



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**REPERCUSIONES MATERNAS Y PERINATALES DEL
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA
NORMOINSERTA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
LAS MERCEDES – CHICLAYO, PERÍODO ENERO –
DICIEMBRE DEL 2015**

TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO DE OBSTETRA

AUTORA
DIANA KATERINE BANCES NEVADO

ASESOR
DR. OSCAR FELIPE ROMERO GONZÁLES

CHICLAYO - PERU
2017

DEDICATORIA

A Dios, padre por la vida y la salud que me otorga, por ayudarme a seguir subiendo peldaño a peldaño, para lograr cada uno de mis metas.

A mis Padres “Antonio y Yolanda” por su cariño y confianza depositada en mí, por su lucha diaria y por permitirme consolidarme como una profesional.

.

DIANA KATERINE

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Oscar Felipe Romero Gonzáles por haber aceptado brindarme su asesoría en esta investigación.

Al Director Hospital Regional Docente Las Mercedes Dr. Jhon Joo Salinas por las facilidades brindadas para el desarrollo del presente Informe Final de Tesis.

A cada una de las personas que me apoyaron a culminar con éxito esta investigación.

LA AUTORA

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	02
AGRADECIMIENTO	03
INDICE	04
RESUMEN	05
ABSTRACT	06
I. INTRODUCCIÓN	07
1.1 Marco Teórico	07
a. Situación Problemática	07
b. Antecedentes bibliográficos	08
c. Base Teórica	12
1.2 Problema	18
1.3 Objetivos	18
1.4 Justificación de la Investigación	19
1.5 Variables: Operacionalización	20
II. MATERIAL Y MÉTODOS	22
2.1 Tipo de Investigación	22
2.2 Diseño de Contrastación	22
2.3 Población y muestra	22
2.4 Técnicas e instrumentos de Recolección de Datos	23
2.5 Procedimiento	23
2.6 Análisis Estadísticos de los Datos	24
III. RESULTADOS	25
IV. DISCUSIÓN	33
V. CONCLUSIONES	38
VI. RECOMENDACIONES	39
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	44

RESUMEN

Con el objetivo de determinar las Repercusiones maternas y perinatales del Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinsera en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, período enero – diciembre del 2015. Se realizó el presente estudio de tipo Retrospectivo, Descriptivo y Transversal, cuyo diseño fue de una sola casilla. La población la constituyeron 25 pacientes que cursaron con un cuadro de Desprendimiento Prematuro de Placenta registrados en las Historias Clínicas del Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital en mención.

Los principales resultados fueron:

- La frecuencia de Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinsera en el período de estudio fue 0.7%.
- Las madres se caracterizaron por ser en su mayoría añosas (32%), procedentes de zonas urbano - marginales (40%), con estudios secundarios (60%), convivientes (56%) amas de casa (84%).
- Dentro de las Características obstétricas maternas se halló una mayor prevalencia en aquellas con edades gestacionales entre 28 a 36 semanas (60%), multípara (44%) y con ≤ 6 atenciones prenatales (56%).
- En relación al grado de Desprendimiento Placentario el mayor porcentaje fue para el grado I (60%), el grado II (24%) y el grado III (16%).
- Dentro de las Repercusiones Maternas reportadas se halló: Shock hipovolémico e Histerectomía (12% cada una). La atonía uterina y el Útero de Couvelaire (4%).
- Dentro de las Repercusiones Perinatales reportadas se halló: Asfixia Perinatal y óbito fetal (16% c/u)

Palabras claves: repercusiones maternas, perinatales, desprendimiento prematuro de placenta.

ABSTRACT

Aiming to determine the maternal and perinatal effects of Placenta Premature Placenta Normoinserta in the Las Mercedes - Chiclayo Teaching Regional Hospital, from January to December, 2015. The present retrospective, descriptive and cross - sectional study was carried out. A Single Box. The population consisted of 25 patients who were enrolled in a Placenta Normoinserta Placenta Premature Registry registered in the Clinical Histories of the Gineco - Obstetrics Service of the Hospital in question.

The main results were:

- The frequency of Placenta Premature Placement in the study period was 0.7%.
- Mothers were mostly aged (32%), from urban marginal areas (40%), with secondary education (60%), cohabiting (56%) housewives (84%).
- Among the maternal obstetric characteristics, a higher prevalence was found in those gestational ages between 28 and 36 weeks (60%), multiparous (44%) and with ≤ 6 prenatal care (56%).
- Regarding the degree of placental detachment, the highest percentage was for grade I (60%), grade II (24%) and grade III (16%).
- Among the reported maternal repercussions were: hypovolemic shock and hysterectomy (12% each). Uterine atony and Couvelaire's uterus (4%).
- Among the Perinatal Implications reported were: Perinatal asphyxia and fetal death (16% c/u).

Key words: maternal repercussions, perinatal, placental abruption.

I. - INTRODUCCIÓN

1.1 Marco Teórico

a) Situación Problemática

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta o abruptio placentae es una catástrofe obstétrica que conlleva un alto riesgo materno-fetal, el diagnóstico y la interrupción oportuna del embarazo disminuyen de forma importante la morbilidad perinatal. Estableciéndose una de las principales causas de morbilidad materna, fetal y neonatal; hallazgos epidemiológicos señalan que es una complicación relativamente frecuente, aunque con variaciones en su incidencia en diversos países como Guatemala, donde ocurre en aproximadamente el 6% a 8% de todos los embarazos. (1) Mientras que en España es una de las principales causas de hemorragia en la segunda mitad de la gestación y complica aproximadamente del 0.4% al 1% de los embarazos (2) y su incidencia parece estar aumentando, posiblemente debido al aumento en la prevalencia de sus factores de riesgo. Del 40 al 60% de desprendimientos ocurren antes de las 37 semanas de gestación y el 14% antes de las 32 semanas. (3)

A pesar de los importantes avances diagnósticos y terapéuticos, sigue presentándose como un accidente imprevisible asociado a una alta tasa de morbilidad y mortalidad perinatal. (2)

Hay muchas posibles complicaciones fetales y neonatales de desprendimiento prematuro de placenta. (4) (5) (6) La morbilidad perinatal y la tasa de mortalidad asociada con el desprendimiento son tan altas como 20% a 40%, que representan el 15% de las muertes perinatales. (7) (8) (9) (10) (11)

El interés del presente estudio descriptivo-retrospectivo 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.

Es preciso destacar que durante el año 2014, la incidencia de Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinsera fue 0.5%. (12). Estimación que concuerda con lo antes descrito.

b) Antecedentes bibliográficos

Internacionales

Velásquez M (Ecuador) (2015). (13) El estudio se realizó en una población de mujeres con diagnóstico de desprendimiento prematuro

de placenta normoinserta, donde se encontró una incidencia de 332 casos con esta patología en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C Sotomayor durante el periodo del 2014.

Calderón A (México) (2014). (14) Efectuaron un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo, con el objetivo de describir los resultados neonatales y las complicaciones maternas en pacientes que presentaron abrupcio placentae en el HGO del Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMIEM). Hallando que, la edad promedio del grupo de estudio estuvo entre 21 y 35 años (61.6%), el 20.9% fueron mujeres mayores de 35 años, el 17.4% menores de 20 años, el 33.7% eran primigestas y el 66.3% multigestas. Entre los principales factores de riesgo el 34.6% presentó cuadros hipertensivos del embarazo, seguido por la rotura prematura de membranas con un 22.1%. De los síntomas que las llevaron al hospital, el sangrado transvaginal fue el predominante con un 25.6%, hipertoniá uterina un 22.1% y el 10.5% de las pacientes ingresaron sin cuadro clínico de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Las complicaciones que se presentaron fueron: choque hipovolémico el 15.1%, útero de Couvelaire el 8.1%, atonía uterina el 5.8%, y el 69.8% de las pacientes evolucionaron sin complicaciones; al 1.2% se les realizó histerectomía obstétrica. La vía de nacimiento fue en su mayoría abdominal con un 97.7 y el 2.3% por vía vaginal. La tasa de

mortalidad perinatal fue del 10.5%, de esta el 8.1% fueron muertes fetales. Se reportaron 2 muertes maternas cuya causa directa de la muerte no fue el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera sino complicaciones debidas a preeclampsia-eclampsia.

Cerón L (Guatemala) (2014). (1) Realizaron un estudio con el objetivo de determinar la morbilidad y mortalidad materna perinatal asociada al desprendimiento prematuro de placenta normoinsera en el departamento de Ginecología - Obstetricia del Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa, durante el periodo 2010 - 2012, en el cual se incluyeron a todas las pacientes con diagnóstico confirmado de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera. La información se obtuvo mediante una fuente indirecta, analizando los expedientes clínicos de las pacientes. Hallando que 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 atención 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.

Yépez R (Ecuador) (2013). (15) Efectuó un estudio retrospectivo, descriptivo, de diseño no experimental, la recolección de la información fue extraída de las historias clínicas del departamento de estadísticas, cumpliendo con criterios de inclusión y exclusión y en base a variables seleccionadas. La muestra seleccionada fue de 128 mujeres con embarazo de 32 a 36 semanas diagnosticadas al ingreso con hemorragias por desprendimiento prematuro de placenta con el 53.90%, placenta previa 42.96% y rotura uterina 0.78%. Observando anemia en 48.43% e hipertensión arterial en un 25% fueron los factores de mayor riesgo, entre las complicaciones materna el 96,87% fue anemia aguda y las complicaciones perinatales; la taquicardia, bradicardia e irregularidades de los latidos fetales en un 91.3%, según el Apgar el 7.03% fueron óbitos, el 17.96% deprimidos graves y el 28.95% deprimidos, referente a la edad y paridad la mayor frecuencia fue de 39.06% en mayores de 31 años, las multíparas en el 45.31%, referente al estado civil y nivel de

escolaridad el 57.03% fueron de unión libre y el 43.75% de secundaria y de acuerdo al número de controles pre-natales encontramos apenas el 28.90% registró más de 5.

* No se reportaron antecedentes Nacionales ni locales.

c) Base teórica

El Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta es la separación parcial o total, de la placenta normalmente insertada, después de las 22 semanas de gestación y antes del alumbramiento.
(16)

La frecuencia es alrededor de 1 en 100 a 200 partos. Se ha reportado una tasa de recurrencia de 10% después de un episodio y 25% después de dos episodios. (Nivel de Evidencia II-2) (17)

Diagnóstico Clínico (17)

Los hallazgos clínicos típicos incluyen la tríada de: Sangrado uterino externo, hipertoniá uterina y distrés fetal y/o muerte fetal.

Factores de Riesgo. (17)

- Trastornos Hipertensivos del embarazo.
- Historia de desprendimiento prematuro de placenta.
- Multiparidad (Principalmente la Gran Multiparidad).
- Edad materna mayor de 35 años.

- Tabaquismo.
- Uso de Drogas (Principalmente cocaína).
- Trauma Abdominal.
- Ruptura de Membranas Pretérmino prolongado.
- Trombofilias.
- Descompresión uterina rápida después de un parto del primer feto en un embarazo múltiple o ruptura de Membranas en un embarazo con Polihidramnios.
- Miomatosis uterina.

El DPP puede clasificarse en 3 grados de acuerdo a los hallazgos clínicos y de laboratorio:

CLASIFICACIÓN (17)

Grado 1:

- Sangrado vaginal Leve.
- Irritabilidad uterina.
- Signos vitales maternos normales.
- Nivel de Fibrinógeno normal.
- Monitoreo Fetal con patrón normal.

Grado 2:

- Sangrado vaginal Leve a Moderado.

- Contracciones uterinas frecuentes que pueden llegar a ser tetánicas.
- La presión sanguínea materna se mantiene normal aún, pero aumenta la frecuencia cardíaca y puede haber signos de Ortostatismo.
- El nivel de Fibrinógeno puede estar descendido.
- El Monitoreo muestra signos de compromiso Fetal.

Grado 3:

- Sangrado vaginal Moderado a Severo, puede permanecer oculto hasta en un 20%.
- El útero está tetánico y marcadamente doloroso.
- Compromiso hemodinámico materno marcado, que puede llegar al Choque.
- Signos clínicos y/o laboratoriales de Coagulopatía de consumo.
- El feto suele estar muerto.

Los criterios de Coagulopatía de Consumo, incluyen: 5

- Recuento Plaquetario menor a 100000.
- Tiempo de Protrombina y Parcial de Tromboplastina prolongados.
- Fibrinógeno menor a 100mg/dL.
- Incremento de los Productos de Degradación de la Fibrina.
- Presencia de Esquistocitos en Lámina Periférica.

Definiciones de términos

▪ Asfixia Perinatal:

Definida como la agresión producida al feto o al recién nacido alrededor del momento del nacimiento por la falta de oxígeno y/o de una perfusión tisular adecuada. Esta condición conduce a una hipoxemia e hipercapnia con acidosis metabólica significativa. (18)

▪ Óbito Fetal:

También llamado muerte fetal intraútero. Es la muerte en el útero del feto en desarrollo, después de la semana 20 o de fetos con peso mayor de 500 g, lo cual correspondería a un feto de 22 semanas de gestación, lo anterior, en caso de no conocerse la edad de gestación por otro método. (19) El feto no muestra signos de vida al nacimiento (20), ni responde a las maniobras de reanimación y no corresponde a una terminación inducida del embarazo. (19)

▪ Shock hipovolémico:

Anormalidad del Sistema circulatorio que provoca una perfusión y oxigenación tisular inadecuada. (21) La causa más frecuente es la hemorragia aguda. Ocasionada por la pérdida de sangre, líquidos y electrolitos, fenómenos muy comunes en el paciente quirúrgico, o con trauma. Esta hemorragia puede ser exógena o endógena; en el

caso de la primera ocurre sangrado por una herida externa, en la endógena, hay pérdidas confinadas al interior del cuerpo, como en un hematoma retroperitoneal, o cuando hay secuestro de líquido en un "tercer espacio". (21) (22)

▪ **Histerectomía:**

Es la cirugía para extirpar el útero (matriz) de una mujer. (23)

▪ **Útero de Couvelaire:**

Es una de las complicaciones del desprendimiento placentario prematuro en su forma más grave. Dependiendo del grado de separación entre la superficie placentaria y la pared uterina (Clasificación de Page), las manifestaciones clínicas evolucionarán según la gravedad; se iniciarán con el hallazgo de separación meramente incidental en un parto sin complicaciones (grado 0), dolor abdominal leve, hemorragia en menor cantidad, coágulos, pero con feto íntegro (grado I). El grado II corresponde a una separación de entre 30 y 50% de la pared placentaria y pared uterina, dolor abdominal, coágulos, hemorragia mixta (Interna y externa) y afectación al feto con mortalidad de 20-30%. En el grado III se repite este cuadro clínico, pero su diferencia estriba en que es de comienzo abrupto, con afectación materno-fetal importante, por la añadidura de anemia y probable choque. En todos los casos el feto está muerto. (24)

▪ **Cesárea:**

Intervención quirúrgica mediante la cual se extrae el producto de la concepción mayor de 22 semanas a través de una incisión en la pared abdominal (Laparotomía) y de pared uterina (histerotomía), cuando existen indicaciones fetales y/o maternas que contraindican la vía vaginal (como es el caso del Desprendimiento Prematuro de Placenta) y con el fin de evitar complicaciones fetales. (25)

▪ **Cesárea de Emergencia:**

Aquella que se indica de manera imprevista por la presencia de una patología que obliga la culminación del embarazo en la brevedad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones. (25)

▪ **Repercusión:**

Influencia de determinado evento en un asunto o efecto que causa en él. (26)

1.2 Problema:

¿Cuáles son las Repercusiones maternas y perinatales del Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, período enero – diciembre del 2015?

1.3 Hipótesis:

Implícita

1.4 Objetivos:

Objetivo General:

Determinar las Repercusiones maternas y perinatales del Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, período enero – diciembre del 2015.

Objetivos Específicos:

1. Identificar la frecuencia de Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta.
2. Determinar las características socio - demográficas maternas.
3. Determinar las Características obstétricas maternas.
4. Identificar el Grado de Desprendimiento Placentario.
5. Identificar las Repercusiones Maternas.
6. Identificar las Repercusiones Perinatales.

1.5 Justificación de la Investigación:

Como se sabe el Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta es una complicación usual en la práctica médica, pudiendo ampliar su incidencia a nivel de morbilidad materna y fetal.

Por ello, teniendo en cuenta que en nuestro medio, los resultados frente a los programas de prevención contra las posibles complicaciones dentro del embarazo son muy pobres, es necesario ahondar más en estudios de esta patología que genera grandes complicaciones y con ello aumenta el índice de morbilidad tanto materna como perinatal en nuestra población.

Debido a ello, nace el interés en realizar la presente investigación con el único propósito de contar con estimaciones reales sobre las Repercusiones Maternas y Perinatales del Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta, para plantear estrategias de acción en la práctica diaria.

1.6 Variables:

Repercusiones Maternas y Perinatales del Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta.

Operacionalización de Variables

Variables	Dimensión	Indicadores	Sub indicadores	Escala
Repercusiones Maternas y Perinatales del Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta	Repercusiones Maternas	– Shock hipovolémico – Útero de Couvelaire – Atonía uterina – Histerectomía	SI NO	Nominal
	Repercusiones Perinatales	– Asfixia Perinatal – Óbito Fetal – Mortinato	SI NO	Nominal
	Grado de Desprendimiento Placentario	Grado I Grado II Grado III	SI NO	Nominal

Variables Intervinientes

Variables	Definición Operacional	Dimensión	Escala	Indicador
Características Socio Demográficas	Cada uno de los datos Epidemiológicos de la madre	Edad	De Razón	< 17 18 – 23 24 – 29 30 – 35 > 35
		Zona de Procedencia	Nominal	Urbana Urbana – Marginal Rural
		Grado de Instrucción	De Intervalo	Primaria Secundaria Superior
		Estado Civil	Nominal	Casada Conviviente Soltera
		Ocupación	Nominal	Ama de casa Estudiante Independiente Empleada Profesional
Características Obstétricas	Corresponderá a los datos Obstétricos consignados en la Ficha clínica	Edad Gestacional	De Razón	28 – 36 37 – 41
		Paridad	Ordinal	Primípara Multípara Gran Multípara
		Atención Pre Natal	Nominal	Adecuada (> de 6) Inadecuada (< 6)

II.- MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Retrospectivo, Descriptivo y Transversal. (27)

2.2 DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS:

De Una Sola Casilla (27)

2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población muestral:

Estuvo constituida por todas las pacientes que cursaron con un cuadro de Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinsera registrados en las Historias Clínicas del Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo, que cumplieron con los siguientes criterios de selección.

Criterios de Inclusión

- Pacientes gestantes ≤ 17 a > 35 años de edad.
- Pacientes $\geq$ a 22 semanas de embarazo.
- Hemorragia vaginal acompañada o no de dolor
- Pacientes que presenten cambios cervicales o no.
- El criterio de inclusión definitivo será el hallazgo de desprendimiento.

Criterios de Exclusión

- Pacientes con historia de infección vaginal.
- Pacientes con diagnóstico de cérvix incompetente.

Muestra: No se utilizó muestra ya que se trabajó con la población universo que fueron 25.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Como técnicas de recolección de datos se utilizó la Observación directa e indirecta, así como la observación estructurada. También se utilizó el fichaje como técnica auxiliar, registrando los datos en los instrumentos llamados "Fichas". (Ver Anexo).

2.5 PROCEDIMIENTO:

Luego de obtener el permiso correspondiente del Hospital antes mencionado y la respectiva aprobación del Proyecto de Tesis, se procedió a la respectiva recolección de datos en archivo de Historias Clínicas.

Los datos requeridos fueron plasmados en la ficha clínica, posteriormente estos fueron procesados y consignados en cuadros estadísticos con sus respectivas frecuencias relativas y porcentuales para su posterior análisis.

2.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS:

Se utilizó el paquete estadístico SPSS Versión 21. Los datos fueron descritos en cuadros estadísticos de Una entrada. El análisis de los mismos se realizó a través de cifras relativas y porcentuales.

III.- RESULTADOS

CUADRO N° 1:

En el siguiente cuadro se puede apreciar que la frecuencia de Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta en el período Enero a diciembre del 2015 fue 0.7%.

CUADRO N° 2:

Dentro de las características socio demográficas maternas se puede observar que prevalecieron las madres mayores de 35 años en el 32%, procedentes de zonas urbano - marginales en el 40%, con estudios secundarios en el 60%, convivientes en el 56% y amas de casa en el 84% de los casos.

CUADRO N° 3:

En lo que atañe a las características obstétricas maternas se puede apreciar que la mayoría tenían edades gestacionales entre 28 a 36 semanas en el 60%, fueron multíparas en el 44% y tenían ≤ 6 atenciones prenatales en el 56% respectivamente.

CUADRO N° 4:

Respecto al grado de Desprendimiento Placentario el mayor porcentaje fue para el grado I con el 60%, seguido del grado II con el 24% y el grado III con el 16%.

Cuadro N° 5:

En el subsecuente cuadro se puede apreciar que las Repercusiones Maternas, las cuales fueron 08, dándonos una frecuencia del 32%, siendo las más frecuentes el Shock hipovolémico y la Histerectomía con el 12% cada una. La atonía uterina y el Útero de Couvelaire fueron las menos frecuentes con iguales porcentajes (4%).

Cuadro N° 6:

En el siguiente cuadro se puede apreciar que las Repercusiones Perinatales fueron 08, arrojando una frecuencia del 32%. En lo que atañe a las repercusiones perinatales podemos advertir que la más frecuente fue la Asfixia Perinatal y óbito fetal en el 16% cada uno.

CUADRO N° 1

**FRECUENCIA DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA
NORMOINSERTA
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO
ENERO – DICIEMBRE 2015**

TOTAL DE PARTOS	N°	%
	3774	100%
DPP	25	0.7

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

CUADRO N° 2

**CARACTERÍSTICAS SOCIO - DEMOGRÁFICAS MATERNAS DE LAS
PACIENTES CON DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO
ENERO – DICIEMBRE 2015**

N = 25		
EDAD	Nº	%
≤ 17	03	12.00
18 – 23	06	24.00
24 – 29	05	20.00
30 – 35	03	12.00
> 35	08	32.00
ZONA DE PROCEDENCIA	Nº	%
Urbana	08	32.00
Urbana - Marginal	10	40.00
Rural	07	28.00
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nº	%
Primaria	05	20.00
Secundaria	15	60.00
Superior	05	20.00
ESTADO CIVIL	Nº	%
Casada	07	28.00
Conviviente	14	56.00
Soltera	04	16.00
OCUPACION	Nº	%
Ama de casa	21	84.00
Empleada	02	08.00
Estudiante	02	08.00

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

CUADRO N° 3

**CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS MATERNAS DE LAS PACIENTES
CON DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO
ENERO – DICIEMBRE 2015**

N = 25		
EDAD GESTACIONAL	Nº	%
28 – 36	15	60.00
37 – 41	10	40.00
PARIDAD	Nº	%
Primípara	08	32.00
Múltipara	11	44.00
Gran Múltipara	06	24.00
ATENCIÓN PRE NATAL	Nº	%
≤ 6	14	56.00
> 6	04	16.00
Ninguno	07	28.00

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

CUADRO N° 4

**GRADO DE DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO
ENERO – DICIEMBRE 2015**

GRADO DE DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO	N°	%
Grado I	15	60.00
Grado II	06	24.00
Grado III	04	16.00

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

CUADRO N° 5

**REPERCUSIONES MATERNAS DE LAS PACIENTES CON
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO
ENERO – DICIEMBRE 2015**

REPERCUSIONES MATERNAS	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
TOTAL	08	32.00	17	68.00
Shock hipovolémico	03	12.00	--	--
Histerectomía	03	12.00	--	--
Atonía uterina	01	04.00	--	--
Útero de Couvelaire	01	04.00	--	--

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

CUADRO N° 6

**REPERCUSIONES PERINATALES DE LAS PACIENTES CON
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO
ENERO – DICIEMBRE 2015**

REPERCUSIONES PERINATALES	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
TOTAL	08	32.00	17	68.00
Asfixia Perinatal	04	16.00	--	--
Óbito Fetal	04	16.00	--	--

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

IV.- DISCUSIÓN

La siguiente es una investigación realizada en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, durante el período enero – diciembre del 2015. Con el propósito de determinar las Repercusiones maternas y perinatales del Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta. Para tal efecto se revisaron expedientes clínicos en el archivo de historias clínicas del área de epidemiología, encontrándose 25 casos de Desprendimiento prematuro de placenta de un total de 3774 partos, dándonos una incidencia del 0.7%. (Cuadro Nº 1). Porcentaje alto al reportado en el 2014 en el mismo servicio y hospital, como se ha descrito en las primeras páginas de esta tesis (0.5%).

En términos de frecuencia su presencia se produce alrededor de 1 cada 151 partos, lo que concuerda con lo expuesto en la base teórica en donde su frecuencia es alrededor de 1 en 100 a 200 partos, esto según las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal. (17)

Acentuando lo dicho anteriormente podemos contrastar nuestros resultados con los reportes de Viruega D (2), quien refiere que, en España, el Desprendimiento prematuro de Placenta Normoinserta es

una de las principales causas de hemorragia en la segunda mitad de la gestación complicando del 0.4% al 1% de los embarazos.

Respecto a las características socio demográficas maternas se halló una mayor prevalencia en madres mayores de 35 años en el 32%, procedentes de zonas urbanas - marginales en el 40%, con estudios secundarios en el 60%, convivientes en el 56% y amas de casa en el 84% de los casos. (Cuadro N° 2). En lo que atañe a las características obstétricas maternas se puede apreciar que la mayoría tenían edades gestacionales entre 28 a 36 semanas en el 60%, fueron multíparas en el 44% y tenían ≤ 6 atenciones prenatales en el 56% respectivamente. (Cuadro N° 3).

Resultados que difieren a los reportados por **Cerón L** en Guatemala (1), quien halló que, la edad más frecuente se encuentra entre 16 - 25 años (51.72%) con un promedio de edad de 20.5 años. La edad gestacional hallada 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.

Mientras que **Yépez R** (15) reporta que la mayor frecuencia fue de 39.06% en mayores de 31 años, las multíparas en el 45.31%, en lo concerniente al estado civil y nivel de escolaridad el 57.03% fueron de unión libre o conviviente y el 43.75% tenía estudios secundarios, de

acuerdo a las atenciones pre-natales halló que apenas el 28.90% tuvo más de 5 atenciones.

Respecto a la edad materna y paridad, García Monleón y Haya refieren que existe una relación clara con la multiparidad y por lo tanto con la edad avanzada. (28)

Respecto al Grado de Desprendimiento Placentario el mayor porcentaje fue para el grado I con el 60%, seguido del grado II con el 24% y el grado III con el 16%. (Cuadro N° 4).

Hay distintas clasificaciones para el DPPNI. La más utilizada en EE.UU. es la clasificación de Page con gran utilidad clínica: el Grado 0: Casos asintomáticos. Grado I: metrorragia variable sin otros síntomas. Grado II: feto vivo con dolor abdominal, hemorragia oculta, afectación fetal y menos frecuentemente CID. La mayoría suelen evolucionar a grado III. Grado III: muerte fetal con sintomatología aumentada y un aumento de las complicaciones. (28)

Respecto a ello, las muertes fetales que se ha reportado en el presente estudio fueron en madres con DPPN de grado III. (Ver Cuadro N° 6)

En el subsecuente cuadro se puede apreciar que las Repercusiones Maternas, las cuales fueron 08, dándonos una frecuencia del 32%, siendo las más frecuentes el Shock hipovolémico y la Histerectomía

con el 12% cada una. La atonía uterina y el Útero de Couvelaire fueron las menos frecuentes con iguales porcentajes (4%). (Cuadro N° 5).

Del mismo modo **Calderón** (14) reportaron como complicaciones al: choque hipovolémico el 15.1%, útero de Couvelaire el 8.1%, atonía uterina el 5.8%, y el 69.8% de las pacientes evolucionaron sin complicaciones; al 1.2% se les realizó histerectomía obstétrica.

Contrapuesto a los resultados anteriores **Yépez** en Ecuador (15) halló un 96,87% a la anemia aguda como la principal complicación materna.

Respecto al útero de Couvelaire se puede observar en nuestro estudio hemos reportado 01 caso, haciendo una mención sobre esta entidad, diremos que, este es un padecimiento que suele asociarse con desprendimiento prematuro de placenta normoinsera o Abruption placentae. Existen varias teorías que tratan de explicar el origen de este padecimiento: hipertonía en la pared uterina que comprime los vasos sanguíneos venosos, con posterior formación de un hematoma que separa la placenta de la pared uterina (dependiendo del tamaño del hematoma o de los coágulos que se formen), lo que a su vez condiciona otra hemorragia que ejerce presión en la pared muscular del útero. (24) Este acontecimiento no paso a mayores, ya que se terminó el parto por vía alta.

En relación a las Repercusiones Perinatales que se han reportado en el siguiente estudio podemos advertir que fueron 08, arrojando una frecuencia del 32%. Y dentro de ellas la más frecuente fue la Asfixia Perinatal y óbito fetal en el 16% c/u. (Cuadro N° 6).

Mientras que **Cerón L** (1) encontró 3 casos (5.16%) de prematuridad, 2 casos de asfixia perinatal y como complicación de desprendimiento, 2 casos correspondiendo a mortinato y óbito fetal.

Calderón (14), hallaron que la tasa de mortalidad perinatal fue del 10.5%, de esta el 8.1% fueron muertes fetales.

Yépez (15) halló como complicaciones perinatales; a la taquicardia, bradicardia e irregularidades de los latidos fetales en un 91.3%, según el Apgar el 7.03% fueron óbitos, el 17.96% deprimidos graves y el 28.95% deprimidos moderados.

V.- CONCLUSIONES

1. La frecuencia de Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinsera en el período de estudio fue 0.7%.
2. Las madres se caracterizaron por ser en su mayoría añosas (32%), procedentes de zonas urbano - marginales (40%), con estudios secundarios (60%), convivientes (56%) amas de casa (84%).
3. Dentro de las Características obstétricas maternas se halló una mayor prevalencia en aquellas con edades gestacionales entre 28 a 36 semanas (60%), múltipara (44%) y con ≤ 6 atenciones prenatales (56%).
4. En relación al grado de Desprendimiento Placentario el mayor porcentaje fue para el grado I (60%), el grado II (24%) y el grado III (16%).
5. Dentro de las Repercusiones Maternas reportadas se halló: Shock hipovolémico e Histerectomía (12% cada una). La atonía uterina y el Útero de Couvelaire (4%).
6. Dentro de las Repercusiones Perinatales reportadas se halló: Asfixia Perinatal y óbito fetal (16% c/u)

VI.- RECOMENDACIONES

A los Profesionales de la Especialidad

- Las mujeres embarazadas con signos y síntomas de desprendimiento deben ser evaluadas de forma precoz.
- Concientizar a las pacientes embarazadas para que acudan a la atención prenatal.
- Optimizar los protocolos de manejo y atención de las embarazadas con riesgo.

A la Universidad

- Impulsar el desarrollo de investigaciones sobre el tema estudiando aspectos no revisados en el siguiente estudio.

VII.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cerón L. Desprendimiento prematuro de placenta consecuencias Materno – Perinatales. 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. Facultad de Ciencias Médicas – Escuela de Estudios de Post Grado. Universidad de San Carlos de Guatemala, marzo 2014.
2. Viruega D. Abruptio placentae: una grave patología obstétrica- URI: <http://hdl.handle.net/10902/8731>. Universidad de Cantabria. España. 2016-06-06.
3. Zamorano M, Barranco M. Desprendimiento Prematuro de Placenta Normalmente Inserta. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario - Virgen de las Nieves. Granada. Clases de Residentes 2015.
4. Roura L. Tratado de Ginecología y obstetricia. España: Panamericana, 2012. 15.
5. Gibb R. Ginecología y Obstetricia. España: lippincoty Williams, Vol. 2, 2011.
6. Dexeus S. Hemorragias Obstétricas, Patologías Obstétricas. Vol. 2. Barcelona, Madrid: Editorial Salvat, 2010.
7. Reis M, Sander Pearlman D. Abruptio placentae after autto accidents. Estados Unidos; s.n, 2009.

8. Ananth C, Wilcox. Placental abruption and perinatal. Estados Unidos: s.n; 2010.
9. Gonzales R. Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta. Santiago de Chile: Interamédica, 2010, Vol. 3.
10. AgBini R. Calvoc R. Desprendimiento de placenta y placenta previa. (10) 2010.
11. Hernandez J. Desprendimiento Prematuro de Placenta normoinserta. Incidencia, Algunas consideraciones y su repercusión en la morbimortalidad Perinatal. La Habana: Ciencias Médicas; 2013.
12. Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo. Libro de Registro del Departamento de Gineco – Obstetricia. 2014.
13. Velásquez M. Incidencia de Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta en el Hospital Gineco- Obstétrico Enrique C Sotomayor en el periodo de enero 2014 – diciembre 2014. Trabajo de titulación presentado como requisito para optar por el título de Médico General. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Guayaquil. 2015.
14. Calderón A. Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta. Morbi-mortalidad y resultados perinatales en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM en el período de enero a diciembre de 2012. Tesis para obtener el Diploma de Especialista en Ginecología y Obstetricia presentada en la Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca Estado de México. 2014.
15. Yépez R. Hemorragias uterinas del tercer trimestre de embarazo de 32 a 36 semanas, Hospital Gineco - Obstétrico Enrique C. Sotomayor

- de septiembre del 2012 a febrero 2013. Tesis para optar el Título de Obstetra presentada a la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Guayaquil. 2013.
16. Sanchez S. Risk factors of Abruption Placentae among Peruvian women. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2006. 225-230.
 17. MINSA - IMP. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal. 2010.
 18. Torres J, Rojas C. Asfixia Perinatal. 2011. https://scp.com.co/precop-old/precop_files/modulo_9_vin_3/Precop_9-3-B.pdf
 19. Silver R, Varner M, Reddy U, Goldenberg R, Pinar H, Conway D y Colab. Work-up of stillbirth: A review of the evidence. Rev. Am J Obstet Gynecol. 2007 May; 196(5):433-44.
 20. Simpson L, Jauniaux R. Pregnancy loss. In: Gabbe G, Niebyl R, Simpson L, et al, eds. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2012: chap 26.
 21. The American College of surgeons. ATLS: Advanced Trauma Life Support Program for Doctors (8th ed.). Chicago: ISBN 978-1-880696-31-6. OCLC OL22228190M. 2008.
 22. Dan L. Longo, Dennis L. Kasper, J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Joseph Loscalzo, Eds. Harrison principios de Medicina Interna. 18a edición. México: Mc Graw Hill; 2012.

- 23.ACOG Committee Opinion No. 444: choosing the route of hysterectomy for benign disease. *Obstet Gynecol.* 2009; 114(5):1156-1158. PMID: 20168127 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20168127
- 24.Serrano M, Serrano R, Centeno G. Útero de Couvelaire en el puerperio. Reporte de un caso clínico. *Rev. Ginecol Obstet Mex* 2014; 82:496-498.
- 25.Minsa. Guía de la Práctica Clínica del Departamento de Gineco – Obstetricia para la atención del Diagnóstico y tratamiento de las condiciones Gineco – Obstétricas. Lima 15 de enero del 2016.
- 26.RAE. Diccionario de la Real Lengua Española. 23ª edición - España, octubre del 2014.
- 27.Hernández R, Fernández C, Baptista M. “Metodología de la investigación”. 5ª Ed. Mc - Graw-Hill Interamericana Editores; México. 2010.
- 28.García Monleón y Haya. Estudio del desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta. Otras anomalías de la implantación. Capítulo 56. Fundamentos de Obstetricia. SEGO, pp 464.

ANEXO



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



ANEXO:

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

REPERCUSIONES MATERNAS Y PERINATALES DEL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA
NORMOINSERTA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO, PERÍODO ENERO –
DICIEMBRE DEL 2015.

1.- CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS:

Edad materna: () ≤ 17 () 18 – 23 () 24 – 29 () 30 – 35 () > 35

Procedencia: Urbana () Urbano-Marginal () Rural ()

Grado de Instrucción: Primaria () Secund () Superior ()

Estado Civil: Casada () Conviviente () Soltera ()

Ocupación: Ama de casa () Empleada () Estudiante ()

2.- CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

EG: _____ P: _____ APN: Si: () No () N° de veces: _____

Antecedente Patológico: _____

Repercusiones Maternas

() Shock hipovolémico

() Útero de Couvelaire.

() Atonía uterina

() Histerectomía

Repercusiones Perinatales

☐ Asfixia Perinatal

☐ Óbito Fetal.

☐ Mortinato

Grado de Desprendimiento Placentario post operatorio

☐ Grado I

☐ Grado II

☐ Grado III

3.- Datos del RN

RN: Vivo ☐ Muerto ☐

EG: ____ Sem

Morbilidad: _____