, traumatismos o fracturas producidas con anterioridad, reacciones alérgicas.
MORTALIDAD MATERNA	La muerte de una mujer durante el embarazo, parto	Lo reportado en la historia clínica	Cualitativa	Diagnóstico final

	o puerperio por causas relacionadas o agravadas por el embarazo, pero no por razones accidentales.			
MORBILIDAD FETAL	Patologías causadas o relacionadas por el embarazo, que se manifiestan después del nacimiento hasta el séptimo día postparto.	Lo reportado en la historia clínica según evaluación por pediatra	Cualitativa	Patologías, traumatismos
MORTALIDAD FETAL	Aquella que ocurrió entre la vigesimoctava semana de gestación hasta el séptimo día postparto.	Lo reportado en la historia clínica según evaluación por pediatra	Cualitativa	Diagnostico final

4.5 Análisis de la información

El análisis de la información se realizó de la siguiente forma:

- Para el manejo de los datos cualitativos se utilizaron porcentajes, proporciones y razones. Para el manejo de los datos cuantitativos se utilizó estadística descriptiva como: medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (rango).

4.6 METODO

- Para la toma de datos se utilizó como instrumento una ficha preelaborada de recolección de datos, en la cual se reviso la historia clínica de cada caso, incluyendo información sobre datos generales de las personas, consignándose la edad materna, edad gestacional obstétrica, antecedentes obstétricos, control prenatal, paridad, patología presente durante la gestación. El grado de separación placentaria; además se reviso el libro de ingresos a neonatología, obteniéndose datos acerca de la mortalidad fetal y neonatal, edad gestacional pediátrica, sexo, puntuación Apgar y morbilidad neonatal

4.7 MARCO OPERATIVO

A. TECNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de la información se realizó de la siguiente forma:

- La información general se obtuvo mediante una fuente indirecta ya que se realizó un análisis documental de los expedientes clínicos de las pacientes con hallazgo de desprendimiento placentario después de cesárea, descrita en el libro de reporte operatorio.
- El instrumento para la recolección de datos fue una boleta (ver anexo No. 1) las cuales fueron enumeradas en orden lógico para obtener datos sobre los siguientes aspectos: datos Generales (edad, lugar de procedencia, número de registro médico) y antecedentes obstétricos, control prenatal, paridad, patología presente durante la gestación, grado de separación placentaria.

B. TRABAJO DE CAMPO

Se realizó en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Cuilapa revisando los expedientes de las pacientes con diagnóstico postoperatorio de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, durante el período de enero del 2010 a diciembre del 2012.

C. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para el procesamiento de la información se procedió de la siguiente forma:

- **Primero:** se ordenaron las boletas según su número correlativo.
- **Segundo:** se procedió al ordenamiento de los datos para luego hacer el conteo manual de cada uno de los mismos (tabulación).

- **Tercero:** tabulados los datos se procedió a la sumatoria de cada una de las frecuencias obtenidas a través de un sistema mecánico y se utilizaron medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (rango). Para el análisis de la información se construyeron cuadros de presentación y análisis, estos últimos para analizar la información (variables).
- **Cuarto:** la información obtenida se almaceno en los programas de EXCEL Microsoft Office para la elaboración de gráficas y de cuadros

V. RESULTADOS

CUADRO 1

ANTECEDENTES GINECO- OBSTETRICOS SEGÚN LA EDAD DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA INGRESADOS AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2011

	PARIDAD					
EDAD	PRIMIGESTA		SECUNDIGESTA		MULTIPARA	
	F	%	F	%	F	%
MENOR DE 15	2	3.44	0	0	0	0
16 A 25	20	34.48	6	10.34	4	6.89
26 A 35	1	1.72	4	6.90	10	17.24
36 A 45	0	0	0	0	8	13.79
MAYOR DE 46	0	0	0	0	3	5.20
SUB-TOTAL	23	39.65	10	17.24	25	43.10
TOTAL	58					

FUENTE: Boleta de recolección

CUADRO 2

CONTROL PRENATAL SEGÚN PARIDAD DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA INGRESADOS AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2011

CONTROL PRENATAL	PRIMIGESTA		SECUNDIGESTA		MULTIPARA	
	F	%	F	%	F	%
SI	15	25.86	8	13.79	11	18.96
NO	8	13.79	2	3.45	14	24.13
SUB-TOTAL	23	39.65	10	17.24	25	43.10
TOTAL	58					

FUENTE: Boleta de recolección

CUADRO 3

GRADO DE DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA INGRESADOS AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2011

	DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO						
TRIMESTRE	GRADO I		GRADO II		GRADO III		TOTAL
	F	%	F	%	F	%	
SEGUNDO TRIMESTRE	0	0	0	0	2	3.4	2
TERCER TRIMESTRE	34	58.6	21	36.2	1	1.7	56
SUB-TOTAL	34	58.6	21	36.2	3	5.17	58
TOTAL	58						

FUENTE: Boleta de recolección

CUADRO 4

**PRESENTACION CLINICA DEL CUADRO SEGUN LA EDAD GESTACIONAL DE LAS
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA
NORMOINSERTA INGRESADOS AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2011**

PRESENTACION CLINICA DEL CUADRO	TRIMESTRE DEL EMBARAZO			
	SEGUNDO TRIMESTRE		TERCER TRIMESTRE	
HEMORRAGIA VAGINAL CON DOLORES TIPO PARTO	F	%	F	%
	0	0	32	55.17
HEMORRAGIA VAGINAL SIN DOLORES TIPO PARTO	0	0	20	34.48
TRAUMATISMO CON HEMORRAGIA VAGINAL	0	0	2	3.44
TRAUMATISMO SIN HEMORRAGIA VAGINAL	0	0	1	1.72
HIPERTONIA UTERINA	2	3.44	1	1.72
SUB-TOTAL	2	3.44	56	96.55
TOTAL	58			

FUENTE: Boleta de recolección

CUADRO 5

PATOLOGIA MATERNA ASOCIADA A EMBARAZO RELACIONADA A DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA INGRESADOS AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2011

PATOLOGIA	GRADO DE DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO					
	GRADO I		GRADO II		GRADO III	
	F	%	F	%	F	%
NINGUNA	33	56.89	20	34.48	0	0
HIPERTENSION INDUCIDA AL EMBARAZO	0	0	0	0	1	1.72
ECLAMPSIA	0	0	0	0	1	1.72
TRAUMATISMO	1	1.72	1	1.72	1	1.72
SUB-TOTAL	34	58.6	21	36.2	3	5.17
TOTAL	58					

FUENTE: Boleta de recolección

CUADRO 6

MORBILIDAD FETAL SEGÚN SEXO Y GRADO DE DESPRENDIMIENTO PLACETARIO DE PLACENTA DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA INGRESADOS AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2011

	GRADO I		GRADO II		GRADO III		SUB-TOTAL
	F	%	F	%	M	%	
MORBILIDAD							
NINGUNA	33	56.89	18	31.03	0	0	51
PREMATUREZ	1	1.72	2	1.72	0	0	3
ASFIXIA PERINATAL	0	0	1	1.72	1	1.72	2
OBITO FETAL	0	0	0	0	1	1.72	1
MORTINATO	0	0	0	0	1	1.72	1
SUB-TOTAL	34	58.62	21	36.20	3	5.17	58
TOTAL	58						

FUENTE: Boleta de recolección

VI. DISCUSION Y ANALISIS

El presente estudio se efectuó con todos los casos de desprendimiento prematuro de placenta: consecuencias maternas perinatales que ocurrieron en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa durante el periodo del 1 de enero al 30 de diciembre de 2011. En una primera fase del estudio se revisaron historias clínicas de pacientes con hallazgo de desprendimiento placentario después de la realización de cesárea, descrita en el libro de reporte operatorio; en el estudio de un total de 6723 nacimientos registrados, se identificó 58 casos de desprendimiento prematuro de placenta del cual el 51.72% se encontraba entre las edades de 16-25 años, (cuadro 1) con un promedio de edad de 20.5 años, siendo el valor máximo 47 años y el mínimo de 12 años, estos datos guardan relación con la literatura ya que dentro de ese período, las mejores condiciones de fertilidad se dan normalmente desde los 20 años de edad, cuando las posibilidades de conseguir el embarazo se reducen considerablemente luego de los 35 años; en cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos, se refleja que 39.65% de las pacientes eran primigestas y 43.10% multiparas, encontrándose según literatura que el aumento de la paridad corre paralelo con el aumento de incidencia de desprendimiento, sobre todo a partir del quinto hijo, la explicación es que mujeres que han tenido pérdida fetal, no es raro que intente otra gestación, también ésta paridad corre paralelo con la edad materna.¹⁹

El nivel de escolaridad de las pacientes el 36.21% son analfabetas (21) y el estado civil el mayor porcentaje (36.21) pertenece a casadas, haciendo referencia que en nuestra sociedad en la población femenina existe el mayor índice de analfabetismo (2,1) y por ende son acompañadas a menor edad.

Al hacer referencia del control prenatal (cuadro 2), según la paridad de las pacientes, 32 obtuvieron y 26 no tuvieron, correspondiendo en mayor porcentaje de estas el 17.24 en pacientes multíparas.

En cuanto al grado de desprendimiento placentario (cuadro 3) los casos reportados en su mayoría (96.55%) se encontraban en el tercer trimestre del embarazo con un total de 56 pacientes, obteniendo 34 casos (58.6%) con desprendimiento grado I, 21 pacientes (36.2%) con desprendimiento grado II y 1.7% con desprendimiento grado III. Además se establece que la presentación clínica según la edad gestacional de las pacientes (cuadro 4) el 55.17% (32) tenían hemorragia vaginal con dolores tipo parto a su ingreso a emergencia; el 34.48% (20) presentaban hemorragia vaginal sin dolores tipo parto, 3 pacientes (5.17) con antecedente de traumatismo de las cuales 2 presentaron hemorragia vaginal y una sin

asociación de la misma; un (1.72%) se registro con hipertoniá uterina. En nuestro estudio, la hemorragia genital se manifestó mediante el signo de líquido amniótico teñido, el dolor no fue intenso y solo se produjo un caso de hipertoniá uterina; comparado con la población general las gestantes con desprendimiento prematuro de placenta normoinsera presentan la triada clásica.^{1, 2, 6,7}

Al hacer referencia a la morbilidad fetal en relación al sexo y grado de desprendimiento placentario el 87.93% correspondiente a 51 recién nacidos no presentaron ninguna patología, siendo el sexo masculino 32 casos el predominante lo cual se relaciona con otros estudios; se obtuvieron 3 casos de prematurez, además de 2 casos de asfixia perinatal y como causa grave 2 casos correspondiendo a mortinato y óbito fetal, estos relacionados con desprendimiento placentario grado III; datos comparados con la población general ya que las pacientes con desprendimiento placentario presentan en forma significativa mayor probabilidad de sufrimiento fetal agudo, prematuridad siendo las indicaciones de la cesárea de emergencia.²

6.1 CONCLUSIONES

6.1.1 La morbilidad y mortalidad materna perinatal asociada al desprendimiento prematuro de placenta normoinsera se encontró que el 3.44% presentan una patología asociada, siendo esta la hipertensión inducida al embarazo, eclampsia, 3 pacientes (5.17%) con antecedente de traumatismo; no encontrando ningún caso de mortalidad materna u otra complicación materna grave.

6.1.2 La edad más frecuente se encuentra entre las edades de 16-25 años (51.72%) con un promedio de edad de 20.5 años, siendo el valor máximo 47 años y el valor mínimo de 12 años.

6.1.3 La edad gestacional encontrada en las pacientes fue durante el tercer trimestre correspondiendo al 96.5% comprendiéndose este entre las 28 y 40 semanas.

6.1.4 La paridad de las pacientes es del 39.65% corresponde a primigestas y 22.43% trigestas.

6.1.5 La patología materna asociadas al embarazo corresponden a 3.44% (2) encontrándose relación con hipertensión inducida al embarazo, eclampsia.

6.1.6 En el control prenatal de las pacientes el 55.17% si obtuvieron el mismo, encontrándose 26 pacientes que no llevaron.

6.1.7 Del total de recién nacidos producto de cesárea obtenidos en el estudio, el 87.93% no presentaron ninguna patología, obteniéndose 3 casos (5.16%) de prematuridad, 2 casos de asfixia perinatal y como complicación de desprendimiento, 2 casos correspondiendo a mortinato y óbito fetal.

6.2 RECOMENDACIONES

6.2.1 El control prenatal temprano y cuidadoso, evita los factores de riesgo, el reconocimiento temprano y adecuado de las condiciones maternas tales como diabetes, hipertensión, y los demás factores de riesgo asociados con el aborto de placenta.

6.2.2 Incorporar ayuda social para incentivar a las mujeres asistir al control prenatal oportuno y tener un efectivo cuidado prenatal.

6.2.3 Mejorar la calidad asistencial de la paciente obstétrica con riesgo y /o presencia de hemorragia, promoviendo el uso de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible que puedan aplicarse en la mayoría de unidades hospitalarias.

6.2.4 Considerar la realización de ultrasonido de segundo y tercer nivel como herramienta de apoyo para la vigilancia y manejo de las pacientes con riesgo y/o presencia de hemorragia obstétrica, sin sustituir el criterio médico y de acuerdo a las características específicas de cada paciente.

6.2.5 Concientizar a la población femenina en cuanto a planificación familiar para la prevención de embarazos a edades muy tempranas y por arriba de los 35 años, ya que esto contribuye a mayores factores de riesgo para patologías asociadas al embarazo.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arias, Fernando."Guía Práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo". Mosby/Doyma Libros. Segunda edición. Barcelona, Madrid. 2003
2. Berek, Jonathans, MD, MMSc. Ginecología de Novak. Trad. F García Roig. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 13 ed. México. 2005. p.571-599.
3. Cabero Lluís. "Riesgo elevado obstétrico". Ed. Masson S.A. 2da edición. Pág: 118 – 129. Barcelona. España. 1.996.
4. Calvo C, Rafael. "Frecuencia de desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada asociado a preeclampsia". Rev. Méd. Dom 2006. Vol.68 No. 2.
5. Carrera José y Colaboradores. "Protocolos de Obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Dexeus". Ed: Masson S.A. 3era ed. Pág: 342. Barcelona. España. 2000.
6. Estudio prospectivo y Retrospectivo en el hospital Gineco- Obstétrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil. Desprendimiento prematuro de placenta Normoinserta. 2001-2002.
7. Frederickson, Helen. Louise Wilkins: "Secretos de la Ginecoobstetricia". Ed. McGraw Hill Interamericana. 2da ed. México. Mayo 2001. Pág: 330 – 332.
8. Gabbe, Steven. Jennifer Niebyl: "Normalidad y Complicaciones en el embarazo". Obstetricia, Ed. Marbán, 3era ed. Madrid. España, 2.000, Pág: 227 – 231.
9. Gleicher, Norbert, Louis Bultino, "Tratamiento de las complicaciones clínicas del Embarazo", Editorial médica Panamericana, 3era ed. Buenos Aires, Argentina, 2000. Pág: 1405 – 1406.
10. Gómez R, Oyarzún E, Vargas JE: Ecografía Transvaginal en el Diagnóstico de Placenta Previa. Rev Chil Obstet Ginecol 1992; 57(1): 44-46.

11. Graf, Von. Separación prematura de la placenta, hallazgos clínicos y monitoreo fetal. Geburtshilfe- Frauenheilkd 1994; 54 (1): 27-33.
12. INE (Instituto Nacional de Estadística, GT). 2007. INE: base de datos censo poblacional 2007 (en línea). Guatemala. [Http://www.ine.org.gt](http://www.ine.org.gt)
13. Lambrou, Nicolás, Abraham Morse. "Johns Hopkins. Ginecología y Obstetricia", Editorial: Marbán, Edición original. Madrid. España, 2001. Pág: 102 – 104.
14. Martell A. Astorga A. Hemorragias de la segunda mitad del embarazo. Obstetricia moderna. Tercera edición, Madrid: McGraw Hill-Interamericana; 1999:251-61.
15. Mongrut, Steane Andres. "Complicaciones en el embarazo". Tratado de obstetricia. 3ra de Tomo II pag 731-744.
16. Pérez Sánchez, Alfredo; Donoso Soña, Enrique. "Metrorragias de la segunda mitad de la gestación". Obstetricia. Publicaciones Técnicas Mediterraneo. Tercera edición, 1999. Santiago de Chile 581-593.
17. Plan estratégico: reseña histórica. Cuilapa, GT, Hospital Regional de Cuilapa/MSPAS. 4 p. Sin publicar.
18. Ramos, Gustavo y Colaboradores: "Embarazo, Parto y Recién Nacido de Alto Riesgo". Quito. Ecuador, 1.982. 1era ed. Pág: 63 – 67.
19. Rodrigo Cifuentes, Obstetricia basada en la evidencia, a brutiodeplacenta 2002.
20. Rosenvasser EB. Tratado de Obstetricia. 2^{da}. Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1964. 338-360.
21. Schwarcz, Ricardo. Obstetricia. Editorial El ateneo. Argentina, 2000. Cappag 229-233

22. Santiago, Dexeus." Hemorragias obstétricas". Patología obstétrica Vol. II.Salvat editores, S.A. Segunda edición. Barcelona, Madrid. 1987.
23. Uranga, Imaz. "Desprendimiento Prematuro de placenta Normoinserta". Obstetricia Práctica. Quinta Edición 1985.
24. Usandizaga, JA. Tratado de obstetricia y Ginecología. McGraw Hill-interamericana. Vol I: 287-96
25. Vargas JE. Metrorragia de la segunda mitad del embarazo. Escuela de Medicina, Universidad Pontificia de Chile.
26. Williams. "Hemorragia del tercer trimestre". Obstetricia. McGraw Hill-Interamericana. México. 2004.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA: CONSECUENCIAS MATERNO PERINATALES.

No. De boleta

No Reg. Clínico

DATOS GENERALES:

Edad: años

34

Estado Civil 1. Soltera 2. Casada 3. Unida 4. Divorciada 5. Viuda

Lugar de procedencia:

Ocupación:

Escolaridad:

1. Analfabeta 2. Primaria completa 3. Primaria Incompleta 4. Secundaria Completa 5. Secundaria Incompleta 6. Diversificado 7. Diversificado Incompleto 8. Grado Universitario

DATOS GINECO-OBSTETRICOS:

Gestas:

Cesáreas:

Partos vaginales:

Abortos:

Semanas de Gestación:

Control Prenatal: 1. Si 2. No

Número de controles

Antecedente patológico:

Presentación clínica del cuadro:

1. Hemorragia Vaginal con dolores tipo parto 2. Hemorragia vaginal sin dolores tipo parto 3. Traumatismo 4. Hipertonía Uterina

Grado de Desprendimiento Placentario post operatorio:

1. Grado I 2. Grado II 3. Grado III

Patología materna asociada a embarazo:

DATOS DEL RECIÉN NADIDO:

Recién vivos:

Recién muertos:

Edad Gestacional:

Sexo Masculino:

Femenino:

Puntuación Apgar:

Morbilidad Fetal:

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada “Desprendimiento prematuro de placenta: consecuencias materno perinatales” para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.